

AFH/PRO/03	کد
۹۵/۹/۱۰	تاریخ تدوین
۱۴۰۳/۰۲/۰۱	تاریخ بازنگری
۶	شماره بازنگری

فهرست روش اجرایی های بیمارستان

- ۲..... نحوه ی گزارش دهی حوادث بیمارستان
- ۵..... نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
- ۶..... کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرآیند
- ۸..... روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (backup)
- ۱۰..... روشهای پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان
- ۱۲..... دستورات تلفنی / شفاهی و عمل بر اساس آن
- ۱۴..... اطمینان از صحت استریلیتی اقلام استریل شده
- ۱۶..... پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار
نحوه ی گزارش دهی حوادث بیمارستان

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد روش اجرایی
۵	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۹/۱۰	PRO. 1

✓ **دامنه:** کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

✓ **تعاریف:**

رویداد: اتفاقی که منجر به یک حادثه شده و یا پتانسیل منجر شدن به یک حادثه را داشته باشد.
حادثه: اتفاق ناخواسته ای که منجر به مرگ، بیماری، صدمه، زیان، عوارض زیست محیطی و سایر خطرات گردد.
اقدام اصلاحی: اقدامی که به منظور حذف علل عدم انطباق کشف شده یا سایر وضعیت های نامطلوب صورت می پذیرد.
اقدام پیشگیرانه: اقدامی که به منظور حذف علل عدم انطباق بالقوه یا سایر وضعیت های بالقوه نامطلوب صورت می پذیرد.
ارزیابی ریسک: فرآیند ارزیابی ریسک های حاصله از خطرها با در نظر گرفتن کفایت تمامی کنترل های موجود و تصمیم گیری در این باره که ریسک ها قابل قبول می باشند یا خیر.

✓ **صاحبان فرایند:** مسئول بهداشت حرفه ای، مدیر پشتیبانی، مسئول تاسیسات، مسئول ساختمان

✓ **ذینفعان:** پرسنل، بیماران، مراجعان و همراهان

✓ **منابع و امکانات:** فرم گزارش حوادث و شبه حوادث بیمارستان

✓ **هدف:**

جلوگیری از وقوع حوادث ناخواسته و خطر آفرین و مشخص بودن مسئولیتهای اشخاص و افراد در زمان وقوع حوادث

✓ **روش اجرایی:**

کلیه کارکنانی که در رابطه با حادثه اتفاق افتاده اطلاعاتی دارند، این اطلاعات را در اختیار تیم مدیریت خطر و ایمنی قرار می دهند.

مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان فرم ثبت حوادث و موقعیت های خطر آفرین و دستورالعمل نحوه تکمیل آن را تهیه و بصورت سالانه بازنگری می کند.

مسئول بهداشت حرفه ای نحوه صحیح تکمیل فرم ها و لزوم ثبت حوادث و موارد ناایمن را به مسئولین بخش ها و پرسنل آموزش می دهد.

مسئول بخش و مسئول اورژانس و سوپروایزر کشیک در صورت وقوع حوادث یا مشاهده موارد ناایمن فرم مربوطه را تکمیل و به واحد بهداشت حرفه ای ارسال می کند.

مسئول بهداشت حرفه ای فرم های حوادث ارسالی از بخش ها را ارزیابی و بررسی کرده و در صورت نیاز نسبت به تدوین اقدام اصلاحی و پیشگیرانه اقدام می نماید.

مسئول بهداشت حرفه ای موارد ناایمن و حوادث گزارش شده را در کمیته مدیریت خطر و حوادث بررسی و در دستورکار قرار می دهد.

پس از تبادل نظر در جلسه از کل حادثه بازدید نموده و در صورت لزوم با افراد ذیل مصاحبه می نماید:

افرادی که قبل از وقوع حادثه در محل بوده اند.

فرد یا افراد آسیب دیده.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

افرادی که پس از وقوع حادثه بلافاصله به محل رسیده اند.

کمیته مدیریت خطر و حوادث بر پایه مشاهدات مستقیم و نتایج حاصل از مصاحبه های انجام شده و نیز تبادل نظر، پاسخ سوالات زیر را مشخص می نماید:

چرا حادثه اتفاق افتاده است؟

مهمترین دلیل وقوع حادثه چه بوده است؟

سایر دلایل ممکنه

پس از بررسی های بعمل آمده و تعیین اصلی ترین عامل وقوع حادثه، مسئول بهداشت حرفه ای فرم ثبت حوادث و فرم ثبت نتایج واکنش در شرایط اضطراری را در کمیته خطر و حوادث تکمیل می کند.

این گزارش در برگیرنده اطلاعات زیر می باشد:

الف) مشخصه های حادثه:

زمان و مکان وقوع حادثه

عوامل دخیل در حادثه (نفر، ماشین، ابزار، شرایط محیطی و...)

پرسنل مستقیم و شاهدان حادثه

ب) تشریح حادثه:

تعداد روزکاری از دست رفته

نوع حادثه

عامل یا منبع حادثه (آزادشدن انرژی، مواد خطرناک و...)

ج) تجزیه و تحلیل حادثه (چرا و چگونه؟)

علل مستقیم (منابع انرژی، مواد خطرناک و...)

دلایل غیرمستقیم (فعالیت ها و شرایط غیرایمن)

دلایل بنیادین (سیاست های سازمان، عوامل انسانی و محیطی)

د) توصیه ها برای اقدامات عاجل، کوتاه مدت و بلند مدت برای مقابله با علل مذکور

گزارش بررسی حوادث از طریق کمیته مدیریت خطر به مدیریت بیمارستان منتقل شده تا در صورت نیاز دستورات لازم بر روی این گزارش حاشیه نویسی گردد. مدیریت داخلی بیمارستان مسئولیت دارد این اقدامات را به افراد / واحد های مسئول بیمارستان ابلاغ نموده و برحسب انجام کار نظارت نماید.

پرونده هر حادثه ای که در بیمارستان اتفاق می افتد با اعمال اقدامات زیر بسته می گردد:

حصول اطمینان از اثربخشی اقدامات انجام شده

تهیه خلاصه گزارش حادثه، ارزیابی آن و ابلاغ به واحدهای مختلف بیمارستان به منظور ارتقاء آگاهی افراد

جبران خسارت وارده

ارسال گزارش حادثه به مراجع قانونی

در خصوص گزارش موارد نا ایمن اقدامات ذیل انجام می گردد:

در صورتی که موارد نا ایمن گزارش شده نیاز به اقدام سریع دارد مسئول بهداشت حرفه ای ضمن تماس تلفنی با مسئول مربوطه راهکار رفع آن را بررسی می کند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

همچنین در خصوص گزارش حوادث و موارد نا ایمن مواردی که نیاز به اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه دارد فرم اقدام اصلاحی و پیشگیرانه توسط مسئول بهداشت حرفه ای تکمیل و در خصوص مشخص شدن زمان و چگونگی رفع عدم انطباق به توافق می رسند. و حصول نتیجه و رفع آن توسط کارشناس حوادث به تایید واحد بهبود کیفیت و مدیریت می رسد.

✓ **منابع / مراجع:** راهنمای ارزیابی خطر بلایا در بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیده زارع	مسئول بهداشت حرفه ای
	لیلا باغعلیشاهی	سوپروایزر
	فاطمه واقفی	سرپرستار اورژانس
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد روش اجرایی
۸	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۸/۲۰	PRO. 2

✓ **دامنه:** کل بخش های بالینی مدیریت بیمارستان

✓ **تعاریف:** تعامل بین بخشی: ارتباط بین بخش های بیمارستان به منظور تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران

✓ **صاحبان فرایند:** سوپروایزرها- پرستاران- پرسنل واحد آزمایشگاه- پرسنل واحد رادیولوژی- پرسنل داروخانه- پرسنل واحد دیالیز- پرسنل واحد تأسیسات

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** آمبولانس، تجهیزات مرتبط، نیروی انسانی

✓ **هدف:** هماهنگی کارکنان واحدها در جهت ارائه خدمات مناسب به گیرنده خدمت

✓ **روش اجرائی:**

- ۱- نظارت بر انتقال بیمار پس از دستور پزشک معالج با رعایت استانداردهای ایمنی بیمار از بخش به بخش دیگر توسط مسئول شیفت، صورت می پذیرد.
- ۲- هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر در صورتی که بیمار نیاز به همراه داشته باشد، مسئول شیفت قبل از انتقال بیمار هماهنگی لازم را با خانواده بیمار جهت تأمین همراه انجام می دهد.
- ۳- مسئول شیفت در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی، هماهنگی لازم را با بخش های پشتیبان تعیین شده انجام داده و با تحویل رسید تجهیزات مورد نیاز خود را تأمین می نماید.
- ۴- سوپروایزر در صورت افزایش حجم کاری در بخش ها نسبت به تأمین نیروی انسانی به صورت فراخوان یا جابجایی افراد مورد نیاز بخش اقدام می نماید.
- ۵- با نظارت سوپروایزر وقت در صورت نیاز به انجام تصویربرداری (رادیولوژی، سی تی آنژیو، سی تی اسکن و...) هماهنگی لازم با واحد تصویربرداری را انجام می دهد و آن واحد موظف به انجام کار در کوتاه ترین زمان ممکن می باشد.
- ۶- با نظارت سوپروایزر، پرسنل واحد آزمایشگاه می بایست در صورت مشاهده نتایج بحرانی آزمایشات، مستقیماً از طریق (هات لاین) طبق دستورالعمل مربوطه به اطلاع پرستار مسئول بخش مورد نظر می رساند.
- ۷- در صورت نیاز بیمار به دیالیز در صورتی که از نظر پزشک محدودیتی برای انتقال بیمار وجود نداشته باشد به مرکز دیالیز زارچ منتقل می شود و در غیر این صورت بیمار در CCU بیدمشکی توسط فرد آنکال مربوطه و با دستگاه موجود در بیمارستان دیالیز انجام میشود.
- ۸- با توجه به اینکه در این مرکز یونیت دوز (Unit-Dose) انجام میشود داروخانه در صورت نیاز بخشها به دارو و لوازم پزشکی آمادگی لازم برای تهیه و تحویل موارد ذکر شده را دارد.
- ۹- در صورتی که پرسنل بخشها از نظر علمی در زمینه دارو سوال داشتند مسئول فنی داروخانه (با هماهنگی پزشکان داروساز) آمادگی پاسخگویی به سوالات را دارد.
- ۱۰- در صورت بروز هر مشکل تاسیساتی مسیول بخش از طریق سامانه CMMS درخواست مربوطه اعلام می گردد و مسئول با واحد تأسیسات تا حل شدن مشکل مربوطه در ارتباط است.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۱- مسئول تأسیسات طبق برنامه بخشها را بازدید نموده و در صورت وجود مشکل تأسیساتی پیگیری می نماید.

✓ **منابع / مراجع:** دستورالعمل اعزام و شرح وظایف وزارت

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	لیلا باغلیشاهی	سوپروایزر
	ناهید سالاری	سوپروایزر
	مهدی جعفری	مسئول رادیولوژی
	رضا کلاتتری	مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۵

کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرآیند

کد روش اجرایی	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
PRO. 3	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۳

دامنه: پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

تعاریف: کنترل داده های ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی

صاحبان فرآیند: پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

منابع و امکانات: سیستم اطلاعات بیمارستانی، سامانه سپاس، سامانه ترافیکی، پرونده پزشکی، مدارک شناسایی بیمار

هدف:

- اطمینان از ثبت صحیح داده ها
- عدم دسترسی همگانی به داده های ثبت شده

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- تعیین صحت داده های ثبت شده

روش اجرایی:

- مسئول پذیرش در زمان تشکیل پرونده با استفاده از کارت شناسایی معتبر بیمار را پذیرش کرده و با استفاده از کد ملی مشخصات هویتی بیمار را از سامانه استعلام هویت و استحقاق سنجی استعلام می نماید تا از صحت ثبت اطلاعات هویتی بیمار اطمینان حاصل نماید.
- منشی بخش با ورود بیمار به بخش درمانی هر خدمتی که به بیمار ارائه می شود در سیستم اطلاعات بیمارستان ثبت نماید مسئول بخش نیز از صحت آن اطلاعات اطمینان حاصل می نماید.
- کاربران بخش های پاراکلینک با دقت داده های پاراکلینیکی را در سیستم ثبت نمایند و مسئولین بخشهای پاراکلینیکی با بررسی داده های ثبت شده از صحت آنها اطمینان حاصل نمایند.
- قبل از ترخیص بیمار، منشی بخش با استفاده از چک لیست ممیزی پرونده داده های ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی و داده های موجود در پرونده از نظر کیفی و کمی مورد بررسی قرار دهد سپس مسئول بخش موظف است پس از اطمینان از صحت کل داده های موجود در پرونده و سیستم اطلاعات بیمارستان در پایین برگ پذیرش محل مهر و امضای سرپرستار را مهمور به مهر و امضاء نمایند.
- منشی بعد از ترخیص بیمار پرونده بیمار را قبل از تحویل به واحد ترخیص پرونده بیمار را تحویل کارشناس بررسی کننده صحت اطلاعات تحویل نمایند.
- کارشناسی بررسی کننده تمامی اطلاعات پرونده را از نظر کمی و کیفی هم در پرونده پزشکی و هم در سیستم اطلاعات بیمارستانی بررسی نمایند نقص موجود بود به بخش عودت داده شود تا تکمیل گردد و اگر در حال حاضر امکان تکمیل نیست نقص موجود با برجسب بر روی پرونده بچسبانده تا بعداً رفع عیب گردد و در صورت کامل بودن به واحد ترخیص ارسال شود.
- پرسنل واحد ترخیص نیز موظف هستند ضمن محاسبه پرونده از اطلاعات پرونده و سیستم مخصوصاً اطلاعات درآمدی اطمینان حاصل نمایند.
- بعد از محاسبه پرونده ۲ نفر به عنوان فیلتر پرونده های ترخیص را بررسی می نمایند که موظف هستند تا با دقت مضاعف کلیه داده های را بررسی نمایند و صحت داده های درآمدی را تایید نمایند.

منابع / مراجع: تجربه سازمانی و ضوابط اداری

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

ویرایش: ۲

روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (backup)

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد روش اجرایی:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۴/۸/۲۰	PRO.4

✓ **دامنه:** واحد فناوری اطلاعات

✓ **تعاریف:** سامانه های نرم افزاری متمرکز، سامانه هایی هستند که بصورت یکپارچه توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد راه اندازی شده و توسط کارشناسان فناوری اطلاعات حوزه ستادی مدیریت و راهبری می شوند. سامانه های نرم افزاری اختصاصی سامانه هایی هستند که بصورت محلی در بیمارستان راه اندازی شده و توسط واحد فناوری اطلاعات بیمارستان پشتیبانی می شوند.

✓ **صاحبان فرایند:** کارکنان واحد فناوری اطلاعات

✓ **ذینفعان:** بیمار، کلیه پرسنل اداری و درمانی

✓ **منابع و امکانات:** تجربه بیمارستان، دستورات مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه، مصوبات شورای فاوا و کمیته فنی IT. هدف: به منظور افزایش ضریب صحت و امنیت داده های سامانه های نرم افزاری مورد استفاده در بیمارستان خصوصاً سامانه های مرتبط با ارائه خدمات سلامت، بیمارستان با هدف کاهش احتمال از دست رفتن داده ها در صورت بروز حوادث غیر مترقبه، اشکالات سخت افزاری و نرم افزاری و مشکلات پیش بینی نشده در زمان بروزرسانی سامانه های نرم افزاری، از روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (backup) اطمینان حاصل می کند.

✓ **روش اجرایی:**

- ۱- کارکنان واحد فناوری اطلاعات بیمارستان موظف اند به عنوان یک رابط فنی صرفاً نسبت به پاسخگویی، کشف و پیگیری رفع اشکالات کاربران سامانه های متمرکز در بیمارستان اقدام نمایند. حفظ امنیت و تهیه نسخ پشتیبان سامانه های متمرکز توسط کارشناسان حوزه ستادی صورت گرفته و کارکنان واحد فناوری اطلاعات بیمارستان در این خصوص مجاز به دخالت نمی باشند.
- ۲- کارکنان واحد فناوری اطلاعات بیمارستان موظف اند در هر روز کاری دو نسخه پشتیبان کامل (ساعت ۶ صبح و ۴ عصر) از اطلاعات سامانه های نرم افزاری اختصاصی بیمارستان (مانند HIS) تهیه نموده و پس از فشردن سازی اطلاعات مذکور، آنها را بر روی یک حافظه جانبی مطمئن (مانند هارد یا DVD) ذخیره نمایند.
- ۳- کارکنان واحد فناوری اطلاعات موظف اند بلافاصله پس از تهیه نسخه پشتیبان روزانه نام و نام خانوادگی، تاریخ و ساعت تهیه نسخه پشتیبان و شماره دیسک را در فرم مخصوص درج نمایند.
- ۴- مسئول واحد فناوری اطلاعات موظف است بصورت روزانه مستندات (فرم مندرج در خط مشی ۳) و نسخ پشتیبان را بررسی نموده و پس از حصول اطمینان از صحت داده ها دیسک های مربوطه را در محلی امن و بدور از هرگونه آسیب محیطی (مانند رطوبت و حرارت و...) و دور از دسترسی غیرمجاز افراد غیرمسئول نگهداری نماید.
- ۵- مسئول واحد فناوری اطلاعات جهت افزایش ضریب امنیت موظف است، بصورت ماهانه یک نسخه کامل از پایگاه داده سامانه های اختصاصی بیمارستان تهیه نموده و برای نگهداری در اختیار واحد حراست بیمارستان قرار دهد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۶- مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان موظف است در صورت بروز هرگونه اشکال در پایگاه داده سامانه های اختصاصی بیمارستان، نسبت به تهیه نسخه پشتیبان از پایگاه داده معیوب اقدام و با هماهنگی مدیر بیمارستان و مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه در اسرع وقت نسبت به بازیابی آخرین نسخه پشتیبان و راه اندازی فوری سامانه اقدام نماید. ضمناً وی موظف است ضمن پیگیری جهت رفع اشکال یا مغایرت احتمالی، اطلاعات معیوب را در اختیار شرکت پیمانکار یا مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه قرار داده و رسید دریافت نماید.

منابع / مراجع: تجربه های بیمارستان، دستورالعملهای ابلاغی وزارت مطبوع و راهنمای اعتباربخشی.

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	محمد رضا رفیعی	مسئول واحد فناوری اطلاعات
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رییس بیمارستان

ویرایش: ۴

روشهای پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان

شماره بازنگری:	تاریخ بازنگری:	تاریخ تدوین:	کد روش اجرایی:
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۸/۲۰	PRO. 5

✓ **دامنه:** واحد فناوری اطلاعات

✓ **تعاریف:** سامانه های نرم افزاری متمرکز سامانه هایی هستند که بصورت یکپارچه توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد راه اندازی شده و توسط کارشناسان فناوری اطلاعات حوزه ستادی مدیریت و راهبری می شوند. سامانه های نرم افزاری اختصاصی سامانه هایی هستند که بصورت محلی در بیمارستان راه اندازی شده و توسط واحد فناوری اطلاعات بیمارستان پشتیبانی می شوند.

✓ **صاحبان فرایند:** کارکنان واحد فناوری اطلاعات

✓ **ذینفعان:** بیمار، کلیه پرسنل اداری و درمانی

✓ **منابع و امکانات:** تجربه بیمارستان، دستورات مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه، مصوبات شورای فاوا و کمیته فنی IT.

✓ **هدف:** به منظور تسهیل در بکارگیری ابزار فناوری اطلاعات و ارتباطات در افزایش سطح کیفی ارائه خدمات در حوزه سلامت، بیمارستان با هدف پاسخگویی فوری به نیازهای کاربران سامانه های سخت افزاری و نرم افزاری بیمارستان و رفع اشکالات آنان در اسرع وقت در جهت تسهیل در بکارگیری سامانه های مذکور، از روشهای پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان اطمینان حاصل می کند.

✓ **روش اجرایی:**

۱. کارکنان واحد فناوری اطلاعات بیمارستان به عنوان یک رابط فنی نسبت به پشتیبانی فنی، پاسخگویی به سوالات کارکنان، انعکاس نیازهای جدید، درخواستها و پیگیری رفع اشکالات کاربران (در خصوص سامانه های متمرکز به مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه و در خصوص سامانه های غیر متمرکز به پیمانکار مربوطه) اقدام می نمایند.

۲. مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان درخواستهای خرید تجهیزات ارسالی مرتبط با فناوری اطلاعات را بررسی نموده و پس از احراز نیاز واحد نسبت تایید آن با توجه به استانداردهای اعلام شده از سوی مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه اقدام نمایند. تجهیزات مذکور پس از تهیه و تحویل آن به مسئول واحد مربوطه باید توسط کارکنان واحد فناوری اطلاعات یا با نظارت آنان توسط شرکت پیمانکار نصب و راه اندازی می گردد.

۳. کارکنان واحد فناوری اطلاعات موظفاند بدلائل امنیتی حتی الامکان نسبت به انجام تعمیرات نرم افزاری و سخت افزاری در داخل بیمارستان اقدام نمایند.

۴. کارکنان واحد فناوری اطلاعات موظفاند پس از راه اندازی هر دستگاه رایانه در یکی از واحدهای تابعه بیمارستان نسبت به انجام کلیه تنظیمات نرم افزاری جهت استفاده از سامانه های متمرکز دانشگاه (مانند اتوماسیون اداری، سامانه تردد، آنتی ویروس، نظام نوین مالی، سامانه پرسنلی، ارزیابی عملکرد و...) با توجه به نوع نیاز کاربران واحد اقدام نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۵. مسئول واحد فناوری اطلاعات موظف است با هماهنگی مدیر بیمارستان، مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه و مسئول آموزش بیمارستان پیگیری لازم جهت برگزاری دوره‌های آموزشی پرسنل جهت استفاده از سامانه‌های نرم افزاری بیمارستان را صورت دهد.

۶. مسئول واحد فناوری اطلاعات موظف است با همکاری کارکنان واحد فناوری اطلاعات بیمارستان در صورت انجام هرگونه تغییرات در سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی (HIS) یا سایر سامانه‌های اختصاصی بیمارستان آموزشهای لازم (از طریق تهیه و ارسال فیلم آموزشی، جزوات چاپی یا فایل PDF) را در اختیار پرسنل بیمارستان قرار دهد.

۷. واحد فناوری اطلاعات با توجه به نیازهای نرم‌افزاری، اقدام به اپگرید سخت افزار (با توجه به شرایط اقتصادی) سیستم‌های مورد استفاده نماید.

منابع / مراجع: تجربه‌های بیمارستان، دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت مطبوع و راهنمای اعتباربخشی.

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	محمد رضا رفیعی	مسئول واحد فناوری اطلاعات
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رییس بیمارستان

ویرایش: ۴

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار
دستورات تلفنی / شفاهی و عمل بر اساس آن

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد روش اجرایی
۶	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۰۹/۰۴	PRO. 6

✓ **دامنه:** بخش های بالینی

✓ **تعاریف:** دستور تلفنی: دستور دارویی و یا مراقبتی که تلفنی و شفاهاً بدون ثبت در پرونده توسط پزشکان جهت ادامه درمان در زمان فوریت ها داده می شود.

✓ **صاحبان فرایند:** پزشکان، پرستاران

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** تلفن

✓ **هدف:** ارائه خدمت درمانی در اسرع وقت و با کیفیت در مواقعی که حضور پزشک مقدور نمی باشد.

✓ **روش اجرایی:**

۱. پرستار/ماما مسئول بیمار در صورت نیاز به گزارش شفاهی وضعیت بیمار به پزشک معالج یا رزیدنت مقیم، مسئول شیفت را مطلع می نماید.
۲. پرستار/ماما مسئول بیمار، در حضور پرستار دوم با پزشک مربوطه تماس حاصل می نماید.
۳. پرستار/ماما مسئول بیمار در حضور پرستار دوم طی تماس تلفنی شرح حال دقیقی در ارتباط با وضعیت بیمار، جواب اقدامات پاراکلینیکی، اطلاع از انجام مشاوره و... به پزشک گزارش می نماید.
۴. پرستار/ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت (با قرار دادن تلفن روی آیفون و یا تکرار دستورات پزشک با صدای بلند) دستورات لازم را از پزشک اخذ می نماید.
۵. پرستار/ماما بیمار 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 می نماید.
۶. پرستار/ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت، دستورات ثبت شده شفاهی را کنترل و هر دو مهر و امضاء می نمایند.
۷. پرستار/ماما مسئول بیمار در حضور پرستار دوم دستورات را وارد کاردکس می نماید.
۸. پرستار/ماما مسئول بیمار، دستورات اخذ شده را به نحو صحیح و کامل جهت بیمار انجام می دهد.
۹. پرستار/ماما مسئول بیمار 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 می نماید.
۱۰. مسئول شیفت، 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 می نماید.
۱۱. پزشک در اولین حضور خود بر بالین بیمار دستورات شفاهی ثبت شده را مهر و امضاء می نماید.
۱۲. سرپرستار بخش نظارت می نماید که دستورات شفاهی همراه با مهر و امضاء دو پرستار/ماما باشد.

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	مریم دشتیان نژاد	سرپرستار بخش ارتوپدی جراحی
	زهره محبوبی	سرپرستار ICU بشردوست
	حمیده دشتی	سرپرستار CCU بهپور
	سیده طاهره حسینی	سرپرستار جراحی قلب
تأیید کننده	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۴

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار
اطمینان از صحت استریلیتی اقلام استریل شده

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد روش اجرایی
۷	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۶/۹/۱۱	PRO. 7

✓ **دامنه:** بخش CSSD و کلیه بخشهای درمانی

✓ **تعاریف:** استریلیزاسیون: روش فیزیکی یا شیمیایی که توانایی از بین بردن مطلق کلیه عوامل میکروبی را داراست

✓ Eto: اتیلن اکساید

✓ **صاحبان فرایند:** پرسنل CSSD و کلیه بخشهای درمانی

✓ **ذینفعان:** بیماران و پرسنل بخشهای درمانی

✓ **منابع و امکانات:** اندیکاتورهای شیمیایی و بیولوژیک، دستگاههای اتوکلاو، اتیلن اکساید، پلاσμα، دستگاه سیلر-کاغذ

ویوپک شانهای پارچه ای- ظروف درب دار حمل اقلام

✓ **هدف:** اطمینان از صحت استریلیتی اقلام استریل شده مورد استفاده جهت بیمار

✓ **روش اجرائی:**

۱- پرسنل CSSD، پس از پک کردن ست ها و وسایل بیماران نسبت به درج مشخصات کامل (تاریخ استریل شدن، تاریخ انقضاء، فرد مسئول بسته بندی، سیکل بارگذاری و شماره دستگاه) بر روی بسته ها اقدام می نمایند.

۲- پرسنل CSSD با توجه به شرایط موجود در بیمارستان و با توجه به تایید کمیته کنترل عفونت تاریخ اقلام استریل شده را به شرح زیر روی اقلام ثبت می نمایند:

دستگاه استریلايزر	نوع بسته بندی	تعداد لایه	بازه زمانی
اتوکلاو بخار	پارچه ای	دو لایه	دو هفته
	ویوپک	یک لایه	یک ماه
		دو لایه	دو ماه
پلاσμα	کاغذ کرپ	یک لایه	یک ماه
		دو لایه	دو ماه
اتیلن اکساید	ویوپک	یک لایه	سه ماه
	ویوپک	یک لایه	دو ساله
		دو لایه	سه ساله

۳- پرسنل CSSD، پس از پک کردن وسایل با استفاده از اندیکاتور کلاس یک از صحت استریل شدن وسیله با تغییر رنگ اندیکاتور کلاس یک اطمینان حاصل می نمایند.

۴- پرسنل CSSD در داخل ستهای کمتر از ۱۲ قلم اندیکاتور کلاس ۴ را قرار می دهند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۵- پرسنل CSSD در داخل ستهای بیشتر از ۱۲ قلم اندیکاتور کلاس ۶ را قرار می دهند.
- ۶- پرسنل CSSD تستهای بودیک را به صورت روزانه و در شروع اولین سیکل کاری در دستگاه قرار می دهند و پس از اطمینان از نتایج تستها را در دفتر مخصوص مستند می نمایند.
- ۷- پرسنل CSSD از تستهای شاهد در هر سیکل برای اطمینان از عملکرد صحیح هر سیکل استفاده می کنند و نتایج را در دفتر مخصوص مستند می نمایند.
- ۸- پرسنل CSSD از تست های اسپور بصورت هفتگی و در موارد خاص (خرابی دستگاه، جابجایی دستگاه و...) برای اطمینان استفاده می نمایند
- ۹- پرسنل CSSD چنانچه در هریک از مراحل از صحت استریلیتی اطمینان نیافتند نسبت به اصلاح فرایند و استریل مجدد اقلام اقدام می نمایند.
- ۱۰- پرسنل CSSD اقلام استریل را در جهت جلوگیری از آلودگی با کابینتهای درب دار یا ظروف درب بسته تحویل بخشها و اتاق عمل می نمایند.
- ۱۱- پرسنل بخش و اتاق عمل قبل از باز کردن ستها از تغییر رنگ اندیکاتور کلاس یک اطمینان حاصل می نمایند.
- ۱۲- پرسنل بخش و اتاق عمل بعد از باز کردن ستها از تغییر رنگ اندیکاتورها قبل از استفاده از ست اطمینان حاصل می کنند. و اندیکاتور را در پرونده بیمار به عنوان مستند می چسبانند.
- ۱۳- پرسنل بخش و اتاق عملها در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتورها مراتب را فوراً به مسئول شیفت CSR اطلاع می دهند.
- ۱۴- پرسنل CSSD بلافاصله پس از دریافت مشخصات ست مشکل دار، کلیه اقلام استریل شده در آن سیکل را از بخشها فراخوان (ریکال) می نمایند و مجدد استریل می کنند.
- ۱۵- پرسنل بخش و اتاق عمل ستهای استریل را در فضاهای مناسب (داخل کمدهای درب دار یا کشورهای مناسب) به- دور از گرد و خاک و رطوبت نگهداری می کنند.
- ۱۶- پرسنل بخش و اتاق عمل با توجه به شرایط موجود نسبت به استریل مجدد اقلام استفاده نشده هنگام تاریخ انقضای درج شده روی ستها اقدام می نمایند.

✓ منابع / مراجع: راهنمای جامع استریلیزاسیون

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	تکتم سعیدی	مسئول CSSD
	طیبه سلطانی	سوپروایزر کنترل عفونت
	ابوالقاسم طالبان	مسئول اتاق عمل
	مریم دشتبان نژاد	سرپرستار بخش ارتوپدی جراحی
	فخرالسادات حسینی نسب	سرپرستار بخش جراحی زنان
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

رئیس بیمارستان	دکتر حسن حقانی نژاد	تصویب کننده
----------------	---------------------	--------------------

شماره ویرایش: ۵

پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	تاریخ تدوین	کد روش اجرایی
۸	۱۴۰۳/۰۲/۰۱	۹۵/۸/۸	PRO. 8

✓ **دامنه:** بخشهای بستری، اتاقهای عمل

✓ **تعاریف:**

✓ **SSI** عفونت زخم جراح: به عفونتی گفته می شود که در جراحی های ساده و بدون کارگذاری ایمپلنت طی ۳۰ روز بعد از عمل و در اعمال جراحی که در آنها جسم خارجی در بدن بیمار کار گذاشته شده طی ۹۰ روز بعد از جراحی بروز نماید.

✓ **اینتباسیون:** روشی است برای دست یافتن به یک راه تنفسی مطمئن در بیمارانی که قادر به تنفس خودبخودی نمی باشند.

✓ **اکستوبیشن:** خارج کردن لوله تنفسی از بیمار اینتوبه

✓ **تراکتوستومی:** باز کردن تراشه از قسمت قدامی در ناحیه گردن و ارتباط دادن فضای تراشه با بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی

✓ **VAP:** پنومونی ناشی از استفاده از تهویه مکانیکی

✓ **کاتتر ورید مرکزی (central venous catheter):** کاتتری که از طریق وریدهای بزرگ مثل وریدهای ژگولار و زیر ترقوه ای وارد می شود و انتهای آن در ورید اجوف فوقانی قرار می گیرد، از طریق این کاتتر کادر درمان قادر خواهند بود به ورید مرکزی دسترسی پیدا کنند.

✓ **UTI:** عفونت دستگاه ادراری

✓ **Urgency:** فوریت در ادرار کردن

✓ **صاحبان فرایند:** تیم کنترل عفونت، پرسنل بخشهای بستری و اتاقهای عمل، پزشکان معالج

✓ **ذینفعان:** بیماران و همراهان بیمار

✓ **منابع و امکانات:** امکانات اسکراب دست، محلولهای ضد عفونی کننده پوست، دستگاههای استریلیزاسیون، وسایل پانسمان زخم، اندیکاتورهای پایش دستگاههای استریلیزاسیون، ونتیلاتور- ساکشن- محلولهای دهان شویه - کاتتر یکبار مصرف ساکشن- وسایل حفاظت فردی، وسایل سونداژ (کاتترهای ادراری، یورین بگ و...) دستکش استریل

✓ **هدف:** پیشگیری از عفونتهای موضع جراحی، دستگاه تنفسی، سیستم ادراری و سیستم گردش خون و ارتقاء سطح ایمنی بیماران، کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

روش اجرایی:

۱- کادر درمان و خدماتی جهت پیشگیری و کنترل عفونت بهداشت دست را در ۵ موقعیت زیر انجام می دهند:

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۱) قبل از تماس با بیمار
 - ۲) بعد از تماس با بیمار
 - ۳) قبل از انجام اقدام هئاسپتیک
 - ۴) بعد از تماس با ترشحات بدن بیمار
 - ۵) بعد از تماس با محیط اطراف بیمار
- ۲- خدمات در راستای پیشگیری از انواع عفونت و کاهش بار میکروبی، گندزدایی قسمتهای مختلف بیمارستان و تجهیزات را طبق دستورالعمل با محلولهای متوسپالاکتر یا سطح بالا انجام می دهند.
- ۳- پرسنل واحد CSR اقدام بحرانی را با رعایت دستورالعملها استریل و به بخشها و اتاق عملها تحویل می دهند.
- ۴- کادر درمان در راستای پیشگیری از عفونتهای قسمتهای مختلف مراقبتهای زیر را انجام می دهند :

الف- پیشگیری از عفونت موضع جراحی

پزشک معالج و پرسنل از عوامل زیر که همراه با افزایش خطر عفونت محل عمل هستند آگاهی دارند و نسبت به برطرف کردن آنها اقدام می نمایند:

- ۱- دیابت ملیتوس/هیپرگلیسمی قبل از عمل
- ۲- استفاده اخیر از تنباکو
- ۳- استفاده از استروئید
- ۴- سابقه عفونت قبلی در زمان عمل
- ۵- چاقی - سوء تغذیه - انتظاری طولانی قبل از عمل
- ۶- ALB پایین سرم
- ۷- پرتودرمانی محل عمل
- ۸- کلونیزاسیون با استاف اورئوس
- ۹- شیو محل عمل شب قبل از جراحی - استفاده از RAZOR جهت برداشتن مو، آماده سازی نامناسب پوست قبل از عمل (استفاده از محلولهای غیرالکلی)
- ۱۰- پروفیلاکسی آنتی بیوتیکی نامناسب (داروی اشتباه، زمان اشتباه، دوز اشتباه)
- ۱۱- نقص در تجویز مجدد آنتی بیوتیک در جراحی های طولانی
- ۱۲- تهویه نامناسب اتاق عمل
- ۱۳- ترافیک بالای اتاق عمل
- ۱۴- هیپوترمی/هیپوکسی قبل از عمل

❖ مراقبتهای قبل از عمل :

- ۵- پزشک معالج قبل از اعمال جراحی غیراورژانس عفونت سایر قسمت های بدن را مشخص و درمان نماید.
- ۶- پزشک معالج قبل از اعمال جراحی غیراورژانس نسبت به رفع سوء تغذیه بیماران بیمار را راهنمایی می نماید.
- ۷- پزشک معالج و کادر پرستاری در مورد بیماران دیابتی قبل از عمل، قند خون بیمار را حتماً کنترل می نمایند.
- ۸- پزشک معالج قبل از اعمال جراحی غیراورژانس بیماران سیگاری را تشویق به ترک سیگار و تنباکو می نمایند.(حداقل ۳۰ روز قبل از عمل)
- ۹- پزشک معالج حتی الامکان مدت بستری قبل از عمل بیمار در بیمارستان را به حداقل می رساند

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۱۰- پزشک معالج آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را قبل از جراحی طبق دستورالعمل تجویز می نماید و بجز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از آنتی بیوتیک دیگری استفاده نمی نمایند.
- ۱۱- پرستار بیمار در تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی زمان و دوز مناسب را رعایت می کند.
- ۱۲- بیمار در صورت توانایی استحمام شب قبل از عمل با صابونهای آنتی میکروبیال حمام می کند. (به خصوص بیماران کاندید جراحی قلب)
- ۱۳- کادر کمکی شیو محل جراحی را در نزدیک ترین زمان قبل از عمل و به روش صحیح (بدون ژیلت) با موزن برقی یا مویبر انجام می دهند.
- ۱۴- متخصص بیهوشی شب قبل از عمل بیماران را ویزیت نموده و در بیماران جراحی قلب دستور تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل را طبق پروتکل‌های صادر شده از وزارتخانه در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۱۵- مسئول اتاق عمل از حفظ جریان بالای هوای فیلتر شده در اتاق عمل اطمینان حاصل می کند.
- ۱۶- پرسنل بخش جراحی دمای مناسب بدن بیمار قبل از عمل جراحی (دمای مرکزی بیشتر یا مساوی ۳۶ درجه سانتیگراد) را حفظ می کنند.

❖ مراقبتهای حین عمل :

- ۱۷- پرسنل مبتلا به بیماری های عفونی تا زمان بهبودی در عمل جراحی شرکت نمی کند.
- ۱۸- مسئول اتاق عمل رفت و آمد در اتاق عمل را محدود می نماید و به جز در مواقع عبور وسایل، پرسنل و بیمار، درب های اتاق عمل را بسته نگه می دارد. (به حداقل رساندن ترافیک)
- ۱۹- تیم جراحی لباسهای مخصوص اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان استریل می پوشند.
- ۲۰- تیم جراحی از تردد با لباس اتاق عمل در سایر مناطق بیمارستان خودداری می نمایند.
- ۲۱- تیم جراحی قبل از تعویض لباس دستهای خود را با آب و صابون و پس از تعویض و قبل از ورود به اتاق عمل دستهای خود را با محلولهای هندراب ضد عفونی می نمایند.
- ۲۲- پرسنل اتاق عمل (پزشکان، پرستاران و...) شستشوی جراحی دست (surgical handrub) را قبل از جراحی اجرا می کنند و از پوشیدن جواهرات به دست و انگشتان و ساعد و استفاده از ناخن مصنوعی و بلند بودن ناخنها اجتناب می نمایند.
- ۲۳- تیم جراحی از ماسک استاندارد، گان استریل و کلاه حین عمل استفاده می کنند و در صورت مرطوب شدن و یا پس از ۲ ساعت ماسک جراحی را تعویض می نمایند.
- ۲۴- کادر اتاق عمل قبل از شروع جراحی محل برش جراحی را در اتاق عمل با مواد آنتی سپتیک و الکل تمیز و اسکراب می نمایند.
- ۲۵- کادر اتاق عمل با پایبندی کامل به تکنیکهای آسپتیک در جراحی همکاری می کنند.
- ۲۶- پرسنل اتاق عمل از شان استریل برای ایجاد سد بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها استفاده می نمایند. (جداسازی فیلد clean از contaminated مانند تعویض دستکش و گان و تغییر وسایل بعد از رزکشن روده و قبل از بستن پوست و فاشیا)
- ۲۷- پزشک جراح با رعایت تکنیک های آسپتیک فضای مرده، بافت مرده و هماتوم را به حداقل می رساند.
- ۲۸- پرسنل بیهوشی اتاق عمل در بیماران با عملکرد نرمال ریوی که تحت بیهوشی کامل و اینتوباسیون هستند اکسیژناسیون کافی را جهت بیمار حفظ می نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۲۹- تیم جراحی دستکش لاتکس استریل جراحی می پوشند و در صورت آلودگی یا پاره و سوراخ شده آن را تعویض می نمایند.

۳۰- مسئول اتاق عمل کلیه وسایل مصرفی را از نظر صحت فرآیند استریلیزاسیون مورد بررسی قرار داده و اندیکاتور شیمیایی کلاس ۶ موجود در ست جراحی را در پرونده بیمارضمیمه نماید.

۳۱- مسئول اتاق عمل اقلام استریل به صورت تک پیچ را به جای استریلیزاسیون فلش پیش بینی و تهیه می کند.

۳۲- جراح در صورت طولانی شدن عمل جراحی یا خونریزی زیاد حین عمل یا مشاهده هر نوع عوامل موثر در بروز عفونت محل جراحی، دستور تجویز دوزهای بعدی آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را با ذکر علت در پرونده بیمار ثبت می نمایند.

۳۳- مسئول اتاق عمل در بین اعمال جراحی و در پایان روز فرصت کافی جهت گندزدایی تخت و سایر قسمتها و تجهیزات در نظر می گیرد.

۳۴- مسئول اتاق عمل آخر هر هفته بر اسکراب صحیح و کامل اتاقهای عمل (تجهیزات، کف، سطوح) نظارت می نماید.

❖ مراقبتهای بعد از عمل :

۱- پرسنل پرستاری ۲۴-۴۸ ساعت بعد از عمل جراحی پوشش استریل اولیه محل عمل را در صورت امکان حفظ می نمایند.

۲- پرسنل پرستاری در بخش های جراحی در صورت نیاز به تعویض پانسمان بهداشت دست ها قبل از تعویض پانسمان را رعایت می نمایند و تکنیک استریل برای تعویض پانسمان رعایت می شود.

۳- پرسنل پرستاری در زمان استفاده از ستهای پانسمان از صحت فرایند استریلیزاسیون ست اطمینان حاصل می کنند و اندیکاتورهای کلاس ۶ و ۴ را پس از بررسی و اطمینان، ضمیمه پرونده بیمار می نمایند.

۴- پرسنل بخش جراحی در صورت مشاهده، عفونت محل جراحی به پرستار کنترل عفونت اطلاع می دهند.

۵- پزشک معالج در سریعترین زمان ممکن نسبت به خروج درنجا اقدام می نماید.

۶- پزشک معالج و پرسنل پرستاری از هیدراتاسیون و تغذیه کافی بیمار بعد از عمل اطمینان حاصل می نمایند.

✓ ب- پیشگیری از عفونت دستگاه تنفسی

۷- لوله گذاری داخل تراشه جز در موارد ضروری محدود می گردد و در صورت لوله گذاری، با توجه به شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت بیمار اکستوبه می گردد. پزشک معالج روزانه بیمار را از نظر امکان جدا شدن از دستگاه تنفسی مصنوعی ویزیت می نماید.

۸- لوله گذاری داخل تراشه ترجیحاً از طریق دهان انجام می شود و به دلیل خطر سینوزیت از راه بینی انجام نمی گردد.

۹- از کارگذاری لوله بینی معدی به دلیل افزایش ریسک ابتلا به پنومونی آسپیراسیون تا حد ممکن اجتناب می شود و در اولین فرصت خارج می گردد.

۱۰- حجم باقیمانده معده برای جلوگیری از نفخ و اتساع معده به صورت مرتب توسط پرستار کنترل میگردد و موقع گاوژ سر بیمار حداقل زاویه ۳۰ درجه از تخت می باشد.

۱۱- کادر درمان از کاتترهای ساکشن یکبار مصرف استفاده می کنند و کاتترها بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود.

۱۲- پرستار مسئول بیمار از کاتترهای جداگانه جهت ساکشن دهان و تراشه یا تراکئوسومی استفاده می نماید.

۱۳- پرستار جهت شستشوی سریع کاتتر بعد از هر بار ساکشن از سرم استریل استفاده می کند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۱۴- پرستاربخش جراحی، قبل از عمل جراحی به بیمار در مورد تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه و کار با اسپیرومتری تشویقی آموزش می دهد.
- ۱۵- پرستار بخش جراحی قلب جهت کاهش کلونیزاسیون دهانی، شب و صبح روز جراحی مسواک و دهان شویه با کلرهگزیدین را به بیمار یادآوری می کند.
- ۱- پرسنل بیهوشی موقع اینتوبه کردن بیمار در اتاق عمل برای هر بیمار از فیلترهای تنفسی لوله های خرطومی مجزا استفاده می کنند.
- ۲- کلیه پرسنل قبل و بعد از هر گونه اقدامی جهت بیمار (خصوصاً ساکشن)، بهداشت دست ها را رعایت می نمایند.
- ۳- کادر پرستاری میزان حجم هوای داخل کاف هر ۸ ساعت یکبار اندازه گیری نموده تا فشار داخل کاف در حد مناسب باشد.
- ۴- کادر پرستاری هیدراته بودن بیمار و مرطوب بودن هوای تنفسی را کنترل می کنند.
- ۵- پرسنل پرستاری ترشحات تنفسی بیمار را با رعایت نکات استریل طبق پروتکل ساکشن می نمایند
- ۶- پرسنل پرستاری در صورتی که برای بیمار منعی نداشته باشد سر بیمار را در زاویه ۴۰-۳۵ درجه نگه می دارند. (خصوصاً تا دو ساعت پس از گواژ برای پیشگیری از آسپیراسیون)
- ۷- پرسنل پرستاری حداقل هر شیف یکبار دهانشویه با محلول کلرهگزیدین را در بیماران اینتوبه بزرگسال انجام می دهند.
- ۸- پرسنل پرستاری در صورتی که نیاز به استفاده از نبولایزر باشد از انواع طبی و کم حجم استفاده کرده تا ارگانسیم ها در مایع رشد نکنند.
- ۹- پرسنل پرستاری در صورتی که بیمار هوشیار است از نظر تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه و استفاده از اسپیرومتری تشویقی به بیمار آموزش می دهند.
- ۱۰- پرسنل پرستاری انجام چست فیزیو جهت بیماران بعد از عمل جراحی قلب را در اولویت قرار می دهند.
- ۱۱- پرسنل پرستاری لوله های خرطومی یک بیمار دستگاه ونتیلاتور هفته‌ای یکبار تعویض می نماید مگر اینکه کاملاً آلوده شده باشد یا اختلال عملکرد پیدا کند در این صورت زودتر آن را تعویض می نماید.
- ۱۲- پرستار فیلترهای تنفسی ونتیلاتور هر ۴۸ ساعت یکبار تعویض می نماید.
- ۱۳- خدمات باتلهای ساکشن را در پایان هر شیف تخلیه می کند و با آب و دترجنت شستشو داده می شود و روزانه در محلول های ضد عفونی کننده غوطه ور و سپس آبکشی و خشک می شود.
- ۱۴- خدمات آمبو بگها با نظارت مسئول شیفت بعد از استفاده در صورت نداشتن قابلیت اتوکلاو، با آب و دترجنت شستشو و سپس گندزدایی می کند و جهت استفاده بعدی شستشو و آبکشی و خشک مینماید.
- ۱۵- خدمات تیغه های لارنگوسکوپ را بعد از هر بار استفاده شستشو و گندزدایی می کند و به صورت مناسب نگهداری می شوند.
- ۱۶- پرستار بخش قبل از چک روزانه تیغه های لارنگوسکوپ هندراب کرده و از دستکش جهت جلوگیری از آلوده شدن مجدد تیغه ها استفاده می کند.
- ۱۷- پرستار مسئول بیماردر صورت مشاهده تغییردر ترشحات تنفسی و یا بالارفتن درجه حرارت و هر گونه علائم ایجاد عفونت ریوی علاوه بر پزشک معالج به واحد کنترل عفونت اطلاع می دهد.

ج - پیشگیری از عفونتهای سیستم گردش خون

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۱۶- مراقبت های مربوط به کاتتر ورید سطحی :
- ۱۷- پرستار قبل از کاتترگذاری دست ها را ضدعفونی می نماید. (پوشیدن دستکش جابگزین شستن دست ها نمی شود)
- ۱۸- پرستار وریدهای بیمار را از نظر قطر و طول مناسب به دقت بررسی می نماید. بیماری که ورید مناسب ندارد یا اطفال یا کودکان، افراد ماهرتر این اقدام را انجام می دهند و همچنین از کارگذاری کاتتر در محل خم و محل هایی که حرکت زیاد دارد خودداری می شود.
- ۱۹- پرستارمحل ورود آنژیوکت را با استفاده از پد الکلی به صورت دورانی ضدعفونی می نماید و حداقل ۳۰ ثانیه صبر کرده تا عملیات ضدعفونی انجام شود و از آلوده کردن مجدد مانند کنترل ورید خودداری می نماید.
- ۲۰- پرستار کاتتر را به نحو صحیح در محل مناسب کارگذاشته و سپس آن را از نظر علائم فلبیت کنترل می نمایند.
- ۲۱- پرستار پس از کارگذاری، کاتتر را به نحوی فیکس میکنند که کمترین جابجایی را داشته باشد و مسیر حرکت کاتتر داخل ورید از روی پوست مشخص باشد.
- ۲۲- پرستار تاریخ و شیفت کارگذاری کاتتر را بر روی چسب کاتتر قید می نماید.
- ۲۳- پرستار به بیمار در مورد مراقبت از کاتتر مانند پرهیز از دستکاری، خیس کردن و همچنین علائم مربوط به فلبیت آموزش می دهد.
- ۲۴- پرستار در هرشیفت و قبل از تزریق محل کاتتر را از نظر علائم فلبیت (گرمی، قرمزی، درد، سفتی و طنابی شدن ورید) کنترل می نماید.
- ۲۵- پرستار در صورت وجود علائم فلبیت لاین وریدی تعویض شده و در صورتی که فلبیت باشد و علائم عفونت (گرمی، قرمزی، تورم) محرز باشد به پزشک بیمار و پرستار کنترل عفونت اطلاع می دهد.
- ۲۶- پرستار مراقبت های مربوط به داروهایی که منجر به فلبیت می شوند را انجام می دهد مثلاً تا حد امکان دارو رقیق و آهسته تزریق می نماید
- ۲۷- پرستار در صورت خیس یا خونی شدن چسب کاتتر، بلافاصله چسب را تعویض می نماید.
- ۲۸- پرستار در صورت استفاده از سه راهی آنژیوکت، سه راهی را بطور جداگانه فیکس می نماید.
- ۲۹- پرستار برای جلوگیری از بیرون آمدن خون از کاتتر هنگام باز کردن صفر بند اندام را بالا نگه داشته و از فشار بر روی ورید خودداری می کند.
- ۳۰- پرستار تا جایی که امکان دارد از انجام اعمالی چون کنترل فشار خون، خونگیری و... از اندامی که کاتتر به آن فیکس خودداری می نماید.
- ۳۱- پرستار کاتتر را پس از ۷۲ ساعت تعویض می نماید. مگر در اطفال و افرادی که دسترسی به عروق آنها مشکل است.
- ۳۲- مراقبت های مربوط به کاتتر ورید مرکزی :
- ۳۳- پزشک و پرستار نوع و سایز کاتتر را بر اساس هدف و مدت استفاده انتخاب می نمایند.
- ۳۴- کادر پزشکی قبل از اقدام به تعبیه کاتترهای عروقی مرکزی بهداشت دست را رعایت می نمایند.
- ۳۵- کادر پزشکی و پرستاری هنگام تعبیه کاتتر PICC از گان و دستکش استریل استفاده می کنند.
- ۳۶- کادر پزشکی و پرستاری قبل از انجام کاتتریزاسیون ناحیه مورد نظر را با بتادین یا محلولهای حاوی کلرهگزیدین اسکراب می نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۳۷- کادر پزشکی و پرستاری تکنیک استریل را قبل و در حین کاتتریزاسیون و در طی مراقبت از آن رعایت می نمایند.

۳۸- پزشک بیمار قبل از گذاشتن کاتتر ورید مرکزی از دستکش استریل استفاده می کند.

۳۹- پرستار بخش تاریخ انجام کاتتریزاسیون را در پرونده بیمار ثبت می نمایند.

۴۰- کادر درمانی روزانه علائم عفونت موضعی و سیستمیک کاتتر را مورد ارزیابی قرار می دهند.

۴۱- پرستار بخش هر ۲۴ ساعت محل کاتتر ورید مرکزی را با پوشش استریل پانسمان می نماید.

۴۲- پرستار بخش تعویض کلیه اتصالات عروقی را طبق دستورالعمل انجام می دهد.

✓ د- پیشگیری و کنترل عفونت های ادراری

۱- پرستار بخش دستور پزشک را مبنی بر سونداژ بیمار بررسی می نماید.

۲- پرستار به همراه نیروی کمکی کاتتریزاسیون را انجام می دهد ولی در صورت کمبود پرسنل قبل از پوشیدن دستکش استریل وسایل را آماده می نماید.

۳- پرستار و کمک وی قبل از انجام کاتتریزاسیون دست ها را ضد عفونی می نمایند.

۴- پرستار کاتتریزاسیون را با رعایت نکات آسپتیک انجام می دهد.

۵- پرستار جهت انجام سونداژ سایز مناسب را با توجه به سن و جنس بیمار انتخاب می کند.

۶- پرستار پس از کاتتریزاسیون جهت جلوگیری از کشیده شدن کاتتر آن را با چسب به شکم یا ران بیمار ثابت می کند.

۷- پرستار بعد از کاتتریزاسیون یورین بگ را در محل پایین تر از بدن فیکس می نماید و دقت می کند که کیسه روی زمین نباشد و یورین بگ حتماً به قلاب تخت آویز شود و در صورت نبودن قلاب با باند به تخت بسته می شود.

۸- پرستار مواقعی که به هر دلیلی کیسه بالاتر از سطح مثانه قرار می گیرد کاتتر را کلامپ می کند تا از برگشت ادرار از کیسه به مثانه پیشگیری شود.

۹- پرستار موارد غیر عادی مانند هماچوری، کدر شدن ادرار یا تب، لرز، تکرر، سوزش ادرار، Urgency، درد سوپراپوبیک در بیمار را به پزشک اطلاع می دهد.

۱۰- پرستار هر گونه علائم عفونت ادراری (تب، لرز و...) را به سوپروایزر کنترل عفونت جهت ثبت گزارش می کند.

۱۱- پزشک بیمار در اولین فرصت دستور خارج نمودن سوند ادراری را می دهد.

۱۲- پرستار انجام کاتتریزاسیون ادراری را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۱۳- پرستار بخش تعویض سوند فولی را تنها در موارد زیر انجام می دهد:

۱- نشستی داشته باشد ۲- عفونت در ادرار اثبات شده باشد. ۳- انسداد سوند ادراری ایجاد شده باشد

۱۴- پرستار در هر شیفت سوند و مسیر ادراری را کنترل می نماید.

۱۵- خدمات یا همراه بیمار حداقل هر ۸ ساعت یکبار یا در صورت زیاد بودن حجم ادرار در فواصل کمتر، پس از پوشیدن دستکش یورین بگ را در لگنهای موجود در سرویسهای بهداشتی تخلیه و سپس در توالت تخلیه و ظروف را گندزدایی می نمایند.

در کلیه موارد

۴۳- پزشک معالج در صورت مشاهده علائم عفونت دستور ارسال نمونه کشت جهت مشخص شدن محل عفونت (سورس) و

هم چنین نوع میکروب مولد عفونت و حساسیت آن به آنتی بیوتیک را می دهد

۴۴- پزشک معالج در صورت نیاز به درمان با آنتی بیوتیکهایی که الگوی مقاومت میکروبها نسبت به آن روند افزایشی دارد

درخواست مشاوره با متخصص عفونی می نماید. (آنتی بیوتیکهای دارای پروتکل)

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر محمدمهدی میرجلیلی	رئیس کمیته کنترل عفونت
	دکتر هادی صالحی نیا	جراح عمومی
	دکتر سیدحسین مشتاقیون	متخصص بیهوشی
	طیبه سلطانی	سوپروایزر کنترل عفونت
	زهره محبوبی	سرپرستار ICU بشردوست
فاطمه عمرانی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۶