

AFH/POL/02	کد
۹۵/۸/۲۵	تاریخ تدوین
۱۴۰۴/۰۲/۰۱	تاریخ بازنگری
۷	شماره بازنگری

فهرست

فهرست خط مشی های بیمارستان

- ۲ مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت
- ۶ تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
- ۷ کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها
- ۹ خط مشی و روش مهار شیمیایی
- ۱۱ خط مشی و روش مهار فیزیکی بیمار
- ۱۳ مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
- ۱۵ نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخش ویژه
- ۱۸ شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری
- ۲۰ شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال اورژانسی در بخش بستری اورژانسی
- ۲۲ نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین
- ۲۵ مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.1	۹۵/۸/۲۵	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۶

✓ **دامنه:** کلیه واحدهای بیمارستان

✓ **تعاریف:**

✓ خطاهای پزشکی یا **medical error** عبارت است از تمامی نقایص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی عوامل مستعد کننده: عوامل مستعدکننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیرساختی مرتبط با منابع انسانی، تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روشهای ارائه مراقبت و درمان است. **Root Cause Analysis-RCA**-تحلیل علل ریشه ای

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

✓ **صاحبان فرایند:** کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار-مسوول ایمنی بیمار

✓ **ذینفعان:** کلیه پرسنل شاغل در بخش های درمانی، بیماران

✓ **منابع و امکانات:** سامانه گزارش دهی خطا- کلاس های آموزشی- فضای مجازی- دستورالعمل های ایمنی بیمار ارسالی از وزارت خانه

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه کادر درمانی

✓ **فرد پاسخگو:** کارشناس ایمنی بیمار- مسوول ایمنی بیمار

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** خروجی سامانه گزارش دهی خطا و تحلیل خطا

✓ **بیانیه سیاست/ خط مشی:** با توجه به لزوم ارائه خدمات ایمن با هدف ارتقاء ایمنی بیمار بر اساس دستورالعمل گزارش وقایع ناخواسته ۲۹ گانه از خطای پرستاری، پزشکی، کادر درمان و وقایع ناخواسته جلوگیری می شود.

✓ **روش اجرایی:**

هدف: به منظور توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستان، این مرکز از طریق تحلیل ریشه ای وقایع و بررسی علل بروز خطاهای پزشکی و از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها از عدم بروز مجدