

AFH/INS/01	کد
۹۵/۹/۱۵	تاریخ تدوین
۱۴۰۳/۰۲/۰۱	تاریخ بازنگری
۶	شماره بازنگری

فهرست دستورالعمل های بیمارستان

۳	نحوه گزارش وقایع ناخواسته.....
۴	معاینه بیماران غیر هم جنس.....
۵	استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری.....
۶	انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار.....
۸	فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث سازی.....
۱۰	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه.....
۱۲	انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد).....
۱۳	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان.....
۱۵	استفاده غیرمترعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی.....
۱۶	دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی ثبت و مستند می شوند.....
۱۸	استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده.....
۱۹	نظافت، شستشو، گندزدایی ولکه زدایی بخش ها با توجه به شرایط اختصاصی آنها.....
۲۱	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا.....
۲۳	شستشوی انواع البسه.....
۲۶	استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندامهای فوقانی).....
۲۷	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از عمل جراحی.....
۲۹	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن (آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی).....
۳۱	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از عمل (دیالیز).....
۳۳	اطمینان از مراقبت و آمادگی قبل، حین و بعد مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپها (لاپاراسکوپی).....
۳۵	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل.....
۳۷	خودمراقبتی بیماران جراحی قلب و دریچه.....
۴۰	خودمراقبتی در بیماران با تعبیه پیس میکر و ICD.....
۴۲	خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلب.....
۴۴	خودمراقبتی در بیماران عروق کرونری.....
۴۷	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک.....
۴۸	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه به صورت ایمن.....
۴۹	انجام عمل جراحی و سطوح تریاز در بیماران اورژانسی به نحوی است که هیچگونه تاخیر/ تعلل منجر به تهدید جان/ سلامتی بیماران رخ ندهد.....
۵۱	درخصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصص بیماری های عفونی مرکز.....
۵۳	شستشو و ضدعفونی وسایل موجود.....
۵۶	پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی.....
۵۹	مقابله با سوانح پرتویی بر اساس شرایط واقعی کار.....
۶۰	استفاده از مواد رادیواکتیو (اسکن قلب پزشکی هسته ای).....

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۶۲ استفاده از مواد حاجب در آنژیوگرافی
- ۶۳ استفاده از مواد حاجب در CT Angio
- ۶۴ استفاده از مواد حاجب در رادیولوژی
- ۶۵ بیهوشی بخش سیتی آنژیوگرافی
- ۶۶ جمعآوری نمونههای آزمایشگاهی
- ۶۷ نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود
- ۶۸ نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود
- ۶۹ نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود
- ۷۱ نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود
- ۷۲ نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می شود
- ۷۳ نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه PCR و ژنتیک انجام می شود
- ۷۴ نحوه انجام آزمایش هایی که در پاتولوژی انجام می شود
- ۷۵ کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی
- ۷۶ کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی
- ۷۷ کنترل کیفیت آزمایشهای میکروب شناسی
- ۷۸ کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی ادرار
- ۷۹ کنترل کیفیت آزمایش های سرو ایمنولوژی و هورمون
- ۸۰ کنترل کیفیت آزمایش های مولکولی و ژنتیک
- ۸۱ کنترل کیفیت آزمایشهای پاتولوژی
- ۸۲ کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)
- ۸۳ ارجاع نمونههای بالینی
- ۸۴ نحوه انجام آزمایش های بانک خون
- ۸۵ گزارش آنی مقادیر بحرانی آزمایشگاه و نحوه ی مدیریت آن
- ۸۶ گزارش آنی مقادیر بحرانی تصویربرداری و نحوه ی مدیریت آن
- ۸۸ روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی
- ۸۹ محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/پیجر
- چگونگی شناسایی وضعیت استعمال دخانیات، مصرف الکل، وضعیت تغذیه، وضعیت روانی اقتصادی، اجتماعی و انجام مداخلات لازم، ارزیابی مجدد
- ۹۰ حین ترخیص یا در پایان مداخله
- ۹۲ چگونگی شناسایی نیازهای آموزشی بیماران در ارتقاء سلامت
- ۹۳ کنترل کیفیت آب، تجهیزات و منابع جایگزین آن

نحوه گزارش وقایع ناخواسته

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 1

✓ منابع و امکانات : دستورالعمل وزارت بهداشت - کامپیوتر - شبکه (اتوماسیون)

✓ کارکنان مرتبط: مسئول فنی بیمارستان، سوپروایزر، پرستار، مسئول هماهنگ کننده ایمنی، تیم تخصصی معاونت درمان

✓ شرح دستورالعمل :

(۱) پرستار موظف است از موارد ۲۹ گانه وقایع ناخواسته آگاه باشد.

(۲) پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت اتفاق افتادن وقایع ناخواسته بلافاصله به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد.

(۳) سوپروایزر موظف است بعد از تأیید موارد ۲۹ گانه، کد مربوطه، مشخصات بیمار، همراه با توضیح مختصر با ذکر نام بیمارستان فرم گزارش فوری وقایع را در سامانه اداره نظارت حداکثر ظرف مدت ۶ ساعت از زمان وقوع تکمیل نماید و به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع دهد.

(۴) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است در اسرع وقت جهت تشکیل جلسه و بررسی پرونده (تیم بیمارستان و تیم تخصصی معاونت درمان) هماهنگی های لازم را انجام دهد.

(۵) مسئول فنی موظف است ظرف حداکثر ۷۲ ساعت جلسه بررسی واقعه را تشکیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

(۶) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است حداکثر در بازه زمانی یک هفته گزارش تحلیل ریشه ای (RCA) را تهیه و پس از تأیید مسئول فنی به معاونت درمان دانشگاه ارسال نماید.

منابع / مراجع: دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
تأیید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

معاینه بیماران غیر هم جنس

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 2

✓ **منابع و امکانات:** لوازم حفظ حریم مثل پرده، لباس مناسب

✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک- پرستار- پرسنل خدماتی

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. سرپرستار بخش موظف است هنگام معاینه بیمار توسط پزشک غیر هم جنس، از حضور یک پرستار هم جنس یا خانواده در کنار بیمار اطمینان حاصل نماید. در شیفت عصر و شب مسئول شیفت این مسئولیت را به عهده دارد.
۲. پزشک موظف است از معاینه همزمان چند بیمار در اتاق معاینه خودداری نماید.
۳. سرپرستار بخش های ویژه و اورژانس موظف است در اتاق های چند تخته تمهیدات لازم را جهت جداسازی با پرده یا پاراوان فراهم نماید.
۴. سرپرستار بخش های داخلی و جراحی یا مسئول شیفت موظف است در اتاق های بستری تمهیدات لازم جهت تفکیک اتاق بستری مردان و زنان اتخاذ نماید.
۵. پرسنل اتاق عمل موظفند حریم خصوصی بیمار را به نحو مقتضی رعایت نمایند.

منابع / مراجع: استانداردهای اعتباربخشی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه بوستانی	مسئول بهبود کیفیت
	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تایید کننده	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 3

✓ منابع و امکانات: آسانسور

✓ کارکنان مرتبط: مسئول آسانسور

✓ شرح دستورالعمل:

- ✓ مسئول آسانسور موظف است تمامی فراخوانهای طبقات را کنسل کنند.
- ✓ مسئول آسانسور موظف است اتاق آسانسور به تراز تخلیه خروج بازگردد و در هیچ تراز طبقه دیگری توقف نکند.
- ✓ درب اتاق کابین در تراز تخلیه باز شده تا استفاده کنندگان احتمالی حاضر در اتاق آسانسور از آن خارج شوند.
- ✓ مسئول آسانسور موظف است درب آسانسور را بسته و آسانسور از سرویس دهی عمومی خارج شود.
- ✓ مسئول آسانسور موظف است با اعلام شرایط اضطراری (کد بحران) پیچ عدم استفاده از آسانسور را ۶ بار اطلاع دهد.
- ✓ مسئول آسانسور موظف است تا دستور نهایی فرمانده حادثه مرکز / آتش نشانی از آسانسور به هیچ عنوان استفاده نشود.
- ✓ مسئول آسانسور موظف به نصب برگه "عدم استفاده از آسانسور در شرایط اضطراری" در کنار آسانسورها می باشد.
- ✓ مسئول آسانسور موظف به گزارشی از مدیریت آسانسورها در طول حریق به کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می باشد.
- ✓ مسئول آسانسور موظف است کلید اتاق برق آسانسورها را تنها در اختیار کمیته و مسئول تأسیسات قرار دهد.

منابع / مراجع: کتاب اصول مبانی و ایمنی در سرویس و نگهداری آسانسورها

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیده زارع	مسئول بهداشت حرفه‌ای
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۱۵	INS.4

✓ **منابع و امکانات:** قفسه های مناسب، ترازو، دستگاه تهویه، وسایل سرمایش گرمایش، وسایل اداری (میز و کامپیوتر)، سیستم اعلام و اطفاء حریق

✓ **کارکنان مرتبط:** کارکنان انبار، مدیر پشتیبانی، مسئول تاسیسات، مسئول ساختمان

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. مدیر پشتیبانی موظف است از موارد زیر در راستای انبارش ایمن اطمینان حاصل نماید.

۱. رعایت اصول ایمنی و دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج و داخل از انبار اصلی که مجهز به وسایل آتش نشانی باشد.
۲. ظرفیت انبار با میزان سموم و مواد شیمیایی مورد نگهداری مطابقت داشته و حداقل ۱۵٪ ظرفیت اضافه جهت جابجایی سهل محموله و احتیاجات احتمالی آینده در نظر گرفته شود.
۳. درب ها بایستی مجهز به قفل ایمنی و میله های حفاظتی بوده، و فاقد هرگونه شکاف باشد، پنجره ها و هواکش ها نیز باید به میله های حفاظتی مجهز بوده تا ورود افراد غیر مسئول ممانعت شود.
۴. علائم هشدار دهنده بایستی در خارج از انبار به زبان فارسی نصب گردد. علائم خطر سموم، آتش زایی و عدم اجازه ورود به افراد غیر مسئول از جمله علائم هشدار دهنده مهم است.

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

۶. استفاده از قفسه بندی فلزی و مستحکم و غیر قابل اشتعال

۱. استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی

۲. سهولت در دسترسی انبار جهت تخلیه بار و...

۲. مسئول تاسیسات موظف است از موارد زیر اطمینان حاصل نماید.

۱. سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضدضربه و اشتعال

۲. استفاده از کلیدها و پریزهای ضدجرقه

۳. روشنایی و تهویه مناسب انبار

۳. مسئول انبار موظف است از موارد زیر اطمینان حاصل نماید.

۱. چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین

۲. وجود جعبه کمک های اولیه

۳. رعایت نکته نگهداری اجزاء غیرسازه ای در هنگام زلزله (مانند قفسه ها و...)

۴. در دسترس بودن کیسول آتش نشانی

۵. انبار گردانی سالانه

۶. نظارت بر عدم استعمال دخانیات در انبار

۷. پاکیزگی و نظافت انبار

۸. کلیه پرسنل انبارها باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و در کار خود تجربه و مهارت کافی را داشته باشند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۴. مسئول ساختمان موظف است از موارد زیر اطمینان حاصل نماید.
 ۱. کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد.
 ۲. استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله
 ۳. ساختمان انبارها باید محکم باشد.
 ۴. سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.
 ۵. کف، دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات، حیوانات موذی و پرندگان جلوگیری بعمل آید. کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جداً خودداری شود.
 ۶. کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد.
 ۷. چاهک‌های فاضلاب در انبارها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.
 ۸. قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالته‌ها جلوگیری شود.
 ۹. میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.

منابع / مراجع: استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	سعید احمدزاده	مدیر خدمات پشتیبانی
	خلیل جامه	مسئول انبار
	فاطمه بوستانی	مسئول بهبود کیفیت
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث سازی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۱۵	INS.5

✓ **منابع و امکانات:** اعضاء چارت تشکيلات بحران، وسایل ارتباطی، کد بحران

✓ **کارکنان مرتبط:** اعضاء چارت تشکيلات بحران، EOC دانشگاه، پرسنل مرکز تلفن

✓ **شرح دستورالعمل :**

- ۱- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان باید به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/ مرکز تلفن اطلاع داده شود.
- ۲- فرمانده حادثه موظف است فردی را بعنوان دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب کند.
- ۳- مرکز تلفن موظف است امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر را از منبع خبر فراهم کند.
- ۴- مسئول دریافت شرح خبر حادثه موظف است اطلاعات مورد نیاز از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- ۵- فرمانده حادثه موظف است تاییدیه خبرخارجی را از EOC دانشگاه دریافت کند. (ملاک نهایی تیید خبر، EOC دانشگاه است).
- ۶- فرمانده حادثه موظف است در حوادث داخلی با توجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- ۷- EOC بیمارستان موظف است حوادث داخلی را تأیید و اعلام نماید.
- ۸- فرمانده حادثه موظف است خبرآماده باش/ هشدار یا فعالسازی برنامه را اعلام نماید.
- ۹- فرمانده حادثه موظف است نسبت به اطلاع رسانی مرکز تلفن به کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان اقدام نماید.
- ۱۰- مسئولین واحد های مختلف موظفند مطابق فلوجارت اطلاع رسانی داخلی نسبت به آگاهی بخش های زیر مجموعه ی خود اقدام نمایند.
- ۱۱- تیم ارزیابی بیمارستان موظف است در کوتاهترین زمان نسبت به ارزیابی آسیبهای جانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیرسازه ای، عملکردی و میزان گستردگی حادثه و تأثیر آن بر بیمارستان اقدام نماید و مراتب را به فرمانده حادثه اعلام کند.
- ۱۲- فرمانده حادثه موظف است با توجه به شدت آسیب وارده نسبت به فعال سازی سطح هشدار اقدام نماید.
رنگ زرد: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی
رنگ نارنجی / آماده باش : ۹ جایگاه اصلی ICS و ۵۰-۳۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شوند.
رنگ قرمز / اعلام کد بحران: کد بحران توسط مرکز تلفن پیچ شود. کل سامانه ICS و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شوند.
- ۱۳- فرمانده حادثه موظف است براساس شدت آسیب های وارده نیازه خدمات پزشکی بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی و تغذیه ای را برآورد نماید.
- ۱۴- فرمانده حادثه موظف است تاثیر حوادث بر فعالیتهای فعلی بیمارستان را بررسی نماید.
- ۱۵- فرمانده حادثه موظف است با هماهنگی پزشک مربوطه، نسبت به کنسل کردن جراحی ها و آنژیو های الکتیو و ترخیص زود هنگام بیماران مرخص شده اقدام نماید.
- ۱۶- فرمانده حادثه موظف است پس از ارزیابی منابع انسانی تجهیزاتی و فضایی، در صورت نیاز به منابع بیشتر نسبت به افزایش ظرفیت نیرو و امکانات اقدام نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۱۷- سوپروایزر کشیک موظف است نسبت به تامین نیروی انسانی بر اساس برنامه آنکال بحران و یا در صورت تفاهم نامه تماس با بیمارستانهای معین را در اسرع وقت اقدام نماید.
- ۱۸- سوپروایزر کشیک و مرکز تلفن موظفند نسبت به مطلع نمودن فرمانده حادثه در هر سطح حادثه اقدام نمایند.
- ۱۹- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز ۹ جایگاه اصلی فرماندهی حادثه موظفند در جایگاه خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرمانده حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند.
- ۲۰- فرمانده حادثه موظف است: آسیبها و منطقه عملیات را مرتباً ارزیابی نموده و به مسئول برنامه ریزی اطلاع دهد.
- ۲۱- فرمانده حادثه موظف است به صورت مرتب با EOC دانشگاه در ارتباط باشد.
- ۲۲- فرمانده حادثه موظف است با توجه به شدت تاثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان برنامه را در سطح بخش اورژانس جزئی و کلی فعال نماید.
- ۲۳- اعضاء چارت بحران موظفند در صورت اعلام بحران بلافاصله پس از دریافت خبر بحران نسبت به حضور در EOC و دریافت جلیقه و برگ شرح وظایف اقدام کنند.
- ۲۴- مرکز تلفن موظف است طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه، بحران در هر سطح با آنها تماس گرفت، براساس دستور فرمانده حادثه نسبت به اطلاع رسانی به آنها اقدام نماید.
- ۲۵- فرمانده حادثه موظف است در صورت نیاز به تخلیه فوری بیمارستان، تصمیم گیری را در اسرع وقت انجام دهد.
- ۲۶- مسئول اورژانس موظف است در صورت حادثه خارجی، تریاژ را در محل اصلی بیمارستان فعال و طبق دستورالعمل Start اجرا کند.
- ۲۷- مرکز تلفن موظف است در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، تیم واکنش در شرایط اضطراری بیمارستان را با اعلام کد ۱۲۵ فعال کند.
- ۲۸- مسئول انتظامات و حراست موظف است ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن را مدیریت نماید و واحد مربوطه طبق شرح وظایف عمل نماید.

منابع / مراجع: کتاب آمادگی بیمارستان در حوادث و بلایا

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیده زارع	مسئول بهداشت حرفه‌ای
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی محمدعلی مهبیعی	مدیر بیمارستان مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۱۵	INS.6

✓ **منابع و امکانات:** برانکارد، ویلچر، آمبولانس، فضای فیزیکی مناسب

✓ **کارکنان مرتبط:** مسئولین واحدها، اعضاء چارت تشکیلات بحران

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا موظف است اندیکاسیون های فعال سازی برنامه تخلیه بیمارستان و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه را مشخص کند.
۲. کمیته مدیریت خطر حوادث موظف است مسئولیت افراد در زمان تخلیه بیمارستانی را مشخص کند.
۳. فرمانده حادثه موظف است پس از تصمیم بر تخلیه بیمارستان، تصمیمات کلیدی در خصوص سطح تخلیه، نوع تخلیه، زمان تخلیه (میزان فوریت تخلیه)، اولویت بندی بیماران، مکان های بیماران تخلیه شده و ترخیص شده و همچنین ارتباطات با افراد داخل و خارج بیمارستان را اخذ کند.
۴. اعضاء گروه اضطراری موظفند به محض دریافت کد بحران (کد قرمز) تخلیه پرسنل واحد خویش را شروع نمایند.
۵. دبیر کمیته مدیریت حوادث و بلایا موظف است کلیه راه های خروجی اضطراری و درب های آن را از قبل با علامت خروج شبرنگی مشخص نماید.
۶. پرسنل کلیه واحدها موظفند به محض اطلاع از کد بحران (کد قرمز) با افراد راهنما جهت تخلیه ایمن محیط کاری همکاری نمایند.
۷. مسئول هر واحد موظف است در صورت عدم وجود راهنما، طبق آموزش های ارائه شده پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیک ترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید.
۸. اعضاء تیم اضطراری موظفند جهت تخلیه براساس تریاژ در شرایط بحران اولویت بندی نمایند.
۹. در صورت به وجود آمدن بحران در اتاق همکف و زیرزمین، تخلیه افقی و در صورت بروز بحران در طبقات اول، دوم و سوم تخلیه عمودی صورت گیرد.
۱۰. طی فاز تخلیه پرسنل و بیماران، به علت اهمیت سرعت عمل اعضاء تیم اضطراری و افراد راهنما موظفند از تامل، صحبت کردن با افراد و ادای توضیحات اضافه به افراد متفرقه اجتناب نمایند.
۱۱. اعضاء تیم اضطراری موظفند اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان قابل کنترل باشد، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع تخلیه کلی را انجام دهند.
۱۲. اعضاء تیم اضطراری موظفند در صورت بروز سیل، تخلیه عمودی به سمت طبقات بالا و در صورت بروز آتش سوزی تخلیه افقی انجام دهند.
۱۳. اعضاء تیم اضطراری موظفند در صورت بروز آتش سوزی یک آسانسور را مخصوص نیروهای آتش نشانی و بقیه آسانسورها را غیر فعال نمایند.
۱۴. مسئولین بخش ها موظفند از باز بودن مسیرها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها و خالی بودن راهروها اطمینان حاصل نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۵. دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا با تایید کمیته خطر حوادث و بلایا موظف است از وجود وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه به مانورهای پیش بینی شده اطمینان حاصل نماید.
۱۶. مسئول حراست بیمارستان موظف است در زمان انجام عملیات تخلیه از حرکت افراد متفرقه به سمت محل حادثه جلوگیری کند.
۱۷. مدیر خدمات پشتیبانی موظف است منابع لازم جهت تهیه آب و غذا طبق برنامه از قبل تعریف شده را فراهم و در دسترس قرار دهد.
۱۸. اعضای تیم اضطراری موظفند، آخرین نفرات خارج شده از محل باشند.
۱۹. فرمانده حادثه موظف است در خصوص عملیات تخلیه، کلیه پرسنل دخیل در عملیات را توجیه نموده و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه را جهت سرشماری بیماران به پرسنل یادآوری نماید.
۲۰. کلیه پرسنل موظف هستند نسبت به اجرای دستورالعمل آگاه بوده و آمادگی لازم در زمان بروز حادثه را داشته باشند.

منابع / مراجع: کتاب آمادگی بیمارستان در حوادث و بلایا

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیده زارع	مسئول بهداشت حرفه ای
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS.7

✓ **منابع و امکانات:** استانداردهای اعتبارسنجی - دستورالعملها

✓ **کارکنان مرتبط:** دفتر منابع انسانی، کمیته مدیریتی و مسؤولین مافوق دارای ابلاغ

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. مسؤولین واحدها باید سطح توانمندی اختصاصی و عمومی کارمند را در بدو ورود مورد ارزیابی قرار دهند.
 ۲. مسؤولین واحدها باید سطح توانمندیهای اختصاصی و عمومی هر بخش را مشخص و در فرم ساز مربوطه جهت کارمند مورد نظر ارائه و تکمیل نمایند.
 ۳. مسؤولین واحدها موظف به تکمیل فرم ساز سنجش توانمندیهای اختصاصی و عمومی رهجو در مدت تعیین شده باشند.
 ۴. زمان انتقال تجربه و آموزش باید حداقل یک هفته قبل از شروع به کار فرد باشد.
 ۵. مقام مافوق باید سرفصلها و محتویات ارائه شده را از قبل تأیید نماید.
 ۶. مسؤولین واحدها باید در توانمندسازی شاگرد جهت کسب هرگونه مهارت‌های شغلی در حد متعارف شغل مربوطه با رعایت کرامت انسانی اقدام نمایند.
 ۷. شاگرد موظف به حضور دوره‌های آموزشی اعلام شده توسط واحد آموزش ضمن خدمت در طی سال است.
 ۸. مسؤولین واحدها باید به کارمندی که نیاز به پیشرفت مجدد دارد فرصت یک‌ماه بدهند.
 ۹. مسؤولین واحدها باید سطح توانمندی کارمند نیاز به پیشرفت را پس از فرصت یک‌ماه مورد ارزیابی قرار بدهند.
- تبصره: در گروه پرستاری به جای مسؤولین واحدها، خبره بخش وظایف مربوطه را انجام می دهد.
۱۰. مسؤولین واحدها پس از کسب اطمینان از قابلیت کارمند و تأیید صلاحیت، مجوز بکارگیری و ادامه خدمت را صادر نمایند.

✓ **منابع / مراجع:** استانداردهای اعتبارسنجی - دستورالعملها

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	اکرم آزادمنش	مسئول کارگزینی
	فاطمه رحیقی	سوپروایزر آموزشی
تأیید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

انتخاب، انتصاب، ارتقاء و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۲	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS.8

✓ **منابع و امکانات:** استانداردهای اعتبارسنجی - دستورالعملها

✓ **کارکنان مرتبط:** دفتر منابع انسانی، کمیته اجرایی مهندسی مشاغل، کمیته مدیریتی و مسؤولین مافوق دارای ابلاغ - کارمند

✓ **شرح دستورالعمل:**

- ۱- مقام مافوق مربوطه موظف است فردی دارای صلاحیت را به کمیته مدیریتی پیشنهاد دهد.
- ۲- فرد موظف است از فرم شرایط احراز جهت تصدی پستها مدیریتی آگاه و نسبت به تکمیل آن اقدام نماید.
- ۳- دفتر منابع انسانی واحد موظف است نسبت به تکمیل فرم معیارهای انتخاب مدیران اقدام نماید.
- ۴- دفتر منابع انسانی موظف است کلیه فرمهای تکمیل شده را جهت طرح در کمیته ارسال نماید.
- ۵- دفتر منابع انسانی موظف است نسبت به ارسال فرمها و مدارک مربوطه به کمیته تحول اداری اقدام نماید.
- ۶- کمیته اجرایی مهندسی مشاغل موظف است موضوع را در کمیته مطرح و در صورت داشتن شرایط احراز منطبق با طرح طبقه بندی مشاغل نسبت به صدور رای اقدام نماید.
- ۷- دفتر منابع انسانی موظف است پس از اخذ صورتجلسه و ابلاغ نسبت به پیگیری شروع بکار اقدام نماید.
- ۸- مقام مافوق موظف است نسبت به ارسال شروع بکار کارمند اقدام نماید.
- ۹- دفتر منابع انسانی موظف است نسبت به صدور حکم مربوطه اقدام نماید.
- ۱۰- مدیران موظفند به کلیه نقشهای مدیریتی (ارتباطی، اطلاعاتی، تصمیمگیری) و کلیه مهارتهای مدیریتی (ادارگی، انسانی، فنی) آشنا باشند.
- ۱۱- مدیران موظفند جهت به روز کردن اطلاعات در دوره های مدیریتی شرکت نمایند.
- ۱۲- مدیران با توجه به معیارهای انتصاب (معیارهای عمومی، اختصاصی، صلاحیتهای اخلاقی) در سال اول دو بار و سالهای آتی هر سال مورد ارزیابی داخلی قرار بگیرند.
- ۱۳- باید حتی الامکان افراد از کارکنان داخل واحد جهت انتصاب انتخاب گردد.
- ۱۴- دفتر منابع انسانی موظف است برای کاهش انتصاب از بیرون واحد و افزایش انگیزه با استفاده از برنامه ای منسجم جانشینی به تعیین شفاف راهکار پرداخته و افراد واجد شرایط و توانمند جهت تصدی پستهای مدیریتی در آینده را به تفکیک هر پست شناسایی نماید.
- ۱۵- در صورت تشخیص عدم توانایی فرد انتخاب شده، مقام مافوق باید وی را در طول شش ماه نخست، مراتب را کتباً به کمیته مدیریتی ارائه دهد.
- ۱۶- اعضای کمیته اجرایی مهندسی مشاغل موظفند در صورت مشاهده نامه ی عدم نیاز به خدمات فردمنتصب شده به علت نداشتن توانایی انجام مسئولیت، مراتب را بررسی و طی صورتجلسه نتیجه را اعلام نمایند.
- ۱۷- مدیر منابع انسانی موظف است مراتب تنزل مقام را کتباً به کمیته اجرایی طرح طبقه بندی مشاغل اعلام نماید.
- ۱۸- مدیر منابع انسانی موظف است کتابچه توانمندی جهت تصدی پستهای مدیریتی را به تفکیک هر پست شناسایی نماید.
- ۱۹- کمیته مدیران باید ارزیابی سالانه مدیران منصوب شده بپردازد و براساس معیارها و شاخصهای معین ایشان را رتبه بندی نماید (در پنج طیف: عالی، بسیار خوب، خوب، متوسط، ضعیف) به گونه ای که مدیران دارای رتبه عالی سیر صعودی و به پستهای

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

مدیریتی بالاتر پیشنهاد کردند. مدیران دارای رتبه بسیار خوب و خوب در صورت لزوم و توافق مافوق در پست خود ابقاء یا برای تصدی پستهای همسطح و همپراز پیشنهاد کردند.

۲۰- مدیر منصوب شده در صورت کسب رتبه ارزیابی متوسط معزول گردیده و می تواند در صورت توافق کمیته مدیریتی به پست مدیریتی پایین تری پیشنهاد گردد.

منابع / مراجع: استانداردهای اعتبارسنجی - دستورالعملها

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	اکرم آزادمنش	مسئول کارگزینی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۱

استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیصی درمانی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۴	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۷/۱۵	INS. 9

✓ منابع و امکانات: بخش نامه‌ها

✓ کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان درمان و غیردرمانی، مسئولین واحدها، اعضاء کمیته اخلاق بالینی

✓ شرح دستورالعمل:

۱- کلیه کارمندان باید از بخش نامه ممنوعیت و غیرمجاز بودن هرگونه کاربری غیرمتعارف تلفن همراه و ورود به شبکه های اجتماعی در محیط و شیفت کاری آگاه باشند.

۲- ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخشهای ویژه بیمارستان، اتاق عمل و آنژیوگرافی ممنوع می‌باشد.

۳- مسئول منابع انسانی باید بخش نامه ممنوعیت استفاده غیرمتعارف از تلفن همراه را به کلیه مسئولین واحدها ارجاع نماید.

۴- کارمندان درمان و بخشهای ویژه نباید از تلفن همراه در حین شیفت کاری که موجب کاهش کیفیت ارائه خدمات درمانی، عدم رضایت و اعتماد بیماران، گسترش عفونت و اختلال عملکرد تجهیزات حساس پزشکی می‌شود، استفاده نمایند.

۵- مسئولین مرتبط کارمندان، مسئولیت نظارت و کنترل این دستورالعمل را دارند.

۶- مسئولین واحدها در صورت مشاهده و گزارش بکارگیری غیرمتعارف از تلفن همراه در محیط و شیفت کاری مراتب را کتباً به مدیریت واحد اعلام نمایند.

۷- کمیته اخلاق پرسنلی باید پس از رسیدگی اولیه به تخلف کارمند، تصمیم لازم را در زمینه برخورد انضباطی اخذ نماید.

۸- مسئولین مرتبط کارمندان باید اعمال نظارت‌های مستمر و مداوم به منظور کنترل و استفاده متعارف از تلفن همراه در بخش‌های ویژه را کاملاً ضروری بدانند.

۹- کارمندان غیردرمانی نباید از تلفن همراه در حین انجام وظیفه که موجب نگرانی در کیفیت ارائه خدمات و عدم رضایت گیرندگان خدمت و سلب اعتماد آنها می‌گردد، استفاده نمایند.

منابع / مراجع: بخش نامه ها، استانداردهای اعتباربخشی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	اکرم آزادمنش محمدعلی مهیجی فائزه ابراهیمی فاطمه بوستانی	مسئول کارگزینی مدیر خدمات پرستاری مسئول روابط عمومی مسئول بهبود کیفیت
تاییدکننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی ثبت و مستند می شوند

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 10

✓ منابع و امکانات: تلفن

✓ کارکنان مرتبط: پزشکان، پرستاران، ماما، کلیه پرسنل درمانی

✓ شرح دستورالعمل:

- ۱- پرسنل درمانی موظفند ثبت، کنترل و اجرای دستورات تلفنی را الزاماً توسط ۲ نفر پرسنل درمانی انجام دهند.
 - ۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار موظف است هر نوع دستور تلفنی را بلافاصله پس از حضور پزشک، به تأیید وی رسانده تا در پرونده بیمار ثبت شود.
 - ۳- پرستار/ ماما مسئول بیمار موظف است در صورت نیاز به گزارش شفاهی وضعیت بیمار را به پزشک معالج اطلاع دهد.
 - ۴- پرستار/ ماما مسئول بیمار، موظف است در حضور مسئول شیفت با پزشک معالج، تماس حاصل نماید.
 - ۵- پرستار/ ماما مسئول بیمار موظف است در حضور مسئول شیفت طی تماس تلفنی شرح حال دقیقی در ارتباط با وضعیت بیمار، جواب اقدامات پاراکلینیکی، اطلاع از انجام مشاوره و... به پزشک گزارش نماید.
 - ۶- پرستار/ ماما مسئول بیمار موظف است در حضور مسئول شیفت (با قرار دادن تلفن روی آیفون و یا تکرار دستورات پزشک با صدای بلند) دستورات لازم را از پزشک اخذ نماید.
 - ۷- پرستار/ ماما بیمار موظف است دستورات اخذ شده به صورت شفاهی را در حضور مسئول شیفت در برگه دستورات پزشک با ذکر نام پزشک، تاریخ و ساعت دقیق تماس و... ثبت نماید.
 - ۸- پرستار/ ماما مسئول بیمار موظف است در حضور پرستار دوم، دستورات شفاهی ثبت شده را طبق خطمشی چک دستورات پزشک، کنترل و مهر و امضاء نمایند.
 - ۹- پرستار/ ماما مسئول بیمار، موظف است در حضور پرستار دوم، دستورات را طبق خطمشی تکمیل و در کاردکس وارد نماید.
 - ۱۰- پرستار/ ماما مسئول بیمار، موظف است دستورات اخذ شده را به نحو صحیح و کامل برای بیمار اجرا نماید.
 - ۱۱- پرستار/ ماما مسئول بیمار، موظف است دستورات اخذ شده شفاهی اجرا شده یا قابل پیگیری را در گزارش پرستاری با قید ساعت و تاریخ دقیق به طور کامل ثبت و مهر و امضاء نماید.
 - ۱۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار، موظف است در حضور پرستار دوم دستورات تلفنی را ثبت و هر دو نفر امضاء نمایند.
 - ۱۳- مسئول شیفت، موظف است مسئول شیفت بعدی را در خصوص اخذ مهر و امضاء پزشک مربوطه جهت دستورات شفاهی ثبت شده (در صورتی که در همان شیفت انجام نشده باشد) مطلع نماید.
 - ۱۴- پزشک مسئول بیمار موظف است در اولین حضور خود بر بالین بیمار دستورات شفاهی ثبت شده را مهر و امضاء نماید.
 - ۱۵- سرپرستار بخش موظف است نظارت نماید که دستورات شفاهی همراه با مهر و امضاء دو پرستار/ ماما باشد.
- نکته: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی صرفاً در موارد اورژانسی که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود، قابلیت اجرایی دارد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مریم دشتبان نژاد سکینه گنجی	سرپرستار بخش ارتوپدی جراحی سرپرستار CCU کاجی
تایید کننده	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 11

✓ **منابع و امکانات:** تجربه سازمانی و ضوابط اداری کتاب اختصارات

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناسان مدارک پزشکی - پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت و کادر درمان

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. مسئول مدارک پزشکی موظف است فهرستی از اختصارات پرکاربرد و استاندارد بخش زنان را تهیه و پس از تأیید رئیس بخش زنان جهت استفاده در تشخیص نویسی به ایشان ارسال نماید.
۲. مسئول مدارک پزشکی موظف است فهرستی از اختصارات پرکاربرد بیماری‌های قلب و عروق را تهیه و پس از تأیید مدیرگروه مربوطه جهت استفاده در تشخیص نویسی (توسط پزشکان و رزیدنت‌ها و...) آن را به گروه قلب ابلاغ نماید.
۳. کارشناس مدارک پزشکی (کدگذار) موظف است در صورت عدم وجود اختصارات در لیست‌های مربوطه، از کتاب اختصارات استفاده نماید.
۴. کارشناس مدارک پزشکی موظف است کدگذاری صحیح را انجام داده و از صحت ثبت آن در پرونده اطمینان حاصل نماید.

منابع / مراجع:

- کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها ICD-10، اقدامات ICD-9CM
- فرهنگ اختصارات پزشکی طبقه بندی شده فاطمه دقیقی اصلی. انتشارات جعفری با همکاری انتشارات آوای ظهور- اول ۱۳۸۸
- واژه‌نامه مامایی (شیوا علیزاده پاسدار_ کارشناسی ارشد مامایی)

Factory Pro trial version www.pdfactory.com PDF created with pdf

عنوان	نام و نام انوادگی	سمت
تهیه کننده	غلامحسین زعیمی	رئیس اداره فناوری اطلاعات سلامت
تأیید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

نظافت، شستشو، گندزدایی ولکه زدایی بخش ها با توجه به شرایط اختصاصی آنها

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۱۳۹۵/۰۸/۲۹	INS.12

✓ **منابع و امکانات:** وسایل حفاظت فردی، مواد پاک کننده (دترجنت)، هیپوکلریت سدیم (وایتکس)، دستمال نظیف، محلول های ضدعفونی کننده

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه کارکنان خدماتی، اعضاء کمیته بهداشت محیط، مسئول خدمات

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. کلیه کارکنان خدمات موظفند به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار و... پاک کردن آن محل را با آب و یک ماده دترجنت انجام دهند ولی اگر ترشحات حاوی ارگانسیم های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گندزدا استفاده کنند.

۲. کلیه کارکنان خدماتی موظفند برای لکه زدایی سطوح و کف، آلوده به خون یا سایر مایعات بدن موارد زیر را مرحله به مرحله انجام دهند:

○ کارکنان خدماتی موظفند دستکش یکبار مصرف پوشیده و در صورت احتمال آلودگی لباس باید از آبرون پلاستیکی (یکبار مصرف) استفاده کنند.

○ کارکنان خدماتی موظفند موضع آلوده را توسط حوله یک بار مصرف (پارچه نظیف کهنه) بپوشانند.

○ کارکنان خدماتی موظفند با آب و دترجنت محل را پاک کنند.

○ کارکنان خدماتی موظفند با محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) سطح مورد نظر را گندزدایی نمایند. اگر سطوح آلوده شده صاف باشد از رقت ۱ درصد و در صورت داشتن خلل و فرج از رقت ۱۰ درصد ماده گندزدا استفاده شود. (در مواردی که استفاده از هیپوکلریت سدیم موجب آسیب رساندن به سطوح گردد استفاده از محلول جایگزین مناسب می باشد).

۳. کلیه کارکنان خدماتی موظفند برای لکه زدایی سطوح و کف، در صورتیکه مقدار زیادی خون و مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از ۳۰ سی سی) یا اگر خون و سایر مایعات، محتوی شیشه شکسته با اشیاء نوک تیز باشند موارد زیر را مرحله به مرحله انجام دهند:

○ کارکنان خدماتی موظفند دستکش یکبار مصرف پوشیده و در صورت احتمال آلودگی لباس باید از آبرون پلاستیکی استفاده کنند.

○ کارکنان خدماتی موظفند موضع آلوده را توسط حوله یک بار مصرف (پارچه نظیف کهنه) بپوشانند.

○ کارکنان خدماتی موظفند ۱۰ سی سی محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) را با یک لیتر آب مخلوط کنند. (رقت ۱۰ درصد)

○ کارکنان خدماتی موظفند محلول ساخته شده را روی محل ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کنند.

○ کارکنان خدماتی موظفند به روش ایمن با حوله یکبار مصرف خون را جمع کرده و بدون تماس مستقیم دست، در سطل زباله عفونی بیندازند.

○ کارکنان خدماتی موظفند با آب و دترجنت (پاک کننده) محل را پاک کنند.

○ کارکنان خدماتی موظفند با محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) سطح مورد نظر را گندزدایی نمایند.

(در مواردی که استفاده از هیپوکلریت سدیم موجب آسیب رساندن به سطوح گردد استفاده از محلول جایگزین مانند سایاسپت HP)

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

و... مناسب میباشد.)

۴. کارکنان خدماتی موظفند اگر محل آلوده، کف زمین بود محل را تی بزنند.
۵. کلیه کارکنان خدماتی موظفند محلول ضدعفونی بصورت دقیق و صحیح رقیق کرده و برای هر بار مصرف تازه تهیه کنند.
۶. مسئول بهداشت محیط موظف است بر نحوه صحیح لکه‌زدایی مایعات بخصوص خون نظارت داشته باشد.
۷. کلیه کارکنان خدماتی موظفند بر طبق برنامه زمان بندی نظافت هر شیفت (طبق پیوست) که توسط واحد بهداشت محیط و کنترل عفونت بیمارستان تهیه شده، انجام وظیفه نمایند.
- کارکنان خدماتی موظفند چنانچه در موقع ریخته شدن خون و ترشحات، شیشه شکسته شده وجود دارد، بدون دخالت مستقیم دست (با انبر یا پنس بلند و یا جارو و خاک انداز) حوله یکبار مصرف و خرده شیشه‌ها را جمع و در کیسه زباله عفونی دو لایه ریخته و روی کیسه برچسب تیز و برنده بزنند و به روش ایمن حمل نمایند.
۸. کلیه کارکنان خدماتی موظفند بر طبق برنامه زمان بندی نظافت روزانه که توسط واحد بهداشت محیط و کنترل عفونت بیمارستان تهیه شده، انجام وظیفه نمایند.
۹. کلیه کارکنان خدماتی موظفند بر طبق برنامه زمان بندی نظافت هفتگی که توسط واحد بهداشت محیط و کنترل عفونت بیمارستان تهیه شده، انجام وظیفه نمایند.
۱۰. مسئول خدمات و بهداشت محیط موظفند بر نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی بخشها نظارت داشته باشند.
۱۱. کارکنان خدمات موظفند توجه داشته باشند که در هنگام استفاده از جرم‌گیر به دلیل تولید گازهای سمی و خطرناک نبایستی از هیچ نوع شوینده یا ضدعفونی کننده‌ی دیگری به عنوان کمک کننده استفاده نمایند.
۱۲. کارکنان خدمات موظفند در هنگام گردگیری روزانه از دستمال نظیف تمیز استفاده نمایند.
۱۳. کارکنان خدمات موظفند جهت گندزدایی سطوح از ضدعفونی کننده‌هایی که مورد تأیید واحد بهداشت محیط و کنترل عفونت بوده و نحوه‌ی استفاده از آن را آموزش دیده‌اند استفاده نمایند.

✓ **منابع / مراجع:** کتاب راهنمای کشوری کنترل عفونت بیمارستانی، دستورالعمل‌های وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهناز صالح پور	مسئول بهداشت محیط
	طیبه سلطانی	مسئول کنترل عفونت
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
INS. 13	۹۸/۸/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

✓ **منابع و امکانات:** دماسنج، تراسی حمل غذا، دستکش، ماسک، پیش بند

✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول بهداشت محیط، مسئول تغذیه، کارکنان امور غذایی بیمارستان

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. کارشناس بهداشت محیط موظف است دستورالعمل‌های بهداشتی در خصوص نحوه‌ی انتقال و آماده سازی مواد غذایی خام یا فراوری شده مطابق آیین نامه‌ی اجرایی ماده ۱۳ مواد خوراکی، آرایشی و بهداشتی را در اختیار پرسنل آشپزخانه قرار دهد.
۲. صرفاً کادر مخصوص توزیع غذا موظف هستند غذا را توزیع نمایند.
۳. متصدیان توزیع غذا موظف هستند از پیشبند، دستکش و ماسک استفاده کنند.
۴. کادر توزیع غذا موظف هستند به نحوی غذای بیماران را توزیع نمایند که غذاها با دمای مناسب (غذای گرم به صورت گرم و غذای سرد به صورت سرد) توزیع شوند.
۵. کادر توزیع غذا موظف هستند رأس ساعت مقرر و طبق برنامه تنظیمی کارشناس تغذیه، غذا را توزیع نمایند.
۶. کادر توزیع غذا موظف هستند قبل از حمل و در هنگام توزیع غذا از تمیزی تراسی‌ها اطمینان حاصل نمایند و اصول بهداشتی را در زمان استفاده از آن‌ها رعایت نمایند.
۷. کادر توزیع غذا موظف هستند تراسی‌های گرم کن‌دار حمل غذا را به طور منظم تمیز و روزانه شست و شو نمایند.
۸. ناظر آشپزخانه موظف است قبل از انتقال تراسی غذا به بخش، کنترل و ثبت درجه حرارت غذا به طور تصادفی انجام دهد.
۹. کادر توزیع غذا موظف هستند قبل از انتقال غذا به بخش مطمئن شوند دمای غذای گرم (مانند برنج، انواع خورش‌ها و خوراک‌ها) حداقل ۷۰ درجه سانتی گراد (۱۶۵ درجه فارنهایت) باشد.
۱۰. کادر توزیع غذا موظف هستند طول مدت نگهداری و سرو غذای سرد را به ۴ ساعت محدود نمایند.
۱۱. کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه یا متصدی غذا موظف هستند در زمان توزیع غذا در بخش‌های مختلف بیمارستان به طور تصادفی درجه حرارت غذا را کنترل و ثبت نمایند.
۱۲. کادر توزیع غذا موظف هستند غذای گرم را با دمای حداقل ۵۷ درجه سانتیگراد سرو نموده و از افت درجه حرارت اجتناب نمایند.
۱۳. کادر توزیع غذا موظف هستند غذای سرد را حداکثر با دمای ۵ درجه سانتی گراد نگهداری و سرو نمایند.
۱۴. کادر توزیع غذا موظف هستند یک بار غذاها را گرم نمایند.
۱۵. مواد غذایی که طی دو ساعت در دمای ۷۳ درجه یا بالاتر گرم نگهداشته نشده‌اند یا بیشتر از یکبار گرم شده‌اند را به هیچ وجه برای بیمار استفاده نکرده و برای زمان دیگری نگهداری ننمایند.
۱۶. کادر توزیع غذا موظف هستند غذای سرو نشده بعد از پخت را حداکثر تا دو ساعت در دمای بالای ۶۰-۵۷ درجه نگهداری و در صورت نیاز مورد استفاده قرار دهند.

منابع / مراجع:

- دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت
- دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی
- کتابچه فرایندهای مدیریت خدمات غذایی در بیمارستان‌های کشور
- کتاب سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌های کشور

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهناز صالح پور فرهاد فصاحت	مسئول بهداشت محیط کارشناس خدمات غذایی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

شستشوی انواع البسه

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 14

✓ **منابع و امکانات:** ماشین لباسشویی - ماشین خشک کن - آبگیر - مواد ضدعفونی کننده - نیروی انسانی

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل لنژری

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل لنژری موظفند از ۴ مرحله شست و شو آگاه باشند که عبارتند از:

الف: شستشو با آب سرد: در صورتی که اقلام پارچه ای آغشته به خون باشند برای زدودن خون آنها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند.

ب: شستشوی اصلی با آب داغ: پودر را به ماشین لباسشویی اضافه نموده به طوریکه البسه و ملحفه موجود در ماشین کف آلود گردد. این مرحله تا حصول اطمینان از پاک شدن تمامی البسه و ملحفه تکرار شود.

○ به ازای هر ۴۰ لیتر آب، ۳۰۰ گرم پودر جهت شست و شوی البسه و ... غیرعفونی و ۶۰۰ گرم پودر جهت شست و شوی البسه و ... عفونی استفاده شود.

ج: افزودن سفیدکننده (استفاده از مواد گندزدا): به ازای هر ۴۰ لیتر آب ۱۵۰۰ سی سی وایتکس جهت شست و شوی البسه و ... غیرعفونی و ۲۵۰۰ سی سی وایتکس جهت شست و شوی البسه و ... عفونی استفاده شود.

○ محلول گندزدا را در حین کار به ماشین لباسشویی اضافه نموده و از ریختن مستقیم روی البسه اجتناب شود.

○ از استفاده بیش از حد مواد شوینده و گندزدا به دلیل تخریب بافت البسه و ملحفه اجتناب شود.

د: آبکشی: البسه و ملحفه باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شست و شوی گردد.

۲. پرسنل لنژری موظف به استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلرید سدیم) مطابق با دستورالعمل می باشند که موجب افزایش حاشیه ایمنی در شستشو می شود. میزان کل کلر باقیمانده در دسترس در محلول 50-150ppm می باشد.

۳. پرسنل لنژری موظفند در صورت عدم رسیدن دمای آب به ۷۱ درجه سانتی گراد، از محلولهای گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل های مربوطه استفاده نمایند.

۴. پرسنل لنژری موظفند شستشوی البسه و ملحفه عفونی را صرفاً در ماشین مخصوص البسه و ملحفه عفونی انجام دهند.

۵. پرسنل لنژری موظفند لباس های مرطوب را قبل از اتمام شیفته کاری از ماشین لباسشویی خارج نمایند. (قرار دادن لباس ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است)

۶. پرسنل لنژری موظفند در صورت استفاده از دستگاه غیر اتوماتیک حداقل از دو توالی مجزا جهت حمل لباس خیس از ماشین لباسشویی به آبگیر و بعد از آن به خشک کن (توالی لباس خیس) و حمل رخت خشک شده به اتوها (توالی لباس خشک) استفاده نمایند.

۷. پرسنل لنژری موظفند در صورت استفاده از دستگاه های اتوماتیک با توجه به میزان آلودگی اقلام پارچه ای و میزان مقاومت اقلام پارچه ای نسبت به حرارت، از برنامه های دستگاه ها برای شستشو استفاده نمایند.

۸. پرسنل لنژری موظفند مستندات دمای شستشو را در محل مناسب نگهداری نمایند.

۹. پرسنل لنژری موظفند هر البسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر می شود را مجدد شستشو نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۰. پرسنل لنژری موظفند البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم را قبل از شستشو اتوکلاو نمایند. (بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس یا سیاه زخم از لباس یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف لباس آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد)
۱۱. پرسنل لنژری موظفند البسه آلوده به ایدز و تیفوئید را به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شست و شو نمایند. (بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید از لباس یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف لباس آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد)
۱۲. پرسنل لنژری موظفند در کلیه مراحل کار از وسایل حفاظت فردی متناسب استفاده نمایند.
۱۳. پرسنل لنژری موظفند در صورت هرگونه مواجهه شغلی به واحد کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای گزارش دهند.

منابع / مراجع: استاندارد های اعتبار بخشی، کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	تکتم سعیدی مهناز صالح پور	مسئول لنژری مسئول بهداشت محیط
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

استفاده از کپسول های گازهای طبی

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 15	۹۸/۸/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

- ✓ **منابع و امکانات:** وجود کپسول گازهای طبی استاندارد، دستگاه اکسیمتر
- ✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول گازهای طبی، پرسنل تاسیسات، مسئول تدارکات، مسئول تجهیزات پزشکی، مسئول امور مالی
- ✓ **شرح دستورالعمل:**
- ✓ مسئول گازهای طبی موظف است دریافت کپسول اکسیژن را از شرکت به واحد تجهیزات پزشکی اعلام نماید.
- ✓ کارشناس تجهیزات پزشکی موظف است با استفاده از دستگاه سنجش خلوص اکسیژن نسبت به تعیین خلوص اکسیژن موجود در سیلندر اقدام نماید. در صورت مشاهده خلوص پایین تر از ۹۹ نسبت به اعلام به شرکت شارژ کننده اقدام نماید. بدیهی است مسئول تاسیسات موظف است از تحویل کپسولهای با خلوص کمتر از ۹۹ به بخشها خودداری کند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ✓ مسئولین هر شیفت بخش های درمانی موظف هستند عدد گیج کپسول اکسیژن بخش را چک کنند در صورتی که عدد گیج از عدد ۱۵ کمتر بود بلافاصله جهت تعویض کپسول اقدام نمایند .
- ✓ مسئول گازهای طبی موظف است نسبت به ثبت سوابق تحویل و تحول کپسولها اقدام نمایند.
- ✓ مسئول گازهای طبی موظف است بر جدا سازی کپسولهای خالی نظارت نماید بنحوی که در محل های جداگانه و با عنوان مشخص نگهداری شود.
- ✓ مسئول بخش موظف است بر رعایت نکات ایمنی حین استفاده و انبارش کپسولهای گاز از جمله عدم پوشاندن بدنه کپسول، قرارگیری کپسول بصورت عمودی و فیکس شدن به دیوار یا ترالی اطمینان حاصل کند.
- ✓ مسئول خدمات موظف است از رعایت نکات ایمنی حمل کپسول اکسیژن توسط پرسنل خدماتی اطمینان حاصل کند.
- ✓ مسئول تجهیزات پزشکی موظف است نسبت به برنامه ریزی انجام تستهای سیلندرهای اکسیژن بیمارستان اقدام نماید.
- ✓ مسئول تدارکات موظف است نسبت به ارسال کپسولها جهت انجام تست های سیلندرهای گازهای طبی بر اساس برنامه تنظیم شده اقدام نماید.
- ✓ مسئول امور مالی موظف است نسبت به تامین اعتبار لازم جهت انجام تست های دوره ای کپسولهای گاز اقدام کند.
- ✓ مسئول گازهای طبی موظف است نسبت به مدیریت مصرف کپسولهای گاز اقدام نماید بنحوی که علاوه بر تامین نیازهای معمول در تمام ساعات شبانه روز برای شرایط غیر مترقبه پیش بینی لازم بعمل آورد.
- ✓ مسئول تجهیزات پزشکی موظف است نسبت به انجام تست میزان خلوص اکسیژن در محل بخشها بر اساس برنامه تنظیم شده، اقدام نماید.
- ✓ مسئول تجهیزات پزشکی موظف است نسبت به برنامه ریزی سنجش خلوص اکسیژن در بخشها اقدام و بر فرایند اجرای آن نظارت نماید.
- ✓ مسئول گازهای طبی موظف است از ایمن بودن محل نگهداری کپسولهای گازهای اطمینان حاصل کند و هرگونه اصلاح مورد نیاز را به مسئول ساختمان اعلام نماید
- ✓ مسئول ساختمان موظف است اصلاحات مورد نیاز را در خصوص محل نگهداری کپسولهای گاز انجام دهد.

منابع / مراجع: استاندارد شماره ۳۲۴۰، ۳۰۴، نامه شماره ۴۰۰/۲

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	سمیه جلالی	مسئول تجهیزات پزشکی
	حمیدرضا عبدالله زاده	مسئول گازهای طبی
	علیرضا شاهوردی	مسئول تدارکات
	جواد سالاری	مسئول ساختمان
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام‌های فوقانی)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 16

✓ منابع و امکانات: استاندارد، سیاست بیمارستان

✓ کارکنان مرتبط: پرسنل پذیرش، پرستار، کادر درمانی

✓ شرح دستورالعمل:

- (۱) پرسنل پذیرش موظفند به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران را به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی ثبت نمایند، بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه، سال) با رنگ مشکی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
- (۲) پرسنل پذیرش موظفند در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دوشناسه اصلی در دستبند بیمار درج نماید.
- (۳) پرسنل پذیرش موظفند دستبندهای شناسایی را از مواد قابل انعطاف، نرم، ضدآب با قابلیت تمیز کردن مجدد عبور هوا خریداری نمایند، به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشود و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش، حساسیت و تعریق نشود.
- (۴) پرستار موظف است از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بصورت کامل در صورت نیاز نام پدر را بیان نماید سپس آن را با مندرجات دستبند تطبیق دهد.
- (۵) پرستار بیمار موظف است دستبند را به دست غالب بیمار بسته و در صورت عدم امکان، آن را به دست دیگر ببندد. در مواقعی که به هر علت امکان بستن دستبند به دست بیمار نباشد، آن را به مچ پای بیمار ببندد.
- (۶) پرستار بیمار موظف است دستبندهای شناسایی را به نحوی ببندد که سبب فشردگی پوست بیمار نشود.
- (۷) پرستار موظف است سیستم کدبندی رنگی دستبندها را رعایت نماید. (رنگ قرمز فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی و رنگ زرد برای شناسایی بیماران در معرض خطر از جمله: بیماران مستعد سقوط، ابتلا به زخم فشاری یا ترومبومبولیسم و...)
- (۸) پرستار موظف است در صورتی که بیمار کودک، معلول ذهنی، در صورتی که قادر به تکلم نبوده و یا هوشیار نباشد با پرسش مشخصات از والدین یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به‌طور صحیح شناسایی نماید.
- (۹) به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در هنگام ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل ویریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت بصورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
- (۱۰) پرستار موظف است در حین بستری بیماران نسبت به تعویض و تهیه دستبندهای آسیب دیده یا گم شده اقدام نماید.
- (۱۱) پرستار موظف است در صورتی که نیاز است جهت انجام یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار باز شود، سریعاً پس از اطمینان از صحت مشخصات، دستبند را به مچ بیمار ببندد.
- (۱۲) پرسنل بلوک زایمان موظفند در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو دستبند تهیه شده را بعد از چک مجدد با مشخصات مادر به مچ پاهای نوزاد ببندند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۳) پرسنل پرستاری و مامایی موظفند در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به دستبند شناسایی توجه نمایند.

✓ **منابع / مراجع:** دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی سکینه گنجی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار CCU کاجی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از عمل جراحی

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
INS.17-1	۹۵/۰۹/۰۹	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۷

✓ **منابع و امکانات:** ویلچر، برانکارد، دستگاه فشار خون، ترمومتر، آنژیوکت، سرم، ست سرم، داروهای مورد نیاز پروفیلاکسی

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل بخشهای درمانی و اتاق عمل

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پزشک موظف است پس از مراجعه بیمار به بخش، رضایت عمل و بیهوشی را از بیمار یا ولی قانونی او بگیرد.
۲. پزشک بیمار موظف است عوارض بیهوشی و عمل را برای بیمار توضیح دهند.
۳. پرستار مسئول بیمار موظف است اطمینان حاصل نماید که قبل از عمل جراحی بیمار NPO می باشد.
۴. پرستار مسئول بیمار موظف است تمام تلاش خود را برای حفظ آرامش بیمار و کاهش اضطراب وی قبل از عمل انجام دهد.
۵. پرستار مسئول بیمار موظف است از شیو ناحیه عمل مطمئن شود.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۶. پرستار مسئول بیمار موظف است آزمایشات لازم جهت عمل را درخواست و در صورتی که در محدوده‌ی نرمال نبود، به پزشک اطلاع دهد.
۷. پرستار مسئول بیمار موظف است قبل از عمل اطمینان حاصل نماید که بیمار وسایل اضافی مانند زیورآلات، پروتز و دندان مصنوعی و... نداشته باشد.
۸. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت دستور پزشک پروفیلاکسی دارویی را قبل عمل انجام دهد.
۹. پرستار مسئول بیمار موظف است علائم حیاتی بیمار را قبل از عمل چک نموده و از آمادگی بیمار جهت عمل اطمینان حاصل نماید.
۱۰. پرستار مسئول بیمار موظف است بیمار را با برانکارد یا ویلچر همراه با تجهیزات لازم به اتاق عمل انتقال دهد.
۱۱. پرستار اتاق عمل موظف است هویت مددجو را با پرونده بیمار و دستبند شناسایی او هنگام تحویل به اتاق عمل انطباق دهد.
۱۲. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت هوشیاری کامل و پایدار بودن علائم حیاتی، او را از اتاق عمل تحویل بگیرد.
۱۳. پرستار مسئول بیمار موظف است پس از انتقال بیمار به بخش در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و سپس هر ۳۰ دقیقه یکبار به مدت ۲ ساعت و سپس هر ۱ تا ۴ ساعت و نهایتاً طبق دستور پزشک علائم حیاتی بیمار را چک نماید.
۱۴. پرستار مسئول بیمار موظف است هوشیاری، وضعیت تنفس، I&O و استفاده از اکسیژن را طبق دستور پزشک مرتب چک نماید.
۱۵. پرستار مسئول بیمار موظف است طبق دستور پزشک، پانسمان و ترشحات آن، فعال بودن درن، زخم و بخیه را از نظر عفونت و التهاب چک نماید.
۱۶. پرستار مسئول بیمار موظف است طبق دستور پزشک جهت PO نمودن بیمار ابتدا رژیم مایعات را شروع و در صورت تحمل بیمار رژیم معمولی را شروع نماید.
۱۷. پرستار مسئول بیمار موظف است هرگونه علائم مشکوک یا غیرعادی در کنترل علائم حیاتی و... را به پزشک مربوطه اطلاع دهد.

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان، دستورالعمل شماره ۱۰۷۵۷، راهنمای ایمنی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فخرالسادات حسینی نسب	سرپرستار جراحی زنان
	لیلا باغعلیشاهی	سوپروایزر
	عباس زارعیان	کارشناس اتاق عمل
تایید کننده	محمدعلی مهبیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۶

آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن (آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۶	INS. 17-2

- ✓ **منابع و امکانات:** وسایل سرم درمانی، پانسمن فشاری، کیسه شن، برانکارد، صندلی چرخ دار، مانیتور
- ✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول نظارت بر اجرای دستورالعمل بر عهده سرپرستار و مسئولیت اجرای آن بر عهده پرستار می باشد.
- ✓ **شرح دستورالعمل:**
۱. پزشک معالج موظف است دستور انجام آنژیوگرافی را در پرونده بیمار ثبت نماید.
 ۲. پرستار مسئول بیمار موظف است پس از کنترل فرم رضایت آگاهانه از تکمیل بودن فرم و امضاء بیمار اطمینان حاصل نماید.
 ۳. پرستار مسئول بیمار موظف است طبق دستور پزشک معالج اقدامات اولیه (شامل IV Line + آزمایشات مختص آنژیوگرافی + نوار قلب + اکو و شیو محل آنژیوگرافی و...) را کنترل نماید.
 ۴. پرستار مسئول بیمار موظف است آموزشهای لازم قبل از آنژیوگرافی را به بیمار و همراه وی بدهد.
 ۵. پرستار مسئول بیمار موظف است دستورات دارویی را قبل از آنژیوگرافی طبق نظر پزشک معالج اجرا کند.
 ۶. پرستار مسئول بیمار موظف است با هماهنگی بخش آنژیوگرافی بیمار را با برانکارد یا ویلچر و تجهیزات لازم به بخش آنژیوگرافی منتقل نماید.
 ۷. پرستار آنژیوگرافی موظف است پس از تحویل بیمار و چک آزمایشات و IV line بیمار، وی را به کمک پرسنل خدماتی به اتاق آنژیوگرافی منتقل نموده و در طول پروسیجر بیمار را مانیتورینگ نموده و وسایل لازم را در طول پروسیجر در اختیار پزشک معالج قرار دهد.
 ۸. پزشک معالج موظف است دستور انتقال بیمار به بخش را در پرونده بیمار ثبت نماید.
 ۹. پرستار آنژیوگرافی موظف است پس از اتمام آنژیوگرافی بیمار را به بخش CCU بیدمشکی انتقال دهد.
 ۱۰. پرستار CCU موظف است علائم حیاتی و سطح هوشیاری و محل ورود کاتتر آنژیو از نظر خونریزی و هماتوم چک نماید و بیمار را از پرستار آنژیوگرافی تحویل بگیرد.
 ۱۱. پرستار مسئول بیمار در بخش CCU موظف است بیمار را تحت مانیتورینگ قرار داده و به مدت هر ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت VS و محل ورود شیت را کنترل و در پرونده ثبت نماید.
 ۱۲. پرستار مسئول بیمار در بخش CCU بیدمشکی موظف است در مورد بیماران آنژیوپلاستی طبق دستور پزشک معالج پس از کنترل آزمایش PTT نسبت به خارج کردن شیت بیمار اقدام نموده سپس پانسمن فشاری و کیسه شن را بر روی موضع قرار گیرد و موضع از نظر هماتوم و خونریزی مرتباً تحت کنترل باشد.
 ۱۳. دستیار قلب موظف است طبق دستور پزشک معالج پس از کنترل آزمایش PTT شیت بیماران سایر CCUها را خارج نماید.
 ۱۴. پرستار مسئول بیمار موظف است به مدت ۵ ساعت بیمار را CBR نموده و کیسه های شن را طبق دستور پزشک معالج کنترل نماید، V/S را به صورت هر ۱۵ دقیقه تا ۱ ساعت اول چک و محل ورود کاتتر آنژیوگرافی را نیز در همان زمان کنترل نماید و آن را در پرونده ثبت و مهر و امضاء کند.
 ۱۵. پرستار مسئول بیمار موظف است نبض دیستال اندام بیمار را مرتب چک نموده و در گزارش پرستاری ثبت نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۶. پرستار مسئول بیمار موظف است موارد آموزشی لازم از جمله: ضرورت مصرف مایعات، عدم دستکاری محل آنژیوگرافی (کیسه شن)، استراحت در تخت و... را به بیمار توصیه نماید.

۱۷. پرستار مسئول بیمار موظف است در هنگام ترخیص موارد زیر را به بیمار آموزش دهد:

الف: تا یک هفته از انجام فعالیت سنگین خودداری کند و...

ب: هنگام نشست و برخاست، روی جای مخالف، فشار بیاورد.

ج: از پله کمتر استفاده کند.

د: تا حد امکان رانندگی نکند.

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر عباس اندیشمند	مسئول فنی بخش آنژیوگرافی
	مرضیه شامی باف	سرپرستار بخش آنژیوگرافی
	اعظم کارگریان	سرپرستار CCU میرجلیلی
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رییس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از عمل (دیالیز)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 17-3

✓ **منابع و امکانات:** دستگاه و تجهیزات دیالیز- صافی و ست دیالیز- نیدل فیستول- سرم نرمال سالین- محلول شست و شوی

دستگاه دیالیز و...- فرم رضایت آگاهانه- وسایل حفاظت فردی- دارو و فرآورده‌های خونی

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل بخش دیالیز و بخش های بالینی- پزشک متخصص داخلی- کادر درمانی- سوپروایزر

✓ **شرح دستورالعمل:**

✓ **فعالیت دیالیز:**

- فعالیت دیالیز در موارد اورژانسی با پرستار آنکال هماهنگی می شود.
- پزشک موظف است دستورات لازم شامل مدت زمان دیالیز تزریق دارو و فرآورده های خونی حین دیالیز تکمیل برگ شرح حال کامل در ابتدای پذیرش انجام از آزمایشات پیش از دیالیز و سایر دستورات را در پرونده بیمار ثبت کرده پس از ارایه توضیحات و آموزش های لازم به بیمار یا قیم قانونی وی رضایت آگاهانه از ایشان اخذ نماید.
- متخصص داخلی موظف است بیماران را ویزیت نماید.
- پرستار موظف است برای پیشگیری از انتقال عفونت های ویروسی حتماً از تمامی بیماران بدو پذیرش آزمایشات هپاتیت B, C, HIV انجام می گیرد و در صورت مثبت بودن بیمار به هپاتیت B به علت نبود دستگاه دیالیز در بخش مجزا به مراکز دیگر انتقال می یابد. بیماران دیالیزی به صورت هر شش ماه از نظر هپاتیت مورد بررسی قرار می گیرند.

✓ **پرستار قبل از دیالیز:**

- پرستار موظف است رضایت نامه انجام دیالیز تکمیل و امضاء شده در پرونده بیمار را نگهداری نماید و بعد از پذیرش در سامانه بیماری خاص ثبت نماید.
- پرستار موظف است جهت شناسایی بیمار دستبند شناسایی (نام و نام خانوادگی، نام پدر) را چک کند.
- پرستار موظف است قبل از دیالیز بیمار را ارزیابی کند (موارد بررسی شامل وضعیت مایع، تعداد تنفس و تلاش های تنفسی، صداهای تنفسی، وجود ادم، BP، درجه حرارت).
- پرستار موظف است علائم حیاتی بیمار را از لحاظ عوامل مستعد کننده به اختلال الکترولیتی بررسی نماید.
- پرستار موظف است در صورت داشتن کاتتر ناحیه خروج کاتتر از لحاظ قرمزی عفونت و ترشحات بررسی نماید.
- پرستار موظف است قبل از دیالیز کارکرد ماشین دیالیز بررسی و ست و پرایم نماید. (پارامترهای دستگاه دیالیز را بر اساس ارزیابی اولیه و دستور پزشک تعیین و انتخاب نماید).
- پرستار موظف است قبل از شروع دیالیز بیمار را وزن نماید. (وزن قبلی و وزن خشک بیمار را تعیین نماید).
- پرستار موظف است قبل از شروع دیالیز بهداشت دست را انجام شود و از عینک و دستکش های غیر قابل نفوذ به آب استفاده کند.

✓ **پایش حین دیالیز:**

- پرستار موظف است بیمار و دستگاه دیالیز و تجهیزات را بطور مداوم بررسی کند.
- پرستار موظف است فشار خون بیمار را هر یک ساعت و در صورت ناپایدار بودن فشار خون به دفعات بیشتر با فواصل کمتر کنترل کند.
- پرستار موظف است سطح هوشیاری بیمار را جهت ایمنی بیشتر نرده های کنار تخت را بالا بیاورد.
- پرستار موظف است عوارض حین دیالیز بررسی و کنترل کند. (افت فشار خون، وجود کرامپ های عضلانی، تهوع و اسهال، لرز، سردرد همولیز، واکنش های حساسیتی، افزایش فشار خون)
- پرستار موظف است در شروع دیالیز در صورت حساسیت بیمار به صافی (علائم قرمزی و تنگی نفس و سرفه و...) شرایط بیمار را کنترل و در صورت لزوم دیالیز را قطع کند و به پزشک اطلاع دهد.
- پرستار موظف است فرآورده های خونی را طبق دستورالعمل در حین دیالیز انفوزیون نماید و تزریق داروهایی مثل اپرکس و انفوزیون و نوفر در ۱۰۰ سی سی نرمال سالین در پایان دیالیز انجام دهد.
- پرستار موظف است در صورت آلام دستگاه بر بالین بیمار حاضر شده و نسبت به رفع علت آلام اقدام نماید.
- پرستار موظف است کاتتر موقت دیالیز را پس از انجام دیالیز با نرمال سالین شست و شو داده و سپس ۴ سی سی N/S (سرم نرمال سالین) و ۵۰۰۰ واحد هپارین که ۲/۵ سی سی در لاین شریانی ۲/۵ در لاین وریدی جهت جلوگیری از لخته شدن خون در لاین ها و گرفتگی آن ها تزریق نماید.
- پرستار موظف است کاتترهای دائم را با ۱۰ سی سی نرمال سالین و پادینه طبق عدد نوشته شده روی لومن کاتتر شستشو دهد.
- پرستار موظف است جهت شستشو سرکاتتر از الکل های کلر، هیگزیدین استفاده کرده و ۳۰ ثانیه صبر کرده تا محلول خشک شود و بعد هپارینه لاک سیته شود.
- پرستار موظف است به بیمار و همراه وی در مورد مراقبت از فیستول، کاتتر، محدودیت مصرف مایعات، تغذیه آموزش دهد.

✓ **بعد از دیالیز:**

- پرستار موظف است علائم حیاتی بیمار را کنترل و در صورت هر گونه اختلال با مشورت پزشک اقدام لازم را انجام داده و ثبت نماید.
- پرستار موظف است بعد از اتمام دیالیز بیمار را اول به مدت ۱۵ دقیقه روی تخت بنشاند و راه های عروقی را از نظر خونریزی کنترل نماید و بعد از ۵ دقیقه نشستن لبه ی تخت بیمار از تخت پایین بدهد.
- پرستار موظف است در صورت امکان بیمار را وزن کرده و در پرونده ثبت نماید.
- پرستار موظف است پس از پایان دیالیز، دستگاه را طبق دستورالعمل شرکت مربوطه ضد عفونی و شست و شو نماید.

منابع / مراجع: کتاب مبانی پرستار و دیالیز

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی سهیلا میرسلیمان سمانه کریمی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار دیالیز پرستار دیالیز
نابید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

اطمینان از مراقبت و آمادگی قبل، حین و بعد مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپ‌ها (لاپاراسکوپ)

کد دستورالعمل	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
INS.17-4	۹۵/۰۹/۰۲	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۵

✓ **منابع و امکانات:** دستگاه لاپاراسکوپ، دستکش استریل، برانکارد

✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک، پرستار، خدمات

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرستار موظف است قبل از عمل توجه داشته باشد که بیمار حداقل ۸ ساعت قبل از عمل جراحی NPO می باشد.
۲. پرستار موظف است توجه داشته باشد کلیه آزمایشات و سونوگرافی و مدارک لازم (MRI, CTS) و رضایت آگاهانه ضمیمه پرونده باشد.
۳. پرستار موظف است قبل از عمل، شیو محل عمل را کنترل نماید.
۴. پرستار موظف است قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل کلیه مشخصات بیمار را با دستبند بیمار مطابقت دهد.
۵. پرستار موظف است قبل از عمل، کلیه وسایل اضافی و مصنوعی بیمار را خارج و علائم حیاتی و کلیه کارهای انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
۶. پرستار موظف است قبل از عمل دستورات پزشک معالج مثل پروفیلاکسی و آنتی بیوتیک ها را اجرا و ثبت نماید.
۷. پرستار موظف است قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل تاریخچه و زمان مصرف دارو های بیمار به ویژه ضد انعقادها را بررسی و ثبت و در اختیار پزشک معالج قرار دهد.
۸. پرستار موظف است قبل از عمل محل و سمت عمل بیمار را مشخص و مارکرگذاری نماید.
۹. پرستار موظف است در حین نقل و انتقال بیمار با برانکارد همراه با بدساید کشیده شده به اتاق عمل، بیمار را همراهی و مراقبت های لازم را اعمال نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۰. پرستار موظف است پس از عمل محل عمل را از نظر خونریزی و ترشحات درن و عفونت (همواک، وکیوم بودن، چست باتل) کنترل نماید.
۱۱. پرستار موظف است پس از عمل طبق نظر پزشک معالج علائم حیاتی را چک و به اطلاع پزشک معالج برساند.
۱۲. پرستار موظف است پس از عمل طبق دستور پزشک معالج بیمار را NPO و تا زمان مشخص شده سرم تراپی را برای بیمار ادامه دهد.
۱۳. پرستار موظف است بعد از انجام لاپاراسکوپی اندام را از نظر خونرسانی کنترل نماید.

منابع: کتاب برونر، سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر هادی صالحی نیا	پزشک جراح
	مریم دشتبان نژاد	سرپرستار بخش ارتوپدی جراحی
	سید علی محمد طالبی	پرستار
	ولی هادیان	پرستار
تایید کننده	محمد علی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 18

✓ **منابع و امکانات:** تجهیزات تخصصی پروسیجر مورد نظر، فرم رضایت آگاهانه، ترالی احیا، تجهیزات حیاتی مانند دستگاه مانیتورینگ، ساکشن، اکسیژن و...، محلول اسکراب دست، وسایل حفاظت فردی و سایر تجهیزات با توجه به نوع پروسیجر

✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک مربوط و پرسنل بخشهای درمانی

✓ شرح دستورالعمل:

- ۱- پزشک موظف است قبل از انجام عمل تهاجمی رضایت آگاهانه را از بیمار یا ولی قانونی وی اخذ نماید.
- ۲- پزشک و پرستار موظف هستند عوارض دارو و عمل را به بیمار توضیح دهند.
- ۳- پزشک و پرستار موظف هستند مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی و پرونده ی وی چک کرده و هویت بیمار را به طور کامل شناسایی کنند.
- ۴- پرستار و سایر کادر درمانی موظف هستند کلیه امکانات و تجهیزات مورد نیاز را بر بالین بیمار آماده نمایند.
- ۵- پرستار موظف است بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متر وصل کرده و با کمک خدمه پوزیشن مناسب پروسیجر را به بیمار بدهد و پوشش مناسب بیمار را جهت حفظ حریم بیمار با توجه به اقدامات تهاجمی فراهم کند.
- ۶- پرستار موظف است ترالی اورژانس و سایر دارو ها و لوازم و تجهیزات حیات بخش (ساکشن، وسایل احیا و دستگاه شوک) و... را در صورت لزوم بر بالین بیمار آماده نماید.
- ۷- پزشک موظف است روش انجام اقدام تشخیصی-تهاجمی را دقیقاً مشخص کند.
- ۸- پرستار موظف است از استریل و سالم بودن کلیه وسایل و تجهیزات در نظر گرفته شده برای پروسیجر مانند انواع کاتترها، سوندها و... گندزدایی کامل تجهیزات اسکوپ اطمینان حاصل نماید.
- ۹- پزشک و پرستار موظف هستند دستورالعمل اسکراب دست جراحی را با استفاده از محلولهای الکلی موجود در کلیه بخش ها مطابق دستورالعمل کشوری بهداشت دست انجام دهند سپس اقدام به پوشیدن دستکش استریل نمایند.
- ۱۰- پزشک و سایر کارکنان موظف هستند، از لوازم حفاظت فردی مناسب مانند گان، ماسک و... استفاده نمایند.
- ۱۱- پرستار بیمار موظف است طبق دستور پزشک داروهای سداتیو را با احتیاط و مانیتورینگ به بیمار تزریق نماید.
- ۱۲- پرستار موظف است بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت بررسی کرده و احتیاطات لازم را مانند بالا کشیدن بد سایدها، مهار فیزیکی یا دارویی بیمار طبق دستور پزشک انجام دهد.
- ۱۳- پزشک موظف است موضع پروسیجر را در پروسیجرهایی مانند چست تیوپ گذاری و کاتتر گذاری به نحو صحیح با بتادین یا محلول سپتی اسکراب پرپ کند.
- ۱۴- پزشک و پرستار موظف هستند در تمامی مراحل انجام اقدام تهاجمی به دقت بیمار را مانیتورینگ نموده و در صورت بروز هرگونه اختلال در همودینامیک بیمار اقدامات لازم را انجام دهد.
- ۱۵- پزشک و پرستار موظف هستند تمامی درن ها، لولهها و اتصالات بیمار را پس از پایان کار به دقت کنترل کرده و در سطح مناسب از بدن قرار دهند.
- ۱۶- پزشک یا پرستار موظف هستند پروسیجر را پانسمان استریل کنند و تاریخ را روی پانسمان درج نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۷- پرستار موظف است پس از پایان کار، جهت شست و شو و گندزدایی اسکوپ‌ها و سایر وسایل طبق دستورالعمل ابلاغی، اقدام نماید.

۱۸- پرستار موظف است در صورت لزوم تا چند ساعت بعد از انجام اقدام تهاجمی بیمار را تحت مانیتورینگ دائم قرار دهد و در صورت بروز هرگونه اختلال در همودینامیک بیمار به پزشک اطلاع دهد.

✓ منابع / مراجع: دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	فخرالسادات حسینی نسب	سرپرستار بخش جراحی زنان
	سیده طاهره حسینی	سرپرستار جراحی قلب
	مریم دشتیان نژاد	سرپرستار ارتوپدی جراحی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

خودمراقبتی بیماران جراحی قلب و دریچه

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 19-1

✓ منابع و امکانات: پمفلت، کتاب

✓ کارکنان مرتبط: پرستاران شاغل در بخش جراحی قلب و جراحان قلب

✓ شرح دستورالعمل

۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است حین ترخیص موارد زیر را در مورد محدوده و میزان فعالیت های فیزیکی به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

از خم و راست شدن به مدت ۲ ماه خودداری کند. (نماز نشسته بخواند و استفاده از توالت فرنگی و...)

برای رانندگی در مسافت های کوتاه بعد از یکماه مجاز می باشند و در مسافت های طولانی یا با وسایل نقلیه سنگین با مشورت پزشک معالج بعد از ۳ ماه مجاز هستند.

از بلند کردن اجسامی با وزن ۲/۵ کیلوگرم تا ۱ ماه و ۵ کیلو گرم تا ۲ ماه خودداری گردد. از هل دادن یا کشیدن اجسام سنگین، بالا بردن دست ها بالای سر و همچنین انداختن پاها روی هم پرهیز شود.

رابطه جنسی تا ۱ ماه بعد از عمل ممنوع می باشد.

۲. پزشک مسئول بیمار موظف است حین ترخیص در رابطه با محدوده و میزان فعالیت فیزیکی از جمله زمان بازگشت به کار، زمان انجام رانندگی، زمان برقراری رابطه جنسی به بیمار توضیحات لازم را با توجه به شرایط بیمار بدهد.

۳. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است در مورد مراقبت در منزل موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

تنفس های عمیق و آرام همراه با انجام سرفه جهت تخلیه ترشحات و خلط ریه ها بطور مرتب انجام دهد.

حمام کوتاه (۱۵-۱۰ دقیقه) پس از ترخیص بلامانع میباشد. موقع حمام کردن از آب داغ استفاده نکند چون امکان دارد موجب سرگیجه و ضعف شود. روی بخیه ها لیف و کیسه نکشد و با دست و شامپو بچه محل بخیه را تمیز کند.

محل جراحی نیاز به پانسمان ندارد و باید خشک و تمیز نگه داشته شود. از پوشیدن لباس تنگ و پلاستیکی خودداری کند.

هنگام سرفه یا عطسه حتما با کمک دستها بازو ها را بغل بگیرد تا فشار روی استخوان سینه شما وارد نشود.

جهت اتساع بهتر ریه ها از دستگاه رسیپراتور استفاده کند و با دمیدن در آن و بالا بردن توپک های داخل استوانه ها به برگشت سریع تر ریه ها به حالت قبل از عمل کمک کند.

گرفتگی صدا تا ۶ ماه بعد از عمل ممکن است ادامه داشته باشد که جای نگرانی نیست.

تورم ناحیه زخم در محل جناغ سینه طبیعی است و بعد از چند ماه بهبود می یابد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

پای جراحی شده نیز ممکن است متورم باشد که برای کمتر شدن تورم شب ها بالش زیر پای خود بگذارد یا طبق نظر پزشک از جوراب واریس استفاده کند.

پزشک معالج موظف است حین ترخیص در رابطه با استفاده از جوراب واریس، دستگاه رسیپراتور، جلیقه محافظ قفسه سینه و استفاده از پماد برای محل جراحی بر حسب شرایط بیمار توضیح دهد.

۴. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره رژیم غذایی موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

اجرای توصیه های برگه های مشاوره تغذیه از یک ماه بعد از عمل قابل اجرا می باشد.

تا یک ماه بعد از عمل، رژیم غذایی کم نمک و کم چربی را رعایت کند. در این یک ماه میتوان از گوشت قرمز استفاده کرد. از میوه جات و سبزیجات تازه استفاده کند تا دچار یبوست نشود.

بعد از یک ماه بیشتر از گوشت سفید مثل مرغ و ماهی استفاده کند.

در بیماران دریچه ای به دلیل تداخل غذا با داروی وارفارین حتما توصیه های مشاور تغذیه را با دقت اجرا کند.

۵. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره نحوه مصرف داروها موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

دهد:

درباره ی اهمیت مصرف درست و به موقع داروهای بیمار و همچنین نحوه مصرف، زمان مصرف، دلایل مصرف و خواص دارو به بیمار یا همراه بیمار به زبان عامیانه و قابل فهم توضیح داده شود. همچنین به صورت خوانا بر روی فرم آموزش ترخیص بیمار نوشته شود.

در بیماران دریچه ای به دلیل مصرف قرص وارفارین و اهمیت آن، درباره عوارض دارو یا تغییر در دوز دارو توضیح داده شود و پمفلت وارفارین در اختیار بیمار یا همراه وی قرار داده شود.

۶. معالج بیمار موظف است داروهای درمانی بیمار را نسخه کرده و در صورت نیاز بیمار را از عوارض دارویی مطلع سازد.

پزشک معالج بیمار موظف است در بیماران دریچه ای آزمایش PT/INR را علاوه بر نسخه دارویی در دفترچه بیمار نوشته و تاکید کند که بیمار تا ۳ روز آینده آزمایش را انجام داده و جواب آن را به بخش یا جراح خود اطلاع دهد تا دوز داروی وارفارین برای وی تنظیم گردد.

۷. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره برنامه های باز توانی و توانبخشی موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

بیمار یک ماه پس از جراحی قلب جهت ادامه درمان و کنترل ریسک فاکتورهای خود و جلوگیری از بروز مجدد بیماری طبق صلاحدید پزشک معالج به مرکز باز توانی قلب افشار واقع در کوچه اورژانس افشار روبروی درب ملاقات مراجعه کنند یا با شماره تلفن ۳۵۲۵۸۳۵۴ تماس بگیرد.

۸. پزشک معالج بیمار موظف است در رابطه با برنامه های توانبخشی پس از ترخیص، بیماران یزدی را برای ادامه درمان به مرکز توانبخشی قلبی معرفی کند.

۹. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره زمان مراجعه مجدد به درمانگاه و مطب پزشک موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

هنگام ترخیص برگه معرفی نامه بیمار جهت مراجعه به پزشک معالج طی ۷۲ ساعت پس از ترخیص داده می شود.

جهت کشیدن بخیه اگر ساکن یزد باشند دو هفته پس از ترخیص به درمانگاه افشار مراجعه کند. در صورت شهرستانی بودن به مرکز درمانی محل زندگی خود مراجعه کند.

۱۰. پزشک معالج بیمار موظف است زمان مراجعه به مطب و کشیدن بخیه بیماران را به پرستار بخش اطلاع دهد.

۱۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره علائم هشدار دهنده که نیاز به اقدام و مراجعه اورژانسی دارد موارد زیر را آموزش دهد

بیمار در صورت بروز تنگی نفس شدید، تب بالای ۳۸ درجه، ترشح زرد رنگ و چرکی در محل زخم، تورم و قرمزی محل بخیه ها، اضافه وزن بیش از ۲/۵ کیلو گرم در یک هفته احساس تپش قلب به اورژانس بیمارستان مراجعه نماید.

در صورت بروز علائم عفونت (تب بالای ۳۸ درجه، ترشح زرد رنگ و چرکی در محل زخم، تورم و قرمزی محل بخیه ها) علاوه بر مراجعه به اورژانس با شماره تلفن ۳۱۶۰۲۰۴۹ تماس یا به شماره ۰۹۳۸۶۷۹۵۲۳۰ نام و مشخصات بیمار را پیامک نماید.

منابع / مراجع: کتاب برونر و سودارث پرستاری، آنچه درباره جراحی قلب باید بدانید (گردآورنده: بنیاد قلب بریتانیا)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده گان	حکیمه دادرس	پرستار بازتوانی
	دکتر لیلا مهدوی	پزشک بازتوانی
	دکتر مهدی حدادزاده	جراح قلب
	دکتر سید جلیل میرحسینی	جراح قلب
	دکتر شهریار مالی	جراح قلب
تأیید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

خودمراقبتی در بیماران با تعبیه پیسی میکر و ICD

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 19- 2

✓ منابع و امکانات: کتاب، پمفلت

✓ کارکنان مرتبط: پرستاران شاغل در سی سی یو قلب

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره محدوده و میزان فعالیت فیزیکی، موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

- دست چپ بیمار که پیسی تعبیه شده تا ۳ روز اول حداقل حرکت را داشته باشد و از بالا بردن بیش از حد دست (مثل ورزش والیبال و شنا و...) تا یک ماه خودداری کند.
- از خم و راست شدن تا ۳ روز اول اجتناب شود. (نماز به صورت نشسته، استفاده از توالت فرنگی)
- تا ۱۰ روز حمام نرود و پانسمان محل بخیه تا ۱۰ روز به صورت یکرز در میان تعویض شود. محل پانسمان باید خشک و بدون ترشح باشد.
- از بلند کردن وزنه بیش از ۵ کیلوگرم به مدت ۶ هفته خودداری گردد.
- راه رفتن پس از ترخیص بلا مانع می باشد.
- رانندگی تا ۱۰ روز انجام نشود. در صورتی که شغل بیمار رانندگی می باشد درباره ادامه کار خود با پزشک معالج مشورت کند.
- موبایل خود را هیچ وقت داخل جیبی که طرف پیسی هست قرار ندهد و هنگام صحبت با گوش سمت مقابل پیسی (گوش سمت راست) صحبت کنند.
- تا یک هفته از خوابیدن به پهلو چپ اجتناب شود.
- مسافرت های هوایی تا ۲ هفته بعد از تعبیه پیسی طبق نظر پزشک معالج می تواند انجام شود.
- قبل از هر گونه عمل جراحی حتماً با پزشک قلب خود مشورت نمایید.
- رابطه جنسی در پیس دائم بدون بیماری زمینه بعد از ۳ روز در صورتی که تقلای زیادی نداشته باشند، مشکلی ندارد. در بیماران CRT , ICD تا ۱۰ روز ممنوع می باشد.

۲. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره تغذیه و رژیم غذایی بیمار موارد زیر را آموزش دهد:

بیمار باید رژیم غذایی مخصوص خود را که با توجه به ریسک فاکتورها و شرایط بدنی وی توسط کارشناس تغذیه به صورت نوشتاری ارائه گردیده، اجرا نماید.

۳. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره نحوه صحیح مصرف دارو موارد زیر را به بیمار آموزش دهد:

درباره اهمیت مصرف درست و به موقع داروهای بیمار و همچنین نحوه مصرف، زمان مصرف، دلایل مصرف و اثر دارو به بیمار یا همراه بیمار به زبان عامیانه و قابل فهم توضیح داده می شود.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۴. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره بازتوانی بیمار موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

در صورتی که بیماری زمینه‌ای مثل نارسایی قلب باعث نیاز بیمار به پیس شده است حتماً طبق صلاحدید پزشک معالج بعد از یک ماه جهت ادامه درمان و کنترل علائم بیماری خود به مرکز بازتوانی قلب افشار مراجعه نماید یا با شماره تلفن ۳۵۲۵۸۳۵۴ تماس حاصل نماید.

ورزش‌های تهاجمی مانند ورزش‌های رزمی و ورزش‌هایی که بر خوردهای شدید بدنی دارد اجتناب شود. برای پیاده روی یا دوچرخه سواری و انجام ورزش‌های سبک با پزشک معالج مشورت شود.

پزشک معالج موظف است در صورت نیاز به توانبخشی قلبی، بیمار را به مرکز بازتوانی قلب افشار معرفی کند.

۵. پزشک معالج بیمار موظف است درباره زمان مراجعه به مطب، کشیدن بخیه، آنالیز دستگاه و زمان بازگشت به کار به بیمار و یا همراه وی توضیحات لازم را ارائه دهد.

۶. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره مراجعه مجدد به پزشک یا درمانگاه موارد زیر را به بیمار آموزش دهد:

در صورتیکه ساکن یزد میباشند پس از ۷ تا ۱۰ روز جهت کشیدن بخیه مراجعه نماید و در صورتیکه ساکن شهرستان میباشد جهت کشیدن بخیه به مرکز درمانی نزدیک به محل زندگی خود مراجعه نماید.

۷. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره علائم و نشانه‌های تهدیدکننده که نیاز به اقدام اورژانسی دارد، موارد زیر را به بیمار آموزش دهد:

تورم کم در دست چپ تا چند روز اول طبیعی است و نیاز به درمان خاصی ندارد.

در صورت درد و تورم شدید دست طرف پیس به پزشک مراجعه کند.

در صورت مشاهده قرمزی یا ترشح چرکی، تورم بیش از حد در محل برش جراحی و بروز تب به پزشک یا مرکز درمانی مراجعه کنید و یا با شماره تلفن ۳۱۶۰۲۰۴۹ تماس حاصل فرمایید.

مواردی که در کار دستگاه اختلال ایجاد می‌کند باید به بیمار گوشزد شود:

انجام MRI، توقف در کنار دکل‌های فشار قوی در جاده‌ها، جوشکاری‌های خانگی و صنعتی، ژنراتورهای مولد برق، استریو و بلند گوهای بزرگ، گذشتن از سیستم‌های کنترل یا گیت‌های فرودگاهی، سنگ شکن، جراحی، شوک مغزی، دزدگیر مغازه‌ها در صورت نیاز به جراحی حتماً با پزشک معالج خود مشورت نماید.

۸. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است فرم ترخیص ایمن که شامل اطلاعات مورد نیاز است به وی یا همراه بیمار تحویل دهد.

منابع / مراجع: کتاب برونر و سودارث پرستاری، دستگاه ضربان ساز قلب (گردآورنده: بنیاد قلب بریتانیا)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حکیمه دادرس	پرستار باز توانی
	زهرا ابوالفتحی	پرستار
	حمیده دشتی	سرپرستار CCU بهپور
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلب

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 19- 3	۹۸/۸/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

✓ منابع و امکانات: کتاب، پمفلت

✓ کارکنان مرتبط: پرستاران شاغل در بخش قلب و سی‌سی‌یو و پزشکان معالج بیمار

✓ شرح دستورالعمل

۱. پزشک معالج بیمار موظف است درباره علل بیماری، سیر بیماری و علائم آن و درمان های جایگزین پس از ترخیص، به بیمار یا همراه وی آموزش دهد.
 ۲. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره میزان و محدوده فعالیت های فیزیکی موارد زیر را به بیمار یا همراه وی توضیح دهد:
- در بیمار نارسایی قلب با توجه به پیشرفت بیماری و وضعیت کنترل علائم، میزان و محدوده فعالیت متفاوت خواهد بود که باید پزشک معالج در این زمینه به بیمار توضیح بدهد.
۳. پزشک معالج بیمار موظف است درباره میزان فعالیت بیمار پس از ترخیص، زمان بازگشت به کار، رانندگی به بیمار یا همراه وی توضیح دهد.
 ۴. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره تغذیه و رژیم غذایی موارد زیر را به بیمار یا همراه وی توضیح دهد:
- غذای بیمار نارسایی قلب کاملاً بی نمک و کم چربی خواهد بود. در هنگام پخت و پز و در هنگام صرف غذا به هیچ وجه نمک اضافه نشود. میتوان به جای آن از سبزیجات خشک مانند نعنای، ریحان، پیاز و آبلیمو (در صورتی که بیمار دیابت نداشته باشد) استفاده کرد. بیمار

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

محدودیت مصرف مایعات ندارد و میتواند روزانه ۶ لیوان آب مصرف نماید. در صورت نیاز به محدودیت در مصرف مایعات، پزشک معالج توضیح خواهد داد. سایر موارد تغذیه‌ای توسط کارشناس تغذیه مشاوره داده خواهد شد.

۵. پزشک معالج بیمار موظف است بر روی آموزش تغذیه بیمار که توسط کارشناس تغذیه داده شده نظارت کند و موارد خاص تغذیه‌ای را به اطلاع مشاور برساند.

۶. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره میزان و نحوه مصرف دارو موارد زیر را به بیمار یا همراه وی توضیح دهد:

درباره‌ی اهمیت مصرف درست و به موقع داروهای بیمار و همچنین نحوه مصرف، زمان مصرف، دلایل مصرف و خواص دارو به بیمار یا همراه وی به زبان عامیانه و قابل فهم توضیح داده می‌شود. در صورت نیاز به مصرف مسکن بیمار تنها مجاز به استفاده از استامینوفن می‌باشد و سایر مسکن‌ها ممنوع است.

۷. پزشک معالج بیمار موظف است داروهای بیمار را هنگام ترخیص به صورت خوانا نسخه کرده و درباره اهمیت مصرف داروها، زمان مصرف و عوارض قطع داروها به بیمار یا همراه وی توضیح دهد.

۸. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره مراقبت در منزل، موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

بیمار نارسایی در طول هفته باید چندین بار وزن، فشار خون، نبض و در صورت دیابتی بودن قند خون خود را چک و در برگه چارتی که در فرم آموزش ترخیص طراحی شده یادداشت نماید و هنگام مراجعه به مطب همراه خود داشته باشد.

نحوه صحیح وزن‌گیری در نارسایی قلب توسط خود بیمار یا خانواده وی به این صورت است که صبح بعد از اینکه از خواب بیدار شد، قبل از مصرف صبحانه و بعد از تخلیه کامل ادرار با یک وزنه دقیق اندازه‌گیری و ثبت شود.

۹. پزشک معالج موظف است زمان مراجعه مجدد به مطب را به بیمار یا همراه وی اعلام کند.

۱۰. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره علائم تهدیدکننده که نیاز به اقدام اورژانسی دارد موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

در صورت بروز تنگی نفس شدید، احساس تپش قلب و یا بیهوشی سریعاً به اورژانس قلب مراجعه کنند.

در صورت تنگی نفس با فعالیت کم، تنگی نفس در هنگام خوابیدن، افزایش وزن بیش از ۲ تا ۲/۵ کیلوگرم در طی ۳ روز با پزشک خود یا تیم درمانی تماس بگیرید. در صورت اضافه وزن ذکر شده طبق نظر پزشک میتوان میزان قرص ادرار (فروزماید) خود را در حد ۱ الی نصف قرص اضافه کرده تا وزن کاهش یابد.

۱۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره برنامه‌های بازتوانی و توانبخشی موارد زیر را به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

بیمار جهت ادامه درمان و کنترل ریسک فاکتورها و علائم بیماری خود، طبق صلاحدید پزشک معالج به مرکز بازتوانی قلب افشار واقع در کوچه اورژانس افشار روبروی درب ملاقات مراجعه کنند یا با شماره تلفن ۳۵۲۵۸۳۵۴ تماس بگیرد.

۱۲. پزشک معالج بیمار موظف است بیمار را جهت مراجعه به مرکز توانبخشی قلب و شرکت در برنامه‌های بازتوانی ارجاع دهد.

۱۳. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است فرم ترخیص ایمن که شامل اطلاعات مورد نیاز است به وی یا همراه بیمار تحویل دهد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

منابع / مراجع: کتاب پرستاری برونر و سودارث، کتاب زندگی با نارسایی قلب (گردآورنده: بنیاد قلب بریتانیا)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حکیمه دادرس	پرستار بازتوانی
	دکتر محمد حسین سلطانی	فوق تخصص نارسایی قلب
	دکتر لیلا مهدوی	پزشک بازتوانی
	فاطمه عمرانی	سوپروایزر
	اکرم مجرد	سرپرستار CCU عادل زاده
بی بی ربابه حیدرپور	سرپرستار قلب ۲	
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

خودمراقبتی در بیماران عروق کرونری

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 19-4	۹۸/۹/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

✓ منابع و امکانات: کتاب، پمفلت

✓ کارکنان مرتبط: پرستاران شاغل در بخش های قلب و سی سی یوها

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره سیر بیماری قلبی به بیمار یا همراه وی آموزش های زیر را ارائه دهد:

به بیمار در رابطه با ریسک فاکتورهای بیماری قلبی از قبیل: دیابت، فشار خون بالا، چربی خون بالا، استرس زیاد، مصرف دخانیات، کم تحرکی و ورزش نکردن، چاقی، سن بالا، سابقه فامیلی بیماری قلبی توضیح داده و بر روی ریسک فاکتورهایی که بیمار با آن درگیر است تاکید بیشتری شود تا تشویق به کنترل این ریسک فاکتورها گردد. در مورد ماهیت درد قلبی به بیمار و همراه او توضیح داده می شود. درد قلبی ممکن است از قفسه سینه شروع شود که دردی فشارنده و منتشر شونده می باشد ممکن است انتشار به دست چپ یا دست راست یابد، به گردن، فک، شانه ها و پشت قفسه سینه تیر بکشد و حتی ممکن است به صورت احساس سنگینی در قفسه سینه باشد. این گونه دردها ممکن است با نفس تنگی و تعریق همراه باشد و معمولاً با فعالیت کردن شدیدتر شده و با استراحت کردن کاهش می یابد. در کل هر

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

دردی در ناحیه فک پایین تا بالای ناف ایجاد شود میتواند منشأ قلبی داشته باشد. در صورت انجام پروسیجر خاصی برای بیمار یا کاندید بودن برای آن پروسیجر از قبیل: تست ورزش، اکو، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، اسکن، سیتی آنژیوگرافی، جراحی قلب، تعبیه پیس و... روند کار برای بیمار و همراه توضیح داده میشود و در نهایت جهت سنجش اثربخشی آموزش، بازخورد بصورت سوال از بیمار یا همراه او پرسیده می شود.

۲. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است در رابطه با مراقبت در منزل به تفکیک نوع بیماری آموزش های زیر را درباره محدوده فعالیت های فیزیکی به بیمار یا همراه وی آموزش دهد:

در بیماری که با درد سینه حاد مراجعه کرده یا به صورت الکتیو بستری شده و تحت آنژیوپلاستی قرار گرفته است:

حمام کوتاه، ۴۸ ساعت پس از ترخیص مانعی ندارد. محل آنژیوگرافی نیاز به پانسمان ندارد. رانندگی تا یک هفته بهتر است انجام نشود. فعالیت جنسی تا یک هفته ممنوع است. تا یک هفته از فعالیت های سنگین مانند ورزش سنگین، بلند کردن اجسام سنگین، بازگشت به کار، رانندگی با ماشین سنگین خودداری گردد.

۳. پزشک معالج بیمار موظف است درباره زمان انجام فعالیت های بیمار مانند: رانندگی، فعالیت جنسی، بازگشت به کار با توجه به حال عمومی بیمار، به بیمار یا همراه وی توضیح دهد.

۴. پزشک معالج بیمار موظف است داروهای بیمار را نسخه کرده و درباره اهمیت مصرف دارو و عوارض عدم مصرف داروها به بیمار یا همراه وی توضیح دهد.

۵. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره نحوه مصرف داروهای بیمار موارد زیر را به بیمار یا خانواده وی آموزش دهد:

داروهای نسخه شده توسط پزشک را برای بیمار خوانده و طریقه ی مصرف و نوع اثری که دارو بر روی بیمار دارد را به صورت قابل فهم و ساده بیان کند. درباره مصرف صحیح دارو تاکید شود و عوارض قطع کردن دارو توضیح داده شود. در بیمارانی که نیاز به مصرف داروهای ضد لخته شدن خون (پلاویکس، زیلت، اوسویکس، تیکاگرول و...) دارند تاکید بر خوردن دارو تا یک سال داشته باشد.

۶. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است درباره ی علائم و نشانه هایی که نیاز به اقدام اورژانسی دارند موارد زیر را به بیمار آموزش دهد:

در صورت بروز درد قلبی که در بالا به ماهیت آن اشاره شد، ابتدا کاری که منجر به درد سینه شما شده را ترک کنید در وضعیت استراحت قرار بگیرید (نشسته یا نیمه نشسته، کامل به پشت ن خوابید). یک عدد قرص زیر زبانی را زیر زبان بگذارید و ۵ دقیقه صبر کنید تا حل شود. در صورت عدم بهبود درد، قرص زیر زبانی دوم را استفاده کنید و مجدداً ۵ دقیقه صبر کنید. اگر باز هم درد ادامه داشت میتوانید از قرص سوم استفاده کنید و با ۱۱۵ تماس بگیرید یا توسط فرد دیگر به مرکز درمانی مراجعه کنید.

بیمارانی که تحت آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قرار گرفته اند حتماً تا چند روز اول محل آنژیو را از نظر تورم، گسترش محل کبودی به همراه علائم تب بالا بررسی کند و در صورت مثبت بودن به مرکز درمانی مراجعه کنند. یا با شماره ۲۰۴۹-۳۱۶۰-۰۳۵ تماس بگیرد.

۷. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است در رابطه با برنامه مراقبت های توانبخشی موارد زیر را به بیمار یا همراه بیمار توضیح دهد:

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

بیمارانی که ساکن یزد می باشند جهت ادامه درمان و آموزش ورزش در منزل بعد از یک هفته پس از ترخیص باید به مرکز بازتوانی قلبی واقع در کوچه اورژانس افشار، روبروی درب ملاقات مراجعه کنند یا جهت نوبت دهی با شماره ۳۵۲۵۸۳۵۴ تماس بگیرند.

در حین ترخیص بیماران درباره انجام ورزش پیاده روی بعد از ۷ روز استراحت در منزل توسط فیزیوتراپ توضیح داده می شود: پیاده روی ۵ روز در هفته به مدت ۳۰ دقیقه انجام شود که این زمان در روزهای ابتدایی شروع پیاده روی، از زمان کم مثلا ۱۰ دقیقه شروع میشود و میتوان این زمان را به ۲۰ و سپس ۳۰ دقیقه در صورتی که علائمی مثل درد سینه یا تنگی نفس نداشت، رساند. بیمارانی که توانایی راه رفتن ندارند می توانند ۳۰ دقیقه را به چند نوبت با زمان کمتر (۲ تا ۱۵ دقیقه یا ۳ تا ۱۰ دقیقه) انجام دهند. در این زمینه باید توضیح داد که کم تحرکی یا ورزش نکردن در کنترل کردن بیماری قلبی ایشان اثر گذار خواهد بود. در صورت داشتن مشکلات اسکلتی عضلانی خاص نرم ش های مخصوص جهت بهبود عملکرد عضو توسط فیزیوتراپ آموزش داده می شود.

۸. بیمار باید رژیم غذایی مخصوص خود را که با توجه به ریسک فاکتورها و شرایط بدنی وی توسط کارشناس تغذیه به صورت نوشتاری ارائه گردیده، اجرا نماید.

۹. پزشک مسئول بیمار موظف است در رابطه با برنامه های توانبخشی بیمار، او را توسط نامه به مرکز توانبخشی قلب افشار ارجاع دهد.

۱۰. پزشک مسئول بیمار موظف است زمان مراجعه مجدد بیمار به بیمارستان یا مطب را توضیح دهد.

۱۱. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است فرم ترخیص ایمن که شامل اطلاعات مورد نیاز است به وی یا همراه بیمار تحویل دهد

منابع / مراجع: کتاب پرستاری برونر سوارث قلب و عروق، کتاب آنژیوپلاستی، آنژین صدری (گردآوری: بنیاد قلب بریتانیا)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	حکیمه دادرس	پرستار بازتوانی
	دکتر جلال دستمالچی	متخصص قلب
	دکتر محمود صدر	متخصص قلب
	دکتر محمود امامی	متخصص قلب
	دکتر لیلا مهدوی	پزشک بازتوانی
	اعظم کارگریان	سرپرستار CCU میرجلیلی
بی بی ربابه حیدرپور	سرپرستار قلب ۲	
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۷	INS. 20

✓ **منابع و امکانات:** کامپیوتر - تلفن

✓ **کارکنان مرتبط:** پرستار، منشی بخش

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت آماده نبودن جواب آزمایش بیمار، در فرم ترخیص ایمن هنگام ترخیص ثبت نموده و به بیمار ضرورت اخذ جواب در تاریخ مذکور را آموزش دهد.

۲. منشی بخش موظف است در صورت آماده نبودن آزمایش بیمار هنگام ترخیص در فایل مخصوص یا دفتر ویژه آن نام بیمار، شماره تماس بیمار، نام آزمایش، زمان ترخیص، نام تماس گیرنده، تاریخ تماس و تاریخ آماده شدن جواب را ثبت نماید.

۳. مسئول بخش موظف است جواب ها را پیگیری و در صورتی که جواب آزمایشی مشکل داشت به اطلاع بیمار و پزشک معالج برساند.

✓ **منابع / مراجع:** سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
	فخرالسادات حسینی نسب	سرپرستار بخش جراحی زنان
	رضا کلانتری عذرا عابدینی	مسئول آزمایشگاه سرپرستار NICU
تایید کننده	محمدعلی مهبیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه به صورت ایمن

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS.21

- ✓ **منابع و امکانات:** تجهیزات تخصصی پروسیجر مورد نظر، فرم رضایت آگاهانه، ترالی احیا، تجهیزات حیاتی مانند دستگاه مانیتورینگ، ساکشن، اکسیژن و...، محلول اسکراب دست، وسایل حفاظت فردی و سایر تجهیزات با توجه به نوع پروسیجر
- ✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک و پرسنل بخشهای درمانی
- ✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پزشک معالج / دستیار قلب موظف است دستور انتقال بیمار به بخش دیگر را در پرونده بنویسد.
۲. پرستار مسئول بیمار موظف است دستور انتقال بیمار به بخش مقصد را چک نموده و پس از هماهنگی با سوپروایزر با بخش مربوطه جهت انتقال بیمار هماهنگی های لازم را به عمل آورد.
۳. پرستار مسئول بیمار موظف است علائم حیاتی بیمار را قبل از انتقال بیمار به بخش مقصد را چک نماید.
۴. پرستار مسئول بیمار موظف است تجهیزات لازم جهت انتقال بیمار را آماده نماید.
۵. پرستار مسئول بیمار موظف است موارد Stat و پروسیجرهای اورژانس را در بخش مبدأ انجام دهد.
۶. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت داشتن پانسمان، پانسمان را از نظر تمیزی کنترل نماید.
۷. پرستار مسئول بیمار موظف است گزارش پرستاری را کامل نوشته شده و موارد خاص را در آن قید نماید.
۸. پرستار مسئول بیمار موظف است IV Line بیمار را با تاریخ و شیفت روی آن نوشته و بدون عارضه تحویل نماید.
۹. پرستار مسئول بیمار موظف است انتقال بیمار را با تخت یا برانکارد در حین مانیتورینگ انجام دهد.
۱۰. پرستار مسئول بیمار موظف است در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار حضور داشته باشد.
۱۱. پرستار مسئول بیمار موظف است پرونده و کاردکس را به صورت کامل چک نموده (پس از کنترل منشی بخش در شیفت صبح و مسئول شیفت در عصر و شب) و به همراه گرافی ها، دفترچه بیمه و سایر وسائل بیمار به بخش مقصد تحویل نماید

منابع / مراجع: دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	لیلا باغعلی شاهی	سوپروایزر بالینی
	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	فاطمه واقفی	سرپرستار اورژانس
	سکینه گنجی	سرپرستار CCU کاجی
تایید کننده	فاطمه پورصباغیان	سرپرستار قلب ۱
	محمدعلی مهبیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

انجام عمل جراحی و سطوح تریاژ در بیماران اورژانسی به نحوی است که هیچگونه تاخیر / تعطل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 22

✓ **منابع و امکانات:** الکتروشوک، اکسیژن، پالس اکسیمتری، مانیتورینگ، تلفن، پرونده.

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرستاران و ماما

✓ **شرح دستورالعمل:**

- دستورالعمل عمل جراحی بیماران اورژانسی:
- پرستار بخش / تریاژ موظف است وضعیت اورژانسی بیمار را تشخیص و به پزشک آنکال اطلاع دهد.
- پزشک آنکال / پزشک معالج موظف است با ویزیت یا مشاوره تلفنی نیاز به عمل اورژانسی را تایید کند و دستور انتقال بیمار به اتاق عمل را بدهد.
- پرستار بخش / تریاژ موظف است با مسئول شیفت اتاق عمل تماس گرفته و عمل اورژانسی را اطلاع دهد.
- پرستار بخش / تریاژ موظف است آزمایشات اورژانس و رزرو خون را انجام دهد.
- مسئول شیفت اتاق عمل موظف است اتاق مخصوص اعمال جراحی اورژانسی را آماده سازد.
- مسئول شیفت اتاق عمل موظف است با متخصص بیهوشی جهت عمل جراحی هماهنگ کند.
- مسئول شیفت اتاق عمل موظف است بعد از حضور متخصص بیهوشی و جراح جهت انتقال بیمار با بخش تماس حاصل نماید.
- پرستار بخش / تریاژ موظف است بیمار را با مانیتورینگ و بسته به شرایط بیمار به همراه الکتروشوک، اکسیژن، پالس اکسیمتری و... به کارشناس اتاق عمل / بیهوشی طبق قانون (5P) تحویل دهد.
- کارشناس اتاق عمل موظف است موارد زیر را انجام دهد:
 - شناسایی فعال بیمار از روی دستبند و معرفی خود به بیمار (در صورت هوشیاری بیمار)
 - ارزیابی علایم حیاتی بیمار و آزمایشات اورژانسی و رزرو خون
 - آموزش جهت کاهش اضطراب بیمار (در صورت هوشیاری بیمار)
 - اطمینان از داشتن IV Line مناسب و در صورت داشتن خونریزی زیاد داشتن دو رگ مناسب
 - کنترل اسم جراحی در صورت امکان
 - کنترل شیو محل عمل در صورت امکان
 - اطمینان از تکمیل رضایت آگاهانه در صورت امکان
 - توجه به سونداز صحیح بیمار در صورت امکان
 - توجه به داروهای استفاده شده قبل از عمل و ثبت ساعت آن در صورت امکان
 - کنترل اوراق آزمایشگاهی و رادیولوژی در صورت لزوم
 - ارائه توضیحات و آموزش های لازم به بیمار و پاسخگویی به سؤال همراه بیمار

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

✓ دستورالعمل انتقال و تحویل مادر پرخطر در موارد اورژانسی

- کارشناس مامایی پس از اطمینان از دستور فوری عمل جراحی، هماهنگی‌های لازم را با اتاق عمل جهت پذیرش بیمار اورژانسی به عمل آورد.
- پرسنل اتاق عمل با پزشک متخصص بیهوشی آنکال هماهنگ نموده و توصیه نمایند که بیمار اورژانسی است.
- پرسنل اتاق زایمان در صورت پیش‌بینی نیاز به پزشک نوزادان، حتماً با متخصص اطفال آنکال جهت حضور در بیمارستان هماهنگ نمایند.
- ماما طبق دستور پزشک، بیمار را جهت عمل جراحی آماده و بلافاصله با برانکارد به اتاق عمل منتقل می‌نماید. (در صورت تشخیص سطح ۱ و ۲ تریاژ برای بیمار، انتقال فوری ضروری می‌باشد و هیچ‌گونه معطلی جایز نیست و آمادگی‌های لازم در اتاق عمل انجام می‌شود)
- کارشناس اتاق عمل بیمار را سریع تحویل گرفته و جهت عمل جراحی وی را آماده می‌نماید (عدم حضور پزشک معالج در اتاق عمل دلیلی برای عدم پذیرش بیمار نمی‌باشد)
- حضور ماما تا قبل از شروع عمل بر بالین بیمار ضروری می‌باشد. (در شیفت صبح مامای اتاق عمل این وظیفه را به عهده دارد و در شیفت عصر و شب مامای مسئول بیمار این وظیفه را انجام می‌دهد)
- مامای مسئول نوزاد همزمان با انتقال مادر، تا پایان عمل جراحی و انتقال نوزاد در اتاق عمل حضور می‌یابد.
- در صورت نیاز به احیاء نوزاد، ماما مسئول نوزاد کد ۲۲ را اعلام می‌نماید.

منابع / مراجع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه رحیقی	سوپروایزر آموزشی
	تکتم سعیدی	مسئول اتاق عمل قلب
	ابوالقاسم طالبان	سرپرستار اتاق عمل جراحی
	مریم دشتیان نژاد	سرپرستار بخش ارتوپدی جراحی
	سیده طاهره حسینی	سرپرستار جراحی قلب
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۱

در خصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصص بیماری های عفونی مرکز

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 23

✓ **منابع و امکانات:** اقلام یک بار مصرف- اقلام استریل- مواد ضد عفونی کننده محیط و تجهیزات- وسایل حفاظت فردی - امکانات شست و شوی دست

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل اتاق عمل جراحی-خدمات

شرح دستورالعمل:

۱. سرپرستار بخش /پرستار مسئول شیفت موظف است عفونی بودن بیمار یا نوع عمل جراحی را از قبل به اتاق عمل اطلاع دهد.
۲. مسئول اتاق عمل موظف است در صورت اورژانسی نبودن جراحی، عمل جراحی را به آخرین بیمار موکول نماید.
۳. پرسنل حاضر در اتاق عمل موظفند علاوه بر وسایل حفاظت فردی مورد نیاز جراحی، بر حسب راه انتقال بیماری عفونی که بیمار به آن مبتلا است وسایل حفاظت کاملتری استفاده نمایند.
۴. پرسنل حاضر در اتاق عمل موظفند در صورتی که بیمار مبتلا به بیماریهای منتقله از راه خون (ایدز یا انواع هپاتیت) باشد. استفاده از دستکش های انتی ویرال که ضخامت بیشتری دارند و یا از دو دستکش جراحی که روی هم پوشیده میشود استفاده نمایند.
۵. پرسنل حاضر در اتاق عمل موظفند در صورتی که بیمار مبتلا به بیماریهای منتقله از راه هوا یا قطرات باشد حین جراحی از ماسک N95 استفاده نمایند.
۶. پرسنل اتاق عمل موظفند در همه موارد عفونتها از شیلده، آپرون، گان و ماسک مناسب استفاده نمایند.
۷. پرسنل حاضر در اتاق عمل موظفند پس از پایان جراحی با کمترین تلاطم، شانها و اقلام پارچه ای آلوده را به روش صحیح جمع آوری و داخل بین مخصوص بیندازند.
۸. خدمات حاضر در اتاق عمل موظفند پس از پایان جراحی با رعایت حفاظت فردی کلیه سطوح اتاق عمل را پس از بین بردن آلودگی های قابل رویت، با ماده ضد عفونی مناسب گندزدایی و دستمال کشی نمایند.
۹. مسئول اتاق عمل موظف است تنها یکی از اتاقها را به جراحی های عفونی اختصاص داده و از قرار دادن بیمار عفونی در اتاقهایی که جراحی ها یی نظیر تعویض مفصل انجام می شود خودداری نماید.
۱۰. مسئول اتاق عمل موظف است تعویض به موقع فیلترهای هپا را جهت اطمینان از بی خطر بودن هوای اتاق عمل پیگیری و از عملکرد مناسب فیلترها اطمینان داشته پیدا کند.
۱۱. پرسنل اتاق عمل موظفند پس از پایان جراحی بیمار عفونی تا پایان گندزدایی کامل و تعویض کامل هوا از پذیرش بیمار جدید در آن اتاق خودداری می نمایند.
۱۲. مسئول اتاق عمل موظف است از عملکرد لامپهای UV موجود در اتاق عمل اطمینان حاصل نماید.
۱۳. مسئول اتاق عمل موظف است در مواقعی که احتمال آلوده شدن فضاهای دور از دسترس وجود دارد از ماده گندزدا به صورت مه پاشی استفاده نماید. حذف شود.
۱۴. پرسنل اتاق عمل موظفند پس از جراحی بیمار عفونی کلیه اقلام یکبار مصرف استفاده شده جهت بیمار را به روش ایمن داخل سطل عفونی قرار دهند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۵. پرسنل اتاق عمل موظفند کلیه لوازم سیستم بیهوشی (لوله های خرطومی، فیلترهای تنفسی و...) را بعد از استفاده بیمار عفونی تعویض نمایند.

منابع / مراجع: راهنمای نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی (کتاب سبز)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر مهدی میرجلیلی طیبه سلطانی عباس زارعیان ابوالقاسم طالبان تکتم سعیدی	پزشک کنترل عفونت سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس اتاق عمل سرپرستار اتاق عمل جراحی سرپرستار اتاق عمل قلب
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

شستشو و ضدعفونی وسایل موجود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 24

- ✓ **منابع و امکانات:** مواد شوینده- ماده گندزدای سطح بالا- ماده گندزدای سطح متوسط- وسایل حفاظت فردی- آب تمیز- سینک - ظروف غوطه‌وری- تستهای پروتیین و تست سواپینگ- برس پلاستیکی
- ✓ **کارکنان مرتبط:** نیروهای خدماتی- پرسنل اتاقهای عمل

✓ شرح دستورالعمل:

- ۱- کلیه نیروهای خدماتی موظفند در دوره های آموزشی کنترل عفونت شرکت نموده و از آگاهی کافی جهت کار در بخشها برخوردار شوند.
- ۲- مسئول بهداشت محیط بیمارستان موظف است مواد گندزدا را پس از تایید در کمیته کنترل عفونت و بهداشت محیط در سطوح مختلف درخواست و به بخشها تحویل نماید.
- ۳- نیروهای خدماتی موظفند بلافاصله بعد از استفاده از وسایل نسبت به شستشو و گندزدایی آنها اقدام نمایند.
- ۴- کلیه نیروهای خدماتی موظفند با پوشیدن وسایل حفاظت فردی اقدام به مرحله پاکسازی و گندزدایی نمایند.
- ۵- نیروهای خدماتی موظفند پاکسازی اولیه را با آب سرد یا حداکثر ولرم (کمتر از ۴۵ درجه) انجام دهند. (عدم استفاده از آب داغ)
- ۶- نیروهای خدماتی موظفند پس از آلودگی زدایی اولیه، ابزار را با یک ماده پاک کننده (دترجنت) شستشو و آبکشی نمایند.
- ۷- نیروهای خدماتی موظفند ابزار غیربحرانی را پس از شستشو به نحو صحیح نگهداری نمایند.
- ۸- نیروهای خدماتی موظفند ابزار نیمه بحرانی (لارنگوسکوپ، آمیوبگ و...) را پس از شستشو داخل محلول گندزدای سطح بالا طبق دستورالعمل غوطه ور نمایند.
- ۹- نیروهای خدماتی موظفند ابزار بحرانی که قابلیت استفاده مجدد و استریل شدن دارند نظیر اقلام ست های پانسمان را قبل از ارسال به CSR در محلول گندزدای سطح متوسط غوطه‌ور نمایند.
- ۱۰- نیروهای خدماتی موظفند پس از طی زمان غوطه وری نسبت به آبکشی و خشک نمودن و نگهداری ابزار اقدام نمایند.
- ۱۱- پرسنل بیهوشی اتاق عمل موظفند نسبت به شستشو و گندزدایی سطح بالای اقلام بیهوشی اقدام نمایند. (لارنگوسکوپ و...)
- ۱۲- مسئولین بخشها موظفند بر شستشوی صحیح و غوطه‌وری اقلام قبل از استریل شدن نظارت کافی داشته باشند.
- ۱۳- سوپروایزر کنترل عفونت موظف است به صورت راندوم با انجام تست هموچک بر روی ابزار مختلف شستشوی مناسب اقلام نظارت نماید.
- ۱۴- سوپروایزر کنترل عفونت موظف است به صورت راندوم با انجام سواپینگ بر روی محلولهای سطح بالا در بخشهای مختلف بر غلظت مناسب محلولها نظارت نماید.
- ۱۵- کارشناس بهداشت محیط و سوپروایزر کنترل عفونت موظفند است در بازدیدهای روزانه بخشها از تاریخ، برچسب گذاری و نگهداری مناسب محلولها ی گندزدا اطمینان حاصل نمایند.
- ۱۶- نیروهای خدماتی موظفند طبق جدول زیر اقلام را شستو و گندزدایی نمایند:
نام وسیله مراحل شستشو و گندزدایی

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

میز، کمد، تخت بیمار	آلودگی زدایی اولیه با دستمال آغشته به دترجنت- گندزدایی با محلول گندزدای سطح متوسط به صورت اسپری و دستمال کشی حداقل دوبار در روز
فلومتر اکسیژن	بدنه دستگاه دستمال کشی با ماده ضدعفونی سطح متوسط- مخزن آب شستشوی روزانه با آب و دترجنت و رسوب زدایی (در صورت عدم استفاده مخزن باید خشک خالی باشد و هفتگی شستشو شود)
تجهیزات برقی (مانیتورها - الکتروشوک- سرنگ پمپ و...)	جدا کردن دستگاه از برق و خاموش کردن دستگاه- نظافت با دستمال آغشته به ماده پاک کننده و گندزدایی سطح متوسط (بدون اسپری کردن به بدنه دستگاه) صفحات LCD مانیتورها با دستمال بسیار نرم یا پنبه و بدون استفاده از ماده ضدعفونی الکلی فقط تمیز شود
لارنگوسکوپ	کابل‌های تجهیزات با دستمال آغشته به ماده شوینده فقط تمیز شود (ماده الکلی باعث خشکی کابلها می شود).
تیغه ها: سشتشوی اولیه با آب-سپس شستشو با آب و دترجنت و آبکشی-غوطه وری سطح بالا و مجدد آب کشی و خشک کردن با گاز استریل- نهایتاً وایپ الکلی مجدد	دسته: نظافت و پاکسازی با دستمال آغشته به دترجنت و نهایتاً وایپ الکلی بعد از هر بار استفاده
اقلام ست های پانسمان وجراحی	شستشوی اولیه با آب سرد سپس شستشو با دترجنت و آبکشی (ابزار دندانانه دار برس استفاده شود)- غوطه وری سطح متوسط و آبکشی و خشک شدن و نهایتاً ارسال به CSR
ترالی پانسمان	آلودگی زدایی اولیه با دستمال آغشته به دترجنت- گندزدایی با محلول گندزدای سطح متوسط به صورت اسپری و دستمال کشی بعد از هر بار استفاده
سینی دارو	شستشو با ماده شوینده بعد از هر بار استفاده و وایپ الکلی قبل از هر بار استفاده
آمبویگ	جدا کردن قطعات جدا شدن (با دقت زیاد (از جدا کردن قسمتها با زور و فشار خودداری شود) - شستشوی اولیه با آب-سپس دترجنت و آبکشی- ارسال به CSR در صورت وجود آمبویگ یدک در بخش و در غیر اینصورت غوطه وری سطح بالا و مجدد آب کشی- خشک کردن با فشار هوا (ایرجت) بعد از هر بار استفاده دقت شود قطعات جدا شدنی در طول فرآیند گم نشود (قرار دادن آنها در سبد یا ظرف تا پایان فرآیند توصیه می شود)
لوله و لگن	تخلیه داخل فاضلاب شستشو با آب فراوان و غوطه وری در وایتکس رقیق شده ۵ درصد بعد از هر بار استفاده
پوارها و لیدهای	شستشو با آب و دترجنت و آبیگری (آب داخل پوارها با فشار دادن تخلیه شود) و خشک کردن پایان هر شیفت

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

دستگاه EKG کابلها بصورت منظم آویزان گردد.

انکوباتور و هود گندزدایی با محلولهای گندزدای سطح متوسط غیرالکلی (الکل باعث ترک خوردگی سطوح طلّقی و پلاستیکی می شود)-

پروپ های اکو شستشوی اولیه با آب- سپس شستشو با آب و دترجنت و آبکشی- غوطه وری سطح بالا و مجدد مری آب کشی و خشک کردن و نگهداری داخل کابینت مخصوص بصورت آویزان

ساکشن تخلیه ترشحات داخل فاضلاب پایان هر شیفت- شستشوی اولیه با آبسپس شستشو با دترجنت و آبکشی- غوطه وری سطح بالا و مجدد آب کشی و خشک کردن

منابع / مراجع: راهنمای نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی (کتاب سبز)- راهنمای جامع علمی کاربردی مواد و تجهیزات کنترل عفونت و استریلیزاسیون

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر مهدی میرجلیلی طیبه سلطانی سمیه جلالی	پزشک کنترل عفونت سوپروایزر کنترل عفونت کارشناس تجهیزات پزشکی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۲	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 25

✓ منابع و امکانات: آنتی بیوتیکهای پروفیلاکسی

✓ کارکنان مرتبط: تیم کنترل عفونت، پزشکان داخلی و جراحی و بیهوشی، پرسنل درمانی بخشها، مسئول امور دارویی

✓ شرح دستورالعمل:

راهنمای بالینی تجویز آنتی بیوتیک قبل از اعمال جراحی شایع الکتیو به تفکیک رشته های جراحی شرایط عمومی:

- ۱- سفازولین وزن کمتر از ۸۰ کیلوگرم ۱ گرم- وزن کمتر از ۱۲۰ کیلوگرم ۲ گرم - وزن بیشتر از ۱۲۰ کیلوگرم ۳ گرم
- ۲- آمپی سیلین سولباکتام ۳ گرم - کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم - وانکومایسین ۱۵ میلی گرم / کیلوگرم - مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم - جنتامایسین ۵ میلیگرم / کیلوگرم - سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم

اندیکاسیون تجویز مجدد آنتی بیوتیک حین عمل جراحی:

- ۱- عمل جراحی بیش از دو نیمه عمر دارو طول بکشد (آمپی سولباکتام دو ساعت / سفازولین ۴ ساعت / کلیندامایسین ۶ ساعت)
 - ۳- در اعمال جراحی همراه با خونریزی زیاد (بیش از ۱۵۰۰ میلی لیتر)
 - ۴- زمان تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ۶۰ دقیقه قبل از شروع جراحی می باشد. بجز فلوروکینونها و وانکومایسین که ۱۲۰ دقیقه قبل از انسزیون تجویز میشود. چون زمان انسزیون طولانی تری نیاز دارند.
 - ۵- برخی اعمال جراحی که نیاز به آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ندارد:
- هرنی هیاتال / پاراسنتز-توراسنتز / تیرویدکتومی / ماستکتومی توتال یا پارشیال / ترمیم سیستوسل رکتوسل / آرتروسکوپی / تانسیلکتومی / کاتتریزاسیون قلبی / برخی منابع D&C بدون عارضه
- در موارد زیر توصیه به مصرف وانکومایسین + سفازولین پروفیلاکسی شده است:
- ۱- بیمارانی که شرح حال کولونیزاسیون mrsa دارند.
 - ۲- بیمارانی که برای آنها دریچه مصنوعی قلب یا گرافت عروقی گذاشته میشود.
 - ۳- افرادی که بیشتر از سه روز در بیمارستان بستری هستند یا از مراکز نگهداری آورده شده اند یا کسانی که از قبل تحت درمان آنتی بیوتیک بوده اند یا افراد همودیالیزی
 - ۴- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی حداکثر بعد از ۲۴ ساعت از عمل جراحی قطع شود.
 - ۵- پروسیجرهای dirty یا آلوده اگر قبل از عمل بیمار پوشش مناسب آنتی بیوتیک دریافت کرده است مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی اضافه لازم نمی باشد.
 - ۶- اگر قبل از جراحی بیمار آنتی بیوتیک مناسب پروفیلاکسی دریافت کرده باشد تجویز مجدد دوز آنتی بیوتیک لازم نمی باشد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

جراحی زنان	رژیم اولیه	آلترناتیو	حساسیت به پنی سیلین
سزارین	یک دوز سفازولین ۲ گرم قبل از عمل تجویز می شود. حداکثر ادامه دادن آنتی بیوتیک تا سه دوز بعد از جراحی		کلیندامایسین
اوروژنیکولوژیک	۱- سفازولین + مترونیدازول یا ۲- سفزولین + جنتامایسین (در مواردی که پروتز مصنوعی استفاده میشود).	سیپروفلوکساسین	کلیندامایسین + جنتامایسین (رمانی که پروتز مصنوعی استفاده میشود)
هیسترکتومی واژینال یا آبدرمینال	سفازولین در صورت pid یا اتساع لوله ها سفازولین همراه با مترونیدازول	آمپی سیلین سولباکتام	کلیندامایسین
D&C و سقط کورتاز	داکسی سیلین ۱۰۰ میلی گرم یکساعت قبل عمل و ۲۰۰ میلیگرم بعد عمل مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم دوبار در روز تا ۵ روز		
جراحی عمومی			
آپاندکتومی غیر پرفوره	سفازولین + مترونیدازول		مترونیدازول + جنتامایسین یا مترونیدازول + سیپروفلوکساسین
سیستم صفراوی :جراحی باز یا لاپاروسکوپی	یک دوز سفازولین یا سفتریاکسون	سیستم صفراوی :جراحی باز یا لاپاروسکوپی	کلیندامایسین + جنتامایسین (یا مترونیدازول + سیپروفلوکساسین کلیندامایسین + آمینو گلیکوزید + سیپروفلوکساسین
جراحی های سینه و هرنیا	سفازولین		کلیندامایسین
جراحی کولورکتال	سفازولین + مترونیدازول یا سولباکتام سفتریاکسون + مترونیدازول		مترونیدازول + جنتامایسین یا مترونیدازول + سیپروفلوکساسین
ارتوپدی			
جراحی های ارتوپدی	سفازولین		وانکوماایسین یا کلیندامایسین

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

جراحی قلب			
وانکومایسین یا کلیندا مایسین		سفازولین یا آمپی سولباکتام	جراحی توراکسیک
وانکومایسین یا کلیندا مایسین		سفازولین (در صورت کلونیزاسیون بیمار با استاف اورئوس) سفازولین+وانکو مایسین	جراحی قلبی و عروقی

- ۱- مسئول داروخانه موظف است میزان تجویز آنتی بیوتیک را در گروه های مختلف جراحی پایش و نتایج را در کمیته های استوارد شیپ مطرح کند.
- ۲- ریاست بیمارستان موظف است نسبت به تجویز آنتی بیوتیک ها در چهارچوب دستورالعملهای صادره از وزارت بهداشت بازخورد محرمانه به پزشکان بدهد.
- ۳- جراح موظف است در صورت نیاز به دوز اضافه تجویز آنتی بیوتیک بعد از جراحی علت را در پرونده بیمار کتبا ذکر نماید
- ۴- مسئول داروخانه موظف است از تحویل آنتی بیوتیک به بخش اضافه بدون ذکر دلیل در پرونده خودداری می نماید.

منابع و مراجع :

- ضمیمه: دستورالعمل مراقبت مدیریت شده شماره ۸ وزارت بهداشت
- دستورالعمل صادره از معاونت غذا و دارو- سال ۱۳۹۴
- راهکارهای طبابت بالینی استفاده از آنتی بیوتیک پیشگیرانه در اعمال جراحی عمومی

منابع / مراجع: راهنمای نظام مراقبت از عفونت های بیمارستانی (کتاب سبز)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر زهرا ملک ثابت دکتر مهدی میرجلیلی طیبه سلطانی	پزشک داروساز پزشک کنترل عفونت (متخصص عفونی) سوپروایزر کنترل عفونت
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۱

مقابله با سوانح پرتویی بر اساس شرایط واقعی کار

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 26

✓ **منابع و امکانات:** دزیمتر - وسایل حفاظت فردی

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل بخش تصویربرداری، پزشکان رادیولوژیست و قلب

✓ **شرح دستورالعمل:** دستورالعمل مقابله با سوانح در بخشهای تصویربرداری

نوع سوانح:

۱. مسئول فیزیک بهداشت موظف هستند به صورت مستمر فضاهای دارای منبع تابش را کنترل نمایند.
۲. پرتوکاران شامل پزشکان، کارشناسان رادیولوژی و پرستاران موظف هستند اصول حفاظت در برابر اشعه برای خود، بیمار و همراهان بیمار را رعایت کنند.
۳. پرسنل موظف هستند به علت پرخطر بودن اشعه رادیوگرافی برای جنین، از باردار بودن بیماران مطلع باشند.
۴. مسئول فیزیک بهداشت موظف هستند کالیبراسیون دستگاه دوزیمتری را چک نمایند.
۵. پرسنل موظف هستند دوره حفاظت در برابر اشعه ویژه مراکز پزشکی را گذرانده باشند.
۶. پرسنل موظف هستند دوزیمتری منابع پرتوزا را ثبت کنند.
۷. پرسنل موظف هستند سوابق نگهداری و دورریزی پسمان های پرتوزا را ثبت کنند.
۸. پرسنل موظف هستند رادیو داروها را در مکانی دور از دسترس افراد غیر مجاز قرار دهند.
۹. پرسنل موظف هستند هنگام حضور در محل کار دوزیمتر فردی مناسب (فیلم بیج) را با خود داشته باشند.
۱۰. پرسنل موظف هستند تا حد امکان از میدان مستقیم اشعه دور باشند و هیچ فردی نباید در معرض مستقیم پرتو قرار گیرند مگر اینکه پرتو اولیه توسط بیمار یا حفاظ مناسب تضعیف شده باشد.
۱۱. پرسنل موظف هستند در حین اکسپوز در اتاق کنترل و یا در پشت حفاظ مناسب قرار گیرند.
۱۲. پرسنل موظف هستند هنگامی که بیمار در اتاق رادیوگرافی حضور دارد، درب اتاق را بسته نگه دارند.
۱۳. پرسنل موظف هستند هنگامی که دستگاه آماده اکسپوز است آن را بدون اپراتور رها نکنند.
۱۴. پرسنل موظف هستند هنگام آلودگی وسیع با مواد رادیواکتیو فوراً لباس های خود را درآورده و در یک پلاستیک که روی آن برچسب رادیواکتیو درج شده گذاشته شود.
۱۵. پرسنل موظف هستند در صورت آلوده شدن پوست و یا چشم سریعاً با آب شست و شو دهند.

منابع / مراجع: سایت IRPA. انجمن بین المللی حفاظت در برابر اشعه

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهدی جعفری ندوشن حمیده زارع	مسوول بخش تصویربرداری کارشناس بهداشت حرفه ای
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

استفاده از مواد رادیواکتیو (اسکن قلب پزشکی هسته ای)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۵	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۱۳۹۵/۰۹/۱۵	27-1

✓ **منابع و امکانات:** رادیو دارو، دستگاه گاما اسکن، تراسی اورژانس، برانکارد، دستگاه تست ورزش

✓ **کارکنان مرتبط:** مسول فنی، تکنولوژیست بخش، منشی

✓ **شرح دستورالعمل:**

✓ در این مرکز اغلب اسکن قلب (اسکن پرفیوژن میوکارد به روش اسپکت انجام میشود).

منشی موظف است آمادگی ها و نکاتی که قبل از انجام اسکن قلب لازم است به بیمار اطلاع دهد:

۱. از ۲۴ ساعت قبل از مراجعه چای، نوشابه، قهوه، نسکافه، شکلات، بستنی و کاکائو مصرف نشود.

۲. حداقل ۲ ساعت قبل از مراجعه ناشتا باشید و ترجیحاً لباس راحت بپوشند.

۳. اسکن قلب در دو مرحله انجام میشود دو مرحله در دو روز مختلف و بین ۳ الی ۶ ساعت طول میکشد.

۴. با نظر پزشک از ۲۴ ساعت قبل داروهای قلبی خود را قطع نمایند.

۵. در صورت داشتن حساسیت دارویی یا آسم حتماً مسولین بخش را در جریان قرار دهند.

تکنولوژیست موظف است فرایند اسکن را طبق مراحل زیر انجام دهد.

الف) مرحله استرس:

۱. استرس با تست ورزش: بیمار در صورت داشتن توانایی روی دستگاه تردمیل قرار گرفته و راه می رود نوار قلب در حین ورزش مشاهده شده و فشار خون نیز چک میگردد.

۲. استرس با دارو: داروی دیپیریدامول و آنتی دوت آن (آمینوفیلین) توسط همکاران به بیمار تزریق میگردد.

۳. پس از تاخیر زمانی باید در اتاق بیماران تزریق شده بین ۱ الی ۲ ساعت منتظر بماند در مرحله انتظار تا شروع اسکن در صورت صلاح دید تکنولوژیست غذای چرب (شیرپرچرب) باید مصرف نماید تا کیفیت تصویر بهتر شود.

۴. بعد از مدت زمان مشخص بیمار توسط دستگاه تصویر برداری MIE تصویربرداری (پروتکول stress) میشود. این مرحله بین ۴ تا ۱۰ دقیقه انجام می شود.

ب) مرحله استراحت:

۱. بیمار پس از تزریق داخل وریدی دارو در اتاق انتظار بیماران تزریق شده طی مدت زمان بین ۱ الی ۲ ساعت به اتاق اسپکت جهت تصویربرداری راهنمایی میشود و تصویربرداری با پروتکل استراحت (rest) انجام میشود.

تکنولوژیست و منشی موظف است نکات زیر را به بیمار توصیه می نمایند:

۱. به مادران شیرده تا ۱۸ ساعت پس از اسکن، از شیر دهی به کودک اجتناب کند و شیر خود را دوشیده و دور بریزند

۲. تا ۲۴ ساعت پس از اسکن از نزدیک شدن به خانم های باردار و کودکان زیر ۴ سال پرهیز شود.

۳. مصرف مایعات برای دفع ماده ی رادیواکتیو به بیمار توصیه میشود.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

منشی موظف است جواب اسکن را ۲۴ ساعت بعد از اتمام کلیه مراحل اسکن آماده نموده و بیمار تحویل نماید.

منابع / مراجع: براساس گایدلاین انجمن پزشکی هسته ای جهانی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر اصغر اکبری	مسئول فنی واحد پزشکی هسته ای
	پریناز پهلوان نصیر	مسئول پزشک هسته ای
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

استفاده از مواد حاجب در آنژیوگرافی

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
INS. 27-2	۹۶/۱۱/۱	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۵

✓ **منابع و امکانات:** ماده حاجب تزریقی و دستگاه آنژیوگرافی مجهز به سیستم فلورسکوپی

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل رادیولوژی و آنژیوگرافی

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. بخش پذیرش کننده بیمار موظف است به بخش آنژیوگرافی وجود و سابقه حساسیت به ماده حاجب را گزارش نماید.
۲. در صورت ذکر حساسیت قبل از ورود بیمار به بخش آنژیو از پزشک معالج در مورد انجام پروسیجر سوال شود اگر کنسل نشد دستور تجویز داروهای ضدحساسیت اجرا شود و با نظر پزشک معالج به آنژیو آورده شود.
۳. پرتوکار در بخش آنژیو نوع ماده حاجب مصرفی و مقدار لزوم را با نظر پزشک انجام دهنده پروسیجر در اختیار وی قرار دهد.
۴. میزان مصرف ماده حاجب بر عهده پزشک انجام دهنده بر اساس نیاز، طبق پروسیجر مربوطه می باشد.
۵. پرستار سیرکولر حین آنژیوگرافی اگر بیمار حساسیت داشته باشد طبق نظر پزشک انجام دهنده داروی مناسب را تزریق خواهد کرد.
۶. پس از انجام آنژیوگرافی اگر بیمار در بخش حساسیت داشت پس از اطلاع به پزشک انجام دهنده (پزشک متخصص یا دستیار وی) دستورات لازم توسط پزشک داده خواهد شد.
۷. پرستار سیرکولر میزان مصرف و نوع ماده حاجب را در برگ مصرفی بیمار درج می کند.
۸. گزارش وجود حساسیت در حین تزریق ماده حاجب توسط پرستار اسکراب به بخش تحویل گیرنده بیمار و همچنین در صفحه اول پرونده با رنگ قرمز حساسیت بیمار ذکر شود تا در دفعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

منابع / مراجع: دستورالعمل استفاده از مواد حاجب

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر عباس اندیشمند	رئیس بخش آنژیوگرافی
	مرضیه شامی باف	سرپرستار آنژیوگرافی
	سیدمجید حسینی	کارشناس رادیولوژی
	سکینه گنجی	سرپرستار CCU کاجی
تاییدکننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

استفاده از مواد حاجب در CT Angio

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۴	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۶/۱۱/۱	INS.27-3

✓ **منابع و امکانات:** ماده حاجب خوراکی و تزریقی و دستگاه رادیولوژی مجهز به سیستم فلورسکوپی

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل سی تی آنژیوگرافی

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرتوکار موظف است پس از دریافت شرح حال و اطلاعات بیمار شامل قد و وزن و نوع درخواست و همچنین آزمایشات بیمار مراتب را به اطلاع پزشک رسانده و مقدار و نوع دارو با نظر پزشک انتخاب گردد.
۲. پرستار موظف است چنانچه بیمار سابقه حساسیت را ذکر نمود با نظر پزشک آمپول هیدروکورتیزون ۲ ساعت قبل از انجام سی تی آنژیو به بیمار تزریق نماید.
۳. پرتوکار موظف است چنانچه بیمار سابقه بیماری کلیوی را ذکر نکند و یا جواب آزمایشات وی نشان دهنده عدم وجود بیماری کلیوی باشد، ماده حاجب مناسب با شرایط بیمار را تزریق نموده و در غیر این صورت بیمار را به پزشک معالج ارجاع نماید.
۴. پرستار موظف است چنانچه بیمار مشکل کلیوی داشت و به ناچار تزریق ماده حاجب انجام شد سرم نرمال سالین را به مدت ۴ ساعت برای بیمار تزریق نماید.
۵. پرستار موظف است چنانچه بیمار مشکل کلیوی داشت و ناچاراً تزریق انجام شد (در موارد حاد) هماهنگی لازم با بخش دیالیز جهت انجام دیالیز را قبل از انجام تزریق کنتراست انجام داده و از آماده بودن بخش مربوطه اطمینان حاصل نماید.
۶. پرتوکار موظف است تزریق کنتراست را صرفاً در حضور و با نظر رادیولوژیست انجام دهد.
۷. پرستار موظف است در صورتی که بیمار داروهای حاوی متفورمین نظیر گلوکوفاز، زیپ مت و... مصرف می نماید و درخواست سی تی آنژیوگرافی دارد آموزش لازم را در خصوص قطع متفورمین ۲۴ ساعت قبل و ۴۸ ساعت بعد از تزریق به بیمار و یا همراه بیمار ارائه دهد.
۸. منشی بخش موظف است از پذیرش بیماری که در هنگام مراجعه به بخش، آزمایش اوره و کراتینین را همراه ندارد اجتناب نموده و راهنمایی های لازم را جهت پذیرش به بیمار ارائه نماید.
۹. پرستار موظف است GFR بیمار را محاسبه و در فرم پذیرش بیمار ثبت نماید.
۱۰. در زمانهای آنکالی دستیار قلب و عروق مقیم در بیمارستان موظف به حضور در بخش سی تی آنژیوگرافی میباشد.
۱۱. منشی بخش موظف است ضمن توضیح به بیمار فرم رضایت آگاهانه را به بیمار داده و بیمار پس مطالعه امضا نماید.

منابع / مراجع: دستورالعمل استفاده از مواد حاجب

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهدی جعفری ندوشن	مسئول تصویربرداری
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

استفاده از مواد حاجب در رادیولوژی

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد دستورالعمل:
۵	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۸/۱۷	INS.27-4

✓ **منابع و امکانات:** ماده حاجب خوراکی و تزریقی و دستگاه رادیولوژی مجهز به سیستم فلورسکوپی

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل رادیولوژی

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرتوکار موظف است در صورت نیاز به استفاده از ماده حاجب خوراکی، سابقه عمل جراحی بیمار را بررسی و به اطلاع پزشک برساند.
۲. پرتوکار موظف است چنانچه بیمار سابقه عمل جراحی داشته، دارویی انتخاب گردد که عوارض بعدی برای بیمار نداشته باشد مثل گاستروگرافین ولی اگر بیمار سابقه عمل جراحی نداشته باشد می توان از داروی خوراکی سولفات باریم استفاده نمود.
۳. پرتوکار موظف است در هر دو صورت، مقدار و غلظت دارو بر اساس وزن، سن و نوع رادیوگرافی، توسط پزشک متخصص تعیین و در پرونده بیمار درج گردیده، به بیمار خوراند می شود.
۴. پرتوکار موظف است در صورت نیاز به استفاده از ماده حاجب تزریقی، سابقه حساسیتی بیمار را بررسی نماید.
۵. پرتوکار موظف است اگر بیمار سابقه حساسیت داشته باشد، ضمن مشورت با پزشک رادیولوژیست، داروهای آنتی آلرژیک تجویز شده و بیمار برای درمان با داروهای تجویزی، چند روز قبل از انجام رادیوگرافی، به بخش بازگردانده می شود.
۶. پزشک بخش موظف است اگر بیمار سابقه حساسیت نداشته باشد، با توجه به سن و وزن بیمار، داروی مناسب را تجویز و در پرونده بیمار درج نماید.
۷. پرتوکار موظف است دارو را صرفاً در حضور پزشک رادیولوژی برای بیمار تزریق کند.
۸. پرتوکار موظف است در صورتی که بیمار داروهای حاوی متفورمین نظیر گلوکوزفاژ، زیپ مت و... مصرف می نماید و درخواست رادیوگرافی تزریقی دارد آموزشهای لازم را در خصوص قطع متفورمین ۲۴ ساعت قبل و تا ۴۸ ساعت بعد از تزریق به بیمار ارایه دهد.
۹. منشی بخش موظف است از پذیرش بیماری که در هنگام مراجعه به بخش، آزمایش اوره و کراتینین را همراه ندارد اجتناب نموده و راهنمایی های لازم را جهت پذیرش به بیمار ارائه نماید.
۱۰. پرتوکار موظف است GFR بیمار را جهت بیمارانی که کنتراست تزریقی دارند را محاسبه و در پرونده بیمار ثبت نماید.
۱۱. منشی بخش موظف است ضمن توضیح به بیمار فرم رضایت آگاهانه را به بیمار داده و بیمار پس مطالعه امضا نماید.

منابع / مراجع: دستورالعمل استفاده از مواد حاجب

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهدی جعفری ندوشن	مسئول تصویربرداری
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
ابلاغ کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

بیهوشی بخش سی تی آنژیوگرافی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۹/۱	INS. 28

✓ **منابع و امکانات:** لارنگوسکوپ- داروهای بیهوشی - سرنگ

✓ **کارکنان مرتبط:** متخصص بیهوشی - کارشناس و فوق دیپلم بیهوشی

✓ **شرح دستورالعمل:**

- کارشناس بیهوشی موظف به کنترل کلیه لوازم مورد نیاز بیهوشی و اطمینان از صحت آن قبل از شروع بیهوشی میباشد.
- کارشناس بیهوشی موظف است از صحت شناسایی بیمار جهت انجام بیهوشی از طریق نام بیمار روی دستبند و پرونده اطمینان حاصل نماید.
- کارشناس بیهوشی موظف به کنترل علائم بیمار قبل از شروع بیهوشی میباشد.
- کارشناس بیهوشی قبل از شروع بیهوشی موظف به مشورت با متخصص بیهوشی در خصوص نوع داروی مورد استفاده تهیه آن از داروخانه بیمارستان میباشد.
- متخصص بیهوشی و یا دستیار معرفی شده از سوی متخصص موظف به حضور در بخش سی تی آنژیوگرافی و انجام بیهوشی میشوند.
- کارشناس بیهوشی موظف به کنترل علائم بیمار بیهوش شده بعد از انجام سی تی آنژیوگرافی تا به هوش آمدن کامل بیمار میباشد.

منابع / مراجع: کتاب اعتباربخشی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهدی جعفری ندوشن	مسئول بخش تصویربرداری
تایید کننده	محمد رضا ذاکرزاده	مسئول بیهوشی اتاق عمل
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

جمع آوری نمونه‌های آزمایشگاهی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۲۹	INS. 29

✓ **منابع و امکانات:** انواع ظروف نمونه‌گیری، سرنگ، پنبه الکل، گارو

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل فنی آزمایشگاه و پرستاران بخش

✓ **شرح دستورالعمل:**

- قبل از پذیرش بیمار ابتدا مسئول پذیرش، بیمار را از نظر ناشتا بودن و مواد مداخله‌گر در آزمایش مطابق جدول آزمایشگاه مرجع سلامت چک کرده (به عنوان مثال برای آزمایش FBS چند ساعت است که ناشتا می باشد) و پس از پذیرش و پرداخت وجه پرسنل فنی لیبل آزمایش را گرفته و لوله مخصوص آن را بر اساس نوع آزمایش انتخاب کرده و لیبل گذاری می کنیم.
- جهت هر آزمایش میزان خون مورد نیاز مطابق با جدول مرجع سلامت گرفته و در لوله مورد نظر می‌ریزیم و نمونه را به بخش مورد نظر می‌دهیم.
- شایان ذکر است روی لیبل بیمار باید نام و نام خانوادگی بیمار، بخش، تاریخ، ساعت نمونه‌گیری و نوع آزمایش باشد.
- جهت نمونه‌هایی که خود بیمار باید تهیه کند (آزمایشات خاص) با لیبل گذاری روی ظرف، طبق دستورالعملی که بر روی دیوار نصب شده بیمار را راهنمایی کرده تا به طور صحیح نمونه بگیرد مثلاً برای کشت ادرار باید نمونه وسط ادرار را بگیرد و بیمار شرایط عدم آلودگی نمونه را رعایت کند.
- تمام شرایط لازم جهت جمع آوری نمونه‌هایی که در آزمایشگاه بیمارستان افشار انجام می‌شود در کتابچه‌ای تهیه شده است و در اختیار پرسنل قرار داده شده و همچنین به صورت فایلی هم در اختیار پرسنل بخشها و هم پرسنل آزمایشگاه می باشد.

منابع / مراجع: دستورالعمل‌های آزمایشگاه مرجع سلامت - کتاب اصول طراحی و سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی دکتر دارآفرین

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	بی بی ربابه حیدرپور	سرپرستار قلب ۲
	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 30-1

✓ **منابع و امکانات:** دستگاه‌های آنالایزر بیوشیمی، کیت‌های آزمایش، نمونه‌های کنترل و کالیبراسیون، سانتریفیوژ، سمپلر و سرسمپلر

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرسنل بخش موظفند در اول شیفت صبح و شب دستگاه اتوآنالیزر را روشن نموده و با دادن سرم کنترل از صحت عملکرد آن اطمینان حاصل کنند و مستندات مربوط به کنترل کیفی را در نرم فزار مدلب ثبت نمایند.
۲. پرسنل بخش موظفند پس از دریافت نمونه‌ها از بخش نمونه برداری نمونه را جهت جداکردن سرم سانتریفیوژ کرده و آن را از نظر کیفیت نمونه نظیر همولیز و مقدار نمونه مورد نیاز کنترل کنند.
۳. پس از لیست گیری در سیستم HIS و جداسازی سرم، نمونه به اندازه کافی به کاپهای دستگاه اتوآنالیز منتقل نموده و سپس دستگاه را استارت کنند پس از خوانش دستگاه، جوابها وارد سیستم HIS شده و قابل رویت می باشد. در صورت وجود جوابهای خارج از محدوده نرمال بررسی های لازم شامل چک کردن مشخصات بیمار- بررسی شرح حال بیمار و حتی اندازه گیری مجدد نمونه و یا نمونه گیری مجدد از بیمار انجام شده و سپس جوابها وارد سیستم می شود.
۴. پرسنل فنی موظفند مقادیر بحرانی رو طبق فهرست تهیه شده به اطلاع پرستار یا پزشک بیمار برسانند
۵. تستهای بیوشیمی که در شیفت عصر و شب انجام می شود شامل:

BS-BUN-Cr-NA -K-Ca-mg-ALB-Bill.T- Bill.D-SGOT- SGPT-Alk. P-Trop-Amylase

۶. اطلاع جوابهای بحرانی در اسرع وقت به بخش یا بیمار.

منابع / مراجع: کتاب بیوشیمی بالینی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می‌شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 30-2

✓ **منابع و امکانات:** دستگاه سل کانتر، دستگاه ریدرسدیمان، محلول‌ها و استانداردهای دستگاه، نمونه خون کنترل، لام، رنگ

های مخصوص هماتولوژی مانند: گیمسا ورایت، تشتک رنگ آمیزی، پیپت سدیمان، میکروسکوپ

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کاردان و کارشناس آزمایشگاه

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرسنل بخش وظیفه دارد در ابتدای شیفت شستشو و کارهای مربوط به نگهداری و نگهداشت دستگاه را انجام دهند.
۲. دادن نمونه خون کنترل به دستگاه و رسم نمودار کنترل کیفی در نرم‌افزار Med lab.
۳. تحویل نمونه‌ها از پرسنل نمونه‌گیری و کنترل نمونه نظیر لخته خون و حجم نمونه و همچنین داشتن لیبل پذیرش.
۴. گرفتن لیست کاری از برنامه تیراژه.
۵. مرتب کردن نمونه طبق لیست کاری و انجام نمونه‌ها.
۶. نمونه‌هایی که نیاز به لام خون محیطی دارند از آنها لام تهیه نموده و رنگ آمیزی نماید.
۷. انجام آزمایش گروه خون در همه‌ی نوبت‌های کاری.
۸. انجام آزمایش سدیمان در همه نوبتهای کاری.
۹. اطلاع جوابهای بحرانی در اسرع وقت به بخش یا بیمار.

منابع / مراجع: تجارب بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه انجام آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می‌شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS.30- 3

✓ **منابع و امکانات:** محیط‌های کشت و افتراقی میکروب، اتو کلاو، فور، لوپ، یخچال، دیسک آنتی بیوگرام، رنگ گرم و گیمسا، جار بی‌هوازی، هود کلاس ۲، میکروسکوپ

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کاردان و کارشناس آزمایشگاه

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرسنل بخش وظیفه دارند پس از تحویل نمونه از بخش مشخصات روی ظرف نمونه را چک کرده و از ثبت صحیح مشخصات روی نمونه بیمار اطمینان حاصل کنند.
۲. پرسنل بخش وظیفه دارد نمونه‌های مربوط به بخش میکروب‌شناسی طبق دستورالعمل‌های مرجع سلامت در حداقل زمان انجام دهد.
۳. نمونه‌های میکروب‌شناسی که کشت آنها مثبت شده طبق جداول مربوطه تست‌های افتراقی مربوط به آن را انجام داده و پس از تعیین هویت و گذاشتن آنتی بیوگرام مربوط به سوش میکروبی جواب را وارد نرم افزار و پس از بررسی جواب آن را به بیمار تحویل داده می‌شود.
۴. پرسنل بخش وظیفه دارد کلیه موارد مصرفی مورد استفاده در بخش را تهیه و در یخچال بگذارد.
۵. اطلاع جواب‌های بحرانی در اسرع وقت به بخش یا بیمار طبق فهرست مقادیر بحرانی.
۶. محیط‌های کشت میکروبی استفاده شده را در سطل زباله‌های عفونی به بخش امحاء زباله تحویل داده می‌شود.
۷. انجام کنترل کیفی دیسک‌های آنتی‌بیوگرام و تشخیصی و محیط‌های کشت پلیتی و افتراقی و غیره طبق چک لیست میکروب شناسی مرجع سلامت ویرایش ۱۳۹۷.
۸. ساختن محیط‌های کشت پلیتی در آزمایشگاه.

منابع / مراجع: تجارب بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 30-4

✓ **منابع و امکانات:** هود، سانتریفیوژ، میکروسکوپ، نوار ادراری، لوله آزمایش، اسیدسولفوسالیسیلیک ۳٪

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل بخش وظیفه دارند پس از تحویل نمونه از بخش نمونه برداری مشخصات روی ظرف نمونه را چک کرده و از صحیح گرفتن نمونه اطمینان حاصل کند.
۲. پرسنل بخش وظیفه دارند نمونه های سانتریفیوژ ادرار را هم از نظر بیوشیمی با استفاده از نوار ادراری و از نظر میکروسکوپی بررسی کرده و جواب را به بیمار تحویل دهد.
۳. پرسنل بخش وظیفه دارند در صورت مثبت شدن پروتئین ادرار جواب را با محلول اسید سولفوسالیسیلیک ۳٪ در PH اسیدی کنترل نمایند. برای تست تاییدی پروتئین به ازای هر یک سی سی ادرار چند قطره محلول اسیدسولفوسالیسیلیک ۳٪ ریخته در صورت کدورت نتیجه را گزارش می کنیم.
۴. پرسنل بخش وظیفه دارند برای پروتئین بنس جونز ۴-۵ سی سی ادرار اسیدی را به مدت ۱۵ دقیقه در حرارت ۵۶ درجه قرار داده، در صورت رسوب، ادرار را به درجه حرارت ۱۰۰ می رسانیم اگر رسوب حل شود، پروتئین بنس جونز مثبت است. (پروتئین بنس جونز در حرارت ۴۰ تا ۶۰ درجه رسوب و در حرارت ۱۰۰ درجه حل می شود).
۵. تحویل نمونه های مربوط به آزمایشات ادرار ۲۴ ساعته و میکروآلبومین به بخش بیوشیمی خون.

منابع / مراجع: تجارب بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 30- 5

✓ **منابع و امکانات:** لام، لامل، میکروسکوپ، سرم فیزیولوژی، اپلیکاتور

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل بخش وظیفه دارند پس از تحویل نمونه از بخش نمونه برداری مشخصات روی ظرف نمونه را چک کرده و از نمونه صحیح گرفتن نمونه اطمینان حاصل کند.
۲. پرسنل بخش وظیفه دارند حداقل نیم ساعت پس از تحویل نمونه آزمایش را بر روی آن انجام داده و جواب آن را گزارش نمایند.
۳. در صورت داشتن کشت مدفوع باید در اسرع وقت نمونه ها را روی محیط های مربوط به کشت مدفوع ساب کالچر کنیم.
۴. انجام آزمایش خون مخفی طبق بروشور کیت موجود در بخش.

منابع / مراجع: تجارب بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 30-6

✓ **منابع و امکانات:** کیت های آزمایشگاهی، پلیت های انجام آزمایش، روتاتور سروولوژی، واشر و ریدر الایزا، سمپلر و سرسمپلر، کرنومتر

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ شرح دستورالعمل:

۱. پرسنل در بخش سروایمنولوژی پس از دریافت نمونه ها از بخش بیوشیمی آزمایشهای مربوط به این بخش را شامل: DIRECT

COOMBS - INDIRECT COOMBS - RPR- CRP - RF - WRIGHT - 2ME - COOMBS WRIGHT

WIDAL - ASO انجام دهند.

۲. انجام کنترل کیفی بخش سروولوژی طبق دستورالعمل اطمینان از کیفیت نتایج آزمایش.

۳. پرسنل بخش هورمون پس از جداسازی سرم و تحویل گرفتن نمونه از بخش بیوشیمی آزمایشهای

TITER - T4-TSH - PSA-FERRITIN - HBS Ag - HIV Ab - HCV Ab

Beta- HCG انجام دهند.

۴. انجام کنترل کیفی بخش هورمون طبق دستورالعمل اطمینان از کیفیت نتایج آزمایش ارسال شده از آزمایشگاه مرجع سلامت.

منابع / مراجع: کتاب سروولوژی و ایمنولوژی دکتر پاکزاد

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه PCR و ژنتیک انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۹/۲/۱۵	INS. 30-7

✓ **منابع و امکانات:** انواع ظروف نمونه گیری، سرنگ، پنبه الکل، گارو، سواپ داکرون مخصوص نمونه گیری اوروفارنکس و نازوفارنکس، محیط انتقالی VTM، پوشش مخصوص نمونه گیری، کلمن مخصوص انتقال نمونه

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل فنی آزمایشگاه و پرستاران بخش

✓ **شرح دستورالعمل:**

- کارشناس آزمایشگاه باید با توجه به درخواست پزشک آزمایشات CBC, CRP, ESR پذیرش و انجام دهد.
- پزشک موظف است با توجه به نتایج آزمایش و رادیوگرافی درخواست HRCT و PCR دهد.
- پزشک متخصص عفونی موظف است درخواست PCR را تایید کند.
- منشی بخش موظف است از طریق HIS درخواست PCR با کد ۸۰۵۱۱۹ ثبت کند.
- کاربر آزمایشگاه موظف است درخواست مربوطه را تایید کند.
- کارشناس آزمایشگاه موظف است فرم اطلاعات بیمار را جهت ارسال به واحد ژنتیک بیمارستان شهید صدوقی تکمیل نماید.
- روی لیبل بیمار باید نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی و نام بیمارستان ذکر شود
- نمونه گیر آزمایشگاه موظف است از بیماران با توجه به دستورالعمل ها و پروتکل های بهداشتی نمونه گیری کند.
- نگهداری نمونه ها داخل محیط ترانسپورت VTM در دمای ۴ درجه (زمان انتقال بیش از ۷۲ ساعت نباید باشد)
- خدمات آموزش دیده پشتیبانی بیمارستان موظف است نمونه های گرفته شده توسط نمونه گیر آزمایشگاه را به واحد ژنتیک بیمارستان شهید صدوقی تحویل نماید.
- مسئول کنترل عفونت بیمارستان موظف است جواب آزمایش را پیگیری کرده و به بخش اطلاع دهد.

تبصره: به علت نبودن بخش ژنتیک و عدم انجام این آزمایش این دستورالعمل در بیمارستان کاربرد ندارد.

منابع / مراجع: دستورالعمل های وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

نحوه انجام آزمایش هایی که در پاتولوژی انجام می شود

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۴	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۶/۱۱/۲۰	INS. 30-8

✓ **منابع و امکانات:** تیشو پروسسور- میکروتوم- حمام بافت- پارافین ذوب- فور- پارافین- فرمالین- الکل-گزیل- رنگهای

هماتوکسیلین و ائوزین و راییت گیمسا- کاست - قالب- اسید کلریدریک- استیک اسید - متانول

✓ **کارکنان مرتبط:** دکتر مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

- پرسنل پس از تحویل نمونه از اتاق عمل در دفتر پاتولوژی ثبت می شود و پس از پاس دادن توسط دکتر مسئول بخش در دستگاه تیشوپرو سسور گذاشته می شود و سپس قالب گیری انجام می شود و بعد از آن بلوک برش زده می شود و سپس رنگ آمیزی می شود و لامپهای رنگ آمیزی شده برای تشخیص، تحویل دکتر پاتولوژی داده می شود.
- نمونه های پاتولوژی پس از پاس دادن به مدت ۴ ماه نگهداری می شود و سپس در چاه مخصوص اوت می شوند.

منابع / مراجع: تکنیک های بانکروفت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	زهرا حاتمی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS.31

✓ **منابع و امکانات:** نمونه کنترل و اتوآنالیزور و سانتریفیوژ- سمپلر- کیتها

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

- از نمونه سرم کنترل در یک سطح غلظتی در ابتدای ران کاری استفاده شود و نمودار کنترل کیفی برای سرم کنترل به صورت بیست کاری رسم گردد. (باید دو سطح از سرم کنترل استفاده شود)
- پراکندگی عدم دقت نتایج خوانده شده نمونه های کنترل باید به صورت بیست روزه محاسبه و با عدم دقت مجاز تعیین شده در آزمایشگاه (بر اساس منابع معتبر مانند CLIA) مقایسه شود بدیهی است عدم دقت اندازه گیری شده برای آنالیت مورد بررسی (CV) بایستی کمتر از عدم دقت مجاز تعیین شده برای آن آنالیت در آزمایشگاه باشد.
- خوانده های به دست آمده از انجام آزمایش بر سرم کنترل در دفتر کنترل کیفی بخش و روی نمودار کنترل کیفی ثبت گردد.
- نمودار بر اساس قوانین کنترل کیفیت معتبر و ستگارد تفسیر شده و صرفاً در صورت قابل قبول بودن نتایج کنترل، نتایج مربوط به بیماران گزارش می گردد
- در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کارشناس مربوطه با شناسایی و رفع اشکال، کنترل را دوباره تکرار و در صورت عدم شناسایی اشکال مراتب را جهت پیگیری و بر طرف نمودن خطا یا اشکال به سوپروایزر آزمایشگاه اعلام می نماید.

منابع / مراجع: کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه بیوشیمی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

کنترل کیفیت آزمایش‌های هماتولوژی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-1

✓ منابع و امکانات :

✓ بیوشیمی: دستگاه‌های آنالایزر بیوشیمی، کیت‌های آزمایش، نمونه‌های کنترل و کالیبراسیون، سمپلر و سرسمپلر، نرم افزار Med lab، کاپ سرم

هماتولوژی: نمونه خون کنترل - میکروسکوپ - سل کاتتر - نرم افزار Med lab

✓ کارکنان مرتبط: پرسنل آزمایشگاه

✓ شرح دستورالعمل :

- کنترل کیفیت بخش هماتولوژی: قبل از شروع کار روزانه نسبت به گرفتن Back ground اقدام شده، در صورت بالاتر بودن از حد مجاز نسبت به تصحیح اقدام گردد و سوابق انجام کار به صورت روزانه در دفترچه کار نگهداری شود.
- از نمونه خون کنترل در یک سطح غلظتی در ابتدای ران کاری استفاده شود و نمودار کنترل کیفی برای خون کنترل به صورت بیست کاری رسم گردد.
- پراکندگی عدم دقت نتایج خوانده شده نمونه‌های کنترل باید به صورت بیست روزه محاسبه و با عدم دقت مجاز تعیین شده در آزمایشگاه (بر اساس منابع معتبر مانند CLIA) مقایسه شود بدیهی است عدم دقت اندازه‌گیری شده برای آنالیت مورد بررسی (CV) بایستی کمتر از عدم دقت مجاز تعیین شده برای آن آنالیت در آزمایشگاه باشد.
- خوانده‌های به دست آمده از انجام آزمایش بر نمونه خون کنترل در دفتر کنترل کیفی بخش و روی نمودار کنترل کیفی ثبت گردد.
- نمودار بر اساس قوانین کنترل کیفیت معتبر و ستگارد تفسیر شده و صرفاً در صورت قابل قبول بودن نتایج کنترل، نتایج مربوط به بیماران گزارش می‌گردد
- در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کارشناس مربوطه با شناسایی و رفع اشکال، کنترل را دوباره تکرار و در صورت عدم شناسایی اشکال مراتب را جهت پیگیری و بر طرف نمودن خطا یا اشکال به سوپروایزر آزمایشگاه اعلام می‌نماید.

منابع / مراجع: کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

کنترل کیفیت آزمایش‌های میکروب شناسی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-2

✓ **منابع و امکانات:** سوشهای میکروبی استاندارد، دیسک‌های آنتی بیوگرام، محیط‌های کشت و افتراقی، لوپ

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل بخش موظف هستند کیفیت محیط‌های کشت پلیتی و افتراقی میکروب‌شناسی را با سوشهای میکروبی استاندارد کنترل کنند و در صورت عدم انطباق اقدامات اصلاحی را انجام دهیم
۲. پرسنل بخش موظف هستند محیط‌های کشت و دیسک‌های آنتی بیوگرام را از نظر تاریخ بررسی و کنترل نمایند.
۳. پرسنل بخش موظفند طبق دستورالعمل مرجع سلامت دیسک‌های آنتی بیوتیک را کنترل کرده و در صورت عدم انطباق، اقدامات اصلاحی را انجام دهیم
۴. پرسنل بخش موظفند کیفیت دیسک‌های تشخیصی و همچنین معرف‌ها را با سوش‌های استاندارد یا سوش‌های مربوط به کنترل کیفی خارجی، ارزیابی کنند و در صورت عدم انطباق اقدامات اصلاحی را انجام دهیم.
۵. پرسنل بخش وظیفه دارند دمای انکوباتور و یخچال و فریزر را روزانه دوبار چک کنند.
۶. پرسنل بخش وظیفه دارند لوپ‌های نیکروم را ماهانه تعیین حجم کنند.
۷. پرسنل بخش وظیفه دارند مستندات مربوط به اتوکلاو را نگهداری کنند.

منابع / مراجع: کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه پزشکی - باکتری شناسی مرجع سلامت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

کنترل کیفیت آزمایش‌های بیوشیمی ادرار

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-3

✓ **منابع و امکانات:** نوار تست ادراری، محلول اسید سولفوسالیسیلیک ۳٪، نوار تست کنترل قند ادراری

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل بخش آنالیزادرار وظیفه دارند نوار تستها را کنترل نموده و در صورت بروز خطا از کیت دیگری استفاده کنند.
۲. پرسنل بخش آنالیز ادرار وظیفه دارند نمونه‌هایی که پروتئین آنها مثبت شده با محلول اسید سولفوسالیسیلیک ۳٪ کنترل نمایند و در صورت بروز خطا اصلاح نمایند.
۳. کنترل کیفیت نوارهای ادراری روزانه قبل از شروع انجام آزمایش بوسیله کنترل ادراری که از شرکت مربوطه خریداری شده انجام شده و با بروشور کیت مقایسه می‌گردد و نتایج در دفتر مربوطه ثبت می‌شود و در صورت عدم انطباق اقدامات اصلاحی انجام می‌شود.

منابع / مراجع: کتاب کنترل در آزمایشگاه پزشکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

کنترل کیفیت آزمایش های سرو ایمنولوژی و هورمون

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-4

✓ **منابع و امکانات:** کنترل های کیت های مختلف

✓ **کارکنان مرتبط:** کارشناس مسئول بخش، کارشناس آزمایشگاه، تکنیسین آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. پرسنل بخش ایمنولوژی وظیفه دارند هر کیت را هر نوبت کاری با کنترل های موجود در کیت کنترل کرده و در صورت بروز خطا نسبت بر طرف کردن آن اقدام کنند.
۲. پرسنل بخش هورمون وظیفه دارند در هر نوبت کاری با استانداردها و کنترل های موجود در هر کیت را کنترل کرده و در صورت بروز خطا نسبت به بر طرف کردن آن اقدام کنند.
۳. پراکندگی عدم دقت نتایج خوانده شده نمونه های کنترل باید به صورت بیست روزه محاسبه و با عدم دقت مجاز تعیین شده در آزمایشگاه (بر اساس منابع معتبر مانند CLIA) مقایسه شود بدیهی است عدم دقت اندازه گیری شده برای آنالیت مورد بررسی (CV) بایستی کمتر از عدم دقت مجاز تعیین شده برای آن آنالیت در آزمایشگاه باشد.
۴. خوانده های به دست آمده از انجام آزمایش بر سرم کنترل در دفتر کنترل کیفی بخش و روی نمودار کنترل کیفی ثبت گردد.
۵. نمودار بر اساس قوانین کنترل کیفیت معتبر و مستگارد تفسیر شده و صرفاً در صورت قابل قبول بودن نتایج کنترل، نتایج مربوط به بیماران گزارش می گردد
۶. در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کارشناس مربوطه با شناسایی و رفع اشکال، کنترل را دوباره تکرار و در صورت عدم شناسایی اشکال مراتب را جهت پیگیری و بر طرف نمودن خطا یا اشکال به سوپروایزر آزمایشگاه اعلام می نماید.

منابع / مراجع: کنترل کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	کارشناس آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	مسئول فنی آزمایشگاه
		ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

کنترل کیفیت آزمایش های مولکولی و ژنتیک

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-5

✓ منابع و امکانات: _

✓ کارکنان مرتبط: _

✓ شرح دستورالعمل:

به علت نبودن بخش مولکولی و ژنتیک عدم انجام این آزمایش ها این دستورالعمل در بیمارستان کاربرد ندارد.

منابع / مراجع:

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

کنترل کیفیت آزمایش‌های پاتولوژی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۴	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۶/۱۱/۲۰	INS. 31-6

✓ منابع و امکانات: _

✓ کارکنان مرتبط: _

✓ شرح دستورالعمل:

۱. برای رنگ آمیزی هیستوشیمی مانند PAS و اسیدفاست و یا رنگ آمیزی IHC کنترل مثبت و منفی وجود دارد که هیچ کدام از رنگ آمیزی‌های فوق در این مرکز انجام نمی شود.

منابع / مراجع: _

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	زهرا حاتمی	کارشناس آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تاییدکننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۱۰/۱۵	INS. 31-7

✓ **منابع و امکانات:** دماسنج، برگه های ثبت دما، محیط کشت میکروبی

✓ **کارکنان مرتبط:** سوپروایزر آزمایشگاه، کارشناسان آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:**

- سوپروایزر آزمایشگاه جهت کنترل کیفی ابزار پایه شامل (فتومتر، ترازو، سمپلر و...) به صورت سالیانه اقدام نموده و در صورت بروز خطا نسبت به برطرف کردن آن اقدامات لازم را انجام می دهد.
- سوپروایزر آزمایشگاه آب مقطر مصرفی آزمایشگاه را به وسیله هدایت سنج کنترل کرده و در صورت بروز خطا نسبت به برطرف کردن آن اقدامات لازم را انجام می دهد.
- سوپروایزر آزمایشگاه به صورت دوره ای نسبت به کشت آب مقطر مصرفی اقدام نموده و نتایج آن را ثبت نماید و در صورت بروز خطا نسبت به برطرف کردن آن اقدام نماید.
- کارشناس آزمایشگاه دمای تجهیزات برودتی و گرمایشی مانند یخچال، فریزر، بن ماری و سایر تجهیزاتی که دمای آنها نتایج آزمایشات تاثیر می گذارد کنترل و ثبت نماید و در صورت بروز خطا آن را برطرف نماید.

منابع / مراجع: کتاب مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

ارجاع نمونه‌های بالینی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۳۰	INS. 32

✓ **منابع و امکانات:** ظرف حمل نمونه، ظرف نمونه‌گیری، محیط vtm، سواپ، دستکش، ماسک، شیلد، روکش کفش، لباس کرونا، کلاه

✓ **کارکنان مرتبط:** پرستار شیفت، کارشناس ارسال نمونه در آزمایشگاه، راننده حمل نمونه، نمونه‌گیر آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:** برای نمونه‌های سل طبق دستورالعمل‌هایی که آزمایشگاه تهیه کرده و به بخش داده شده است بیمار را برای گرفتن نمونه راهنمایی کرده و سپس بعد از نمونه‌گیری پرستار مربوطه آزمایش را در سیستم ثبت کرده و لیبل آن را گرفته و فرم مشخصات مربوطه را پر کرده و به همراه نمونه به آزمایشگاه ارسال میکند و آزمایشگاه بعد از بررسی نمونه و فرم آن را به مرکز بهداشت نیکوپور ارسال می‌گردد.

✓ **برای نمونه کرونا:** درخواست PCR توسط پزشک متخصص عفونی

- ثبت درخواست PCR از طریق HIS با کد ۸۰۵۱۱۹ توسط بخش مربوطه
- تایید درخواست توسط آزمایشگاه
- تکمیل فرم و اطلاعات ارسالی توسط آزمایشگاه
- شایان ذکر است روی لیبل بیمار باید نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی و نام بیمارستان باید ذکر شود
- نمونه‌گیری از بیماران با توجه به دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های بهداشتی
- نگهداری نمونه‌ها داخل محیط ترانسپورت VTM در دمای ۴ درجه (زمان انتقال بیش از ۷۲ ساعت نباید باشد)
- ارسال نمونه‌ها توسط خدمات آموزش دیده پشتیبانی بیمارستان به واحد ژنتیک بیمارستان شهید صدوقی
- پیگیری جواب توسط واحد کنترل عفونت بیمارستان

✓ **برای نمونه‌هایی که در آزمایشگاه انجام نمی‌شوند:** درخواست آزمایشات توسط پزشک مربوطه

- آزمایشاتی که توسط پزشک درخواست می‌شود بوسیله پرستار هر بیمار در سیستم HIS بیمارستان ثبت می‌شود و سپس آزمایشات توسط آزمایشگاه تأیید می‌گردد و طبق آزمایشات درخواستی نمونه‌گیر آزمایشگاه خونگیری را انجام داده و به آزمایشگاه ارسال می‌گردد و سپس مسئول ارسال نمونه‌ها آزمایشات را به آزمایشگاه مرکزی طبق انتقال نمونه‌های عفونی آزمایشگاه مرجع سلامت ارسال می‌کند و در نهایت جواب آزمایشات طبق چرخه کاری پیگیری می‌شود و وارد سیستم HIS بیمارستان می‌گردد.

منابع/ مراجع: اداره امور آزمایشگاه‌های دانشگاه

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری زینب دهقانی	مسئول آزمایشگاه کارشناس آزمایشگاه
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

نحوه انجام آزمایش های بانک خون

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 33	۹۴/۲/۲۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۸

✓ **منابع و امکانات:** نرمال سالین ۰/۹ درصد، لوله آزمایش، سمپلر ۱۰۰ و ۵۰ لاند، سرفیوژ کالیبره شده، بن ماری (۳۷ درجه)

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل آزمایشگاه

✓ **شرح دستورالعمل:** پرسنل بانک خون موظفند طبق دستورالعمل ذیل عمل نمایند:

- از نمونه کراس مچ بیمار گروه خون بیمار چک شود و از درستی گروه خون اطمینان حاصل نماید.
 - دو لوله جهت کراس مچ هر واحد پکسل استفاده می شود بدین صورت که در یکی از لوله ها سوسپانسیون ۳ تا ۵ درصد کیسه خون تهیه می شود و در لوله دیگر صد لاند سرم گیرنده ریخته می شود.
 - ۵۰ لاند از سوسپانسیون خونی را به لوله حاوی سرم اضافه کرده و تقریباً ۱۵ دقیقه در دمای اتاق قرار می دهیم سانتریفوژ کرده و نتیجه را بررسی می کنیم.
 - یک قطره از محلول آلبومین گاوی ۲۲ درصد به محتوای لوله اضافه می کنیم و سی دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه قرار می دهیم و سپس ۱۵ تا ۳۰ ثانیه با دور ۱۴۰۰ تا ۱۵۰۰ سانتریفوژ می کنیم و نتیجه را بررسی می کنیم.
 - لوله را با سرافیزپولوژی ۳ بار شسته و یک قطره محلول آنتی هیومن به لوله اضافه نموده و ۳۰ ثانیه با دور ۱۴۰۰ تا ۱۵۰۰ سانتریفوژ می کنیم.
 - در پایان هر سانتریفوژ باید نتیجه را از نظر مشاهده یا عدم مشاهده آگلوتیناسیون بررسی کنیم.
 - لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود، وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.
 - نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.
 - در صورت عدم وجود آگلوتیناسیون به لوله ها ۵۰ لاند check cell اضافه نمایید و سپس لوله ها را سانتریفوژ کرده باید آگلوتیناسیون مشاهده شود.
- تفسیر آزمایش: وجود آگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری (Incompatible) می باشد و نمونه خون اهداء کننده با خون بیمار ناسازگار می باشد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- وجود سوسپانسیون گلبولی یکنواخت با گلبول های قرمز خون آزاد پس از سانتیفریوژ نشان دهنده آزمایش منفی یا کراس میچ کامل سازگار (compatible) می باشد و نمونه خون اهداء کننده با خون بیمار سازگار گزارش می شود.

منابع / مراجع: راهنمای سازمان انتقال خون، دستورالعمل سازمان انتقال خون و تجهیزات

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	رضا کلانتری فهیمة حکیمی	مسئول آزمایشگاه مسئول بانک خون
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

گزارش آنی مقادیر بحرانی آزمایشگاه و نحوه ی مدیریت آن

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 34-1	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

✓ **منابع و امکانات:** جدول مقادیر بحرانی - دفتر ثبت گزارش مقادیر بحرانی

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل آزمایشگاه - مسئول فنی آزمایشگاه - پرستار - پزشک

✓ **شرح دستورالعمل:**

- مسئول فنی آزمایشگاه موظف است لیست موارد بحرانی را به تمامی بخش ها ارسال نماید.
- پرسنل آزمایشگاه موظف هستند پس از رویت نتایج بحرانی توسط مسئول فنی آزمایشگاه، از طریق خطوط تلفن Hot line با بخش مربوطه تماس حاصل نمایند و به پرستار مسئول اطلاع رسانی کنند.
- کارشناس آزمایشگاه موظف هستند نتایج آزمایش همراه با تاریخ، ساعت اطلاع به بخش و نام پرستار مربوطه را از طریق تکرار مشخصات بیمار (Read back) به اطلاع پرستار برساند و در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت نماید و از صحت ارائه ی اطلاعات اطمینان حاصل نماید. نام پرستار مربوطه با دقت پرسیده شود. (به عنوان مثال کادر آزمایشگاه خون: بیمار مورد آزمایش، ۴۰ می باشد. پرستار: شما فرمودید قند خون بیمار آقا/خانم..... به شماره پرونده ی، ۴۰ می باشد؟ کادر آزمایشگاه: بله صحیح است.)
- کارشناس آزمایشگاه موظف است آزمایش فوق را جهت وصول اطمینان از نتیجه مجدداً تکرار کند. در صورت تغییر نتیجه گزارش مجدد را به بخش اطلاع دهد و در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت نماید.
- پرستار موظف است حال عمومی بیمار را بررسی نماید و در صورتی که این نتیجه با وضعیت بیمار همخوانی ندارد به آزمایشگاه اطلاع و منتظر نتیجه ی تکرار آزمایش باشد.
- پرستار موظف است جواب آزمایش تلفنی را به پزشک مربوطه اطلاع دهد. در صورت در دسترس نبودن پزشک مربوطه به پزشک مقیم اطلاع دهد.
- پرستار موظف است دستورات شفاهی و تلفنی پزشک را دریافت نموده و اجرا نماید.
- پرستار موظف است نتایج مقادیر بحرانی و دستورات تلفنی را ثبت نماید و توسط مسئول شیفت و پرستار مربوطه امضاء شود.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

○ در بیماران سرپایی در صورت وجود موارد بحرانی، مسئول شیفت وقت موظف به اطلاع رسانی (تلفن فوری) به پزشک مربوطه بیمار و جراح یا ثبت در دفتر با قید تاریخ و ساعت می باشد.

منابع / مراجع: دستورالعمل وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر حسین هادی	مسئول فنی آزمایشگاه
	فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	رضا کلانتری	مسئول آزمایشگاه
	زینب دهقانی	کارشناس آزمایشگاه
نایب کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

گزارش آنی مقادیر بحرانی تصویربرداری و نحوه ی مدیریت آن

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 34-2	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

✓ **منابع و امکانات:** جدول مقادیر بحرانی- دفتر ثبت گزارش مقادیر بحرانی- خط آزاد بحران- تلفن مجزا جهت خط بحران در کلیه بخشها

✓ **کارکنان مرتبط:** پرسنل رادیولوژی- مسئول فنی رادیولوژی- پرستار و پزشک مربوطه

✓ **شرح دستورالعمل:**

- مسئول فنی رادیولوژی موظف است لیست موارد بحرانی تصویربرداری را شناسایی و به تأیید مسئول فنی رادیولوژی رسانیده شود و در معرض دید کارکنان رادیولوژی قرار گیرد.
- مسوول فنی بخش موظف است مقادیر بحرانی را که توسط متخصصین بالینی و پاراکلینیک تهیه شده را در کمیته دارو و درمان مطرح و پس از تصویب به بخشهای بالینی و تصویربرداری ابلاغ نماید.
- رادیولوژیست موظف است موارد بحرانی حین سونوگرافی شامل کله سیستیک حاد، ترومبوز وریدی و شریانی، دایسکشن، انوریسم، تورشن تخمدان و بیضه و... را بلافاصله پس از رویت به اطلاع پزشک معالج و یا سرپرستار بخش برسانند و گزارش کتبی را در اسرع وقت به بخش مربوطه ارسال نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- کارشناس رادیولوژی موظف است موارد بحرانی حین انجام سی تی آنژیوگرافی شامل دایسکشن آئورت، آمبولی ریه، ترومبوز شریانی، آنوریسم آئورت و مغز، پارگی شریان و... را پس از رویت به اطلاع پرستار و دستیار قلب همراه بیمار برساند.
 - رادیولوژیست آنکال موظف است گزارش تصاویر موارد بحرانی را در صورت عدم حضور در بیمارستان از روی سیستم پکس مرکزی رویت و موارد را به اطلاع پزشک معالج برساند.
 - رادیولوژیست و یا کارشناس رادیولوژی موظف است موارد بحرانی حین رادیوگرافی شامل هوای آزاد زیر دیافراگم، انسداد روده، در رفتگی مفصل شانه و هیپ و... را پس از رویت از طریق خط تلفن هات لاین به اطلاع سرپرستار شیفت برساند.
 - کارشناس رادیولوژی موظف هستند نتایج تصویربرداری را همراه با تاریخ و ساعت به اطلاع بخش رسانیده و از طریق (Read back) و تبادل اطلاعات بین کارکنان تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود و مشخصات بیمار، نام پرستار مربوطه در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت نماید. نام پرستار مربوطه با دقت پرسیده شود.
 - پرستار موظف است جواب گرافی به رویت پزشک مربوطه برساند و در صورت در دسترس نبودن پزشک مربوطه به رویت پزشک مقیم رسانیده شود.
 - پرستار موظف است دستورات شفاهی و تلفنی پزشک را دریافت نموده و اجرا نماید.
 - پرستار موظف است نتایج مقادیر بحرانی و دستورات تلفنی را ثبت نماید و توسط مسئول شیفت و پرستار مربوطه امضاء شود.
 - در بیماران سرپایی در صورت وجود موارد بحرانی، مسئول شیفت وقت موظف به اطلاع رسانی (تلفن فوری) به پزشک مربوطه بیمار و جراح یا ثبت در دفتر با قید تاریخ و ساعت می باشد.
- منابع / مراجع: استانداردهای وزارت بهداشت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مهدی جعفری ندوشن فاطمه عمرانی	مسئول بخش تصویربرداری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد دستورالعمل:
۳	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۸/۸/۳۰	INS. 35

✓ **منابع و امکانات:** نیروی انسانی، فضای فیزیکی مناسب با تجهیزات، دستمال کاغذی، آب آشامیدنی

✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول مددکاری، مددکار، مدیر پرستاری، سرپرستار، پرستار، بهیار، روان شناس

✓ **تعاریف:**

✓ اخبار بد: هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می کند یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری و هیجانی در فرد می شود که اخبار بد را دریافت کرده است به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد.

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱- بیمارستان اخبار ناگوار را از ساعت ۷ صبح تا ۱۱ شب به اطلاع خانواده و همراهان بیمار می رساند و از ساعت ۱۱ شب الی ۷ صبح اطلاع رسانی انجام نمی شود.

۲- افراد واجد شرایط در خصوص اطلاع رسانی خبر ناگوار در کمیته اخلاق بالینی شناسایی شده و آموزش های لازم را در این زمینه دریافت نموده اند. این افراد شامل: سرپرستاران و مسئولین شیفت، سوپروایزرین، پزشکان معالج، مددکاران اجتماعی و روان شناس بیمارستان می باشد.

۳- در صورت بروز خبر ناگوار، سرپرستار با مسئول شیفت موظف است طی تماس تلفنی همراه یا خانواده بیمار را به بیمارستان فرا می خواند.

۴- در بسیاری از موارد همراه یا خانواده اصرار خواهند کرد که همان موقع (تماس تلفنی) علت و موضوع دقیق جلسه را به آنها بگویند. ضرورت دارد از ارائه همه یا بخشی از اطلاعات مربوطه به اخبار ناگوار به طور جدی اجتناب کنید. در پاسخ به اصرار های آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری این کار انجام شود.

۵- تشخیص و شناسایی فرد مناسب از نزدیکان بیمار که قرار است شنونده خبر ناگوار باشد به عهده سرپرستار یا مسئول شیفت است، که باید انجام دهد.

۶- در صورت آمادگی خانواده با حضور سرپرستار یا مسئول شیفت، سوپروایزر و در صورت امکان پزشک معالج در بخش (اتاق رست) خبر ناگوار اطلاع رسانی می گردد.

۷- در رابطه با بیمارانی که چگونگی اطلاع رسانی به همراه یا خانواده خیلی سخت و دشوار می باشد با تشخیص سرپرستار یا مسئول شیفت، مددکار بیمارستان و روان شناس در جلسه اطلاع رسانی خبر ناگوار شرکت می نمایند و در دفتر پرستاری این کار انجام می شود.

منابع / مراجع: پروتکل خدمات پایه مددکاری اجتماعی، تجربیات بیمارستان

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر عباس صادقی	مسئول مددکاری
	مژگان همتی	روانشناس
	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۲

محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/پیجر

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 36	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۲

✓ منابع و امکانات: بلندگو و سیستم پیجر، نیروی انسانی

✓ کارکنان مرتبط: روابط عمومی، مدیریت، مدیریت پشتیبانی، تأسیسات، مرکز تلفن

✓ هدف: ایجاد محیطی آرام به منظور جلب رضایت بیماران و همچنین مدیریت اطلاع رسانی در اسرع وقت

✓ شرح دستورالعمل:

- محدوده ساعت فعالیت پیجر در بیمارستان از ساعت ۷ الی ۲۲ می باشد.
- صدا/ سیستم اطلاع رسانی در تمامی نقاط بیمارستان با صدای ملایم و آرام بخش و بدون مزاحمت قابل شنیدن است.
- در خصوص محتوای پیج پرسنل تلفنخانه موظف است موارد زیر را رعایت نماید.
الف) در ساعت مغرب و ظهر صرفاً صدای اذان قابل پخش می باشد.
ب) کدهای احیا، بحران، سگته حاد قلبی و... از ساعت ۷ الی ۲۲ از طریق پیج و خارج از این زمان از طریق تماس تلفنی با تک تک اعضای گروه صورت می پذیرد.
- ج) پیج پزشک، رزیدنت، اینترن، پرستار، خدمات و دیگر پرسنل درمان با تشخیص سرپرستار/مسئول شیفت انجام می شود.
د) پیج شماره پلاک و سائل نقلیه پس از تماس واحد نگهبانی انجام می شود.
- در صورت خرابی دستگاه پیجر/ بلندگو یا ساعات غیرمجاز پرسنل تلفنخانه موظف است از طریق تماس تلفنی به افراد مربوطه اطلاع رسانی نماید.

منابع / مراجع: تجربیات بیمارستان

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	سعید احمدزاده	مدیر خدمات پشتیبانی
	حمیدرضا عبدالله زاده	مسئول تاسیسات
نایب‌کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۱

چگونگی شناسایی وضعیت استعمال دخانیات، مصرف الکل، وضعیت تغذیه، وضعیت روانی اقتصادی، اجتماعی و انجام مداخلات لازم، ارزیابی مجدد حین ترخیص یا در پایان مداخله

کد دستورالعمل:	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS. 37	۹۵/۸/۲۹	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۵

منابع و امکانات: کتابچه ها و بروشورها و سی دی های آموزشی، فرم های ارزیابی

کارکنان مرتبط: پزشکان، پرستاران

شرح دستورالعمل:

۱. پرستار موظف است فرم ارزیابی اولیه پرستاری را بلافاصله پس از بستری در بخش تکمیل نماید.
۲. پزشک یا پرستار موظف است بیمار بستری را از نظر عوامل خطر شامل مشکلات تغذیه‌ای و استعمال دخانیات و مصرف الکل، وضعیت روانی، وضعیت اسکلتی بررسی نماید.
۳. پرستار هر بخش موظف است مشکلات تغذیه بیماران را ارزیابی و بیماران نیازمند به مشاوره تغذیه یا تنظیم محلول گاوژ به کارشناس تغذیه معرفی کند.
۴. کارشناس تغذیه موظف است آموزش‌های لازم در زمینه اصلاح عملکرد تغذیه‌ای را به بیماران ارجاع دهنده یا همراهان بیمار بدهد و از مواد آموزشی استفاده نماید.
۵. کارشناس تغذیه موظف است میزان یادگیری فرد را در پایان مشاوره ارزیابی کند و در صورت نیاز آموزش مجدد ارائه گردد.
۶. کارشناس تغذیه موظف است محلول گاوژ بیماران ارجاع شده را تنظیم کند و هر روز بیمار را ارزیابی و پیگیری نماید.
۷. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت وجود موارد زیر بیمار را به روانشناس ارجاع دهد:
 - ۱- مصرف مواد مخدر ۲- مصرف سیگار ۳- سابقه مراجعه به روانپزشک ۴- بی‌قراری و آژیته بودن بیمار و یا بی‌حالی و درماندگی بیش از حد ۵- اخیراً سوگ را تجربه کرده است ۶- زود عصبانی و بی‌حوصله می‌شود ۷- مشکلات ارتباطی دارد ۸- احساس فشار روانی و استرس دارد ۹- عدم تبعیت از درمان (دارو نخوردن و ...) ۱۰- داشتن شغل پر استرس

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۸. کارشناس روانشناسی موظف است بیمار ارجاع شده را از نظر استرس، اضطراب و افسردگی ارزیابی و در پرونده بیمار ثبت نماید.
۹. کارشناس روانشناسی موظف است آموزشهای لازم در زمینه مشکلات روانی را به بیمار یا همراه وی بدهد و از مواد آموزشی استفاده نماید.
۱۰. کارشناس روانشناسی موظف است در صورت نیاز بیمار به مددکاری اجتماعی و یا متخصص روانپزشکی به پرستار مربوطه اطلاع دهد.
۱۱. کارشناس روانشناسی موظف است میزان یادگیری فرد را در پایان مشاوره ارزیابی کند و در صورت نیاز آموزش مجدد ارائه گردد.
۱۲. پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت نیاز بیمار به مشاوره روانپزشکی یا مددکاری اجتماعی پیگیریهای لازم را انجام دهد.
۱۳. پرستار مسئول بیمار موظف است بیمار را از نظر اعتیاد به مواد مخدر، مصرف الکل و سیگار بررسی کند و به مددکار اجتماعی و کارشناس روانشناسی ارجاع دهد.
۱۴. مددکار اجتماعی موظف است بیماران ارجاع شده را از نظر مشکلات اقتصادی، اجتماعی و علت ارجاع بررسی کند.
۱۵. مددکار اجتماعی موظف است آموزشهای لازم را در مورد ترک سیگار و الکل و مواد مخدر به بیماران ارجاع شده بدهد و از مواد آموزشی استفاده نماید.
۱۶. مددکار اجتماعی موظف است بیماران را بعد از شناسایی به مرکز ترک سیگار افشار ارجاع دهد.
۱۷. مددکار اجتماعی موظف است میزان یادگیری فرد را در پایان مشاوره ارزیابی کند و در صورت نیاز آموزش ارائه گردد.
۱۸. پرستار یا پزشک مسئول بیمار موظف است در صورت مشکلات اسکلتی-عضلانی به فیزیوتراپ ارجاع دهد.
۱۹. فیزیوتراپ موظف است بیمار را از نظر وضعیت اسکلتی-عضلانی بررسی کند و در پرونده ثبت کند.
۲۰. فیزیوتراپ موظف است آموزش فعالیت بدنی مناسب در منزل را طبق نظر پزشک به بیمار یا همراه وی ارائه دهد.
۲۱. فیزیوتراپ موظف است میزان یادگیری فرد را در پایان مشاوره ارزیابی کند و در صورت نیاز مجدداً آموزش ارائه گردد.
۲۲. پرستار مربوطه موظف است بصورت ماهیانه اثربخشی آموزشهای حین بستری را ارزیابی کند.
۲۳. مسئول ارتقاء سلامت موظف است ماهیانه میانگین اثربخشی آموزشهای حین بستری بخشهای مختلف را اندازه گیری کند و به مسئولین بیمارستان ارائه دهد.
۲۴. مسئول ارتقاء سلامت موظف است با توجه به میانگین اثربخشی آموزشهای حین بستری در جهت بهبود و ارتقاء مواد آموزشی و آموزشهای داده شده اقدامات کاربردی انجام دهد.
۲۵. پرستار مسئول آموزش به بیمار موظف است در مورد علل بیماری، فاکتورهای تشدیدکننده، علائم هشداردهنده، اقدامات درمانی و سایر فعالیتهای آموزشهای لازم را به بیمار یا همراه وی ارائه دهد و در پرونده بیمار ثبت کند.
۲۶. پرستار مسئول موظف است میزان یادگیری فرد را در پایان مشاوره ارزیابی کند و در صورت نیاز آموزش مجدد ارائه گردد.
۲۷. پرستار مسئول بیمار موظف است فرم ترخیص ایمن که شامل اطلاعات مورد نیاز بیمار در منزل است به وی تحویل دهد.
۲۸. رزیدنت یا متخصص مربوطه موظف است نحوه مصرف، فواید و عوارض داروها را به بیمار آموزش دهد.
۲۹. رزیدنت یا متخصص مربوطه موظف است میزان یادگیری فرد را ارزیابی کند و در صورت نیاز، آموزش مجدد ارائه گردد.
۳۰. رزیدنت یا متخصص مربوطه موظف است زمان و مکان مراجعه به پزشک پس از ترخیص را به بیمار توضیح دهد.

منابع / مراجع: کتاب AHA/CVVPR

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حکیمه دادرس	پرستار بازتوانی
	راضیه حیدری	پرستار
	فاطمه پورصباغیان	سرپرستار بخش قلب ۱
تایید کننده	دکتر مهدیه قنبری	مسئول ارتقاء سلامت
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

چگونگی شناسایی نیازهای آموزشی بیماران در ارتقاء سلامت

کد دستورالعمل	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS.38	۹۶/۱۰/۲	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۴

منابع و امکانات: مصاحبه، انجام بحث گروهی متمرکز، یادداشت در عرصه.

کارکنان مرتبط: پزشکان، پرستاران، تیم مطالعه کیفی، تیم توانبخشی، مدیران بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه

شرح دستورالعمل:

۱. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است نیاز آموزشی بیماران مزمن در گروه های مختلف بیماران مورد ارزیابی قرار دهد.
۲. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است نیاز آموزشی بیماران مزمن در گروه همراه بیماران مورد ارزیابی قرار دهد.
۳. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است نیاز آموزشی بیماران مزمن در گروه پرستاران بخش های بستری مورد ارزیابی قرار دهد.
۴. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است نیاز آموزشی بیماران مزمن در گروه پزشکان معالج مورد ارزیابی قرار دهد.
۵. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است نیاز آموزشی بیماران مزمن در گروه مدیران بیمارستان و معاونت درمان دانشگاه مورد ارزیابی قرار دهد.
۶. مسئول ارتقاء سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است، بعد از آنالیز نتایج مداخلات مورد نیاز را طراحی کند.
۷. سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان با همراهی تیم مطالعات کیفی موظف است، بعد از انجام مداخلات اثر بخشی اقدامات انجام شده را ارزیابی کند.

منابع / مراجع: کتاب Basics of Qualitative Research

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر مهدیه فنبری	مسئول ارتقاء سلامت
	فاطمه بوستانی	مسئول بهبود کیفیت
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

کنترل کیفیت آب، تجهیزات و منابع جایگزین آن

کد دستورالعمل	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
INS.39	۹۶/۱۲/۸	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۴

✓ **منابع و امکانات:** مسئول بهداشت محیط، دستگاه کلریناتور، کارکنان تأسیسات

✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول بهداشت محیط، کارکنان تأسیسات

✓ **شرح دستورالعمل:**

۱. مسئول بهداشت محیط موظف است روزانه از نقاط مختلف (۳ نقطه) بیمارستان کلرسنجی انجام دهد در صورتی که کلر آب پایین باشد باید اقدامات لازم جهت بالا بردن کلر را انجام دهد. (استفاده از دستگاه کلریناتور) و کلیه مستندات را بایگانی نماید.
 ۲. مسئول بهداشت محیط موظف است اطمینان حاصل نماید که کلر ورودی مخزن ذخیره در حد استاندارد (۰/۲ تا ۰/۸) باشد در صورتی که از این حد پایین تر باشد باید به مرکز بهداشت شهرستان گزارش دهد.
 ۳. مسئول بهداشت محیط موظف است به صورت ماهیانه حداقل ۵ نمونه آب به صورت رندوم از نقاط مختلف بیمارستان نمونه برداری میکروبی با شرایط بهداشتی لازم را انجام دهد و نمونه‌ها را باید برای انجام آزمایش به آزمایشگاه آب ارجاع نماید و نتایج حاصل از آزمایشات را به صورت مستند بایگانی نماید.
 ۴. مسئول بهداشت محیط موظف است به صورت فصلی نمونه برداری شیمیایی انجام دهد و در صورت عدم تطابق آزمایشات با استاندارد، پیگیری و مداخلات اصلاحی را انجام دهد.
 ۵. مسئول بهداشت محیط موظف است از مخزن ذخیره اختصاصی آب که در گردش می‌باشد کلرسنجی روزانه و نمونه برداری شیمیایی و میکروبی انجام دهد و سوابق آن را بایگانی نماید.
 ۶. مسئول بهداشت محیط موظف است سوابق برآورد آبی مورد نیاز بیمارستان و تناسب ظرفیت مخزن با نیاز آبی بیمارستان در ۲۴ ساعت را بایگانی نماید.
 ۷. کارکنان تأسیسات موظفند در صورتی که مخزن ذخیره آب تعمیر شده یا جدیدالاحداث باشد طبق جدول زیر گندزدایی را انجام دهند:
- قبل از گندزدایی، جدار داخلی مخازن با برس سیمی تمیز و شست و شو گردد و با توجه به حجم مخزن به ازای هر مترمکعب ۴۳ گرم پرکلرین ۷۰ درصد به صورت محلول آماده نمود.
 - بعد از این مرحله چندین بار با آب، مخزن را شستشو دهند و طبق جدول زیر مقدار کلر مورد لزوم محاسبه گردد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

حجم مخزن به مترمکعب	درصد خلوص کلر	کلر مورد مصرف به کیلوگرم	ساعت ماندگاری
۱۰۰	۷۰	۴/۳	۱۲
۲۰۰	۷۰	۸/۶	۱۲

✓ منابع / مراجع: دستورالعمل‌های بهداشت محیط

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیده زارع	مسئول بهداشت حرفه ای
	مهناز صالح پور	مسئول بهداشت محیط
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۲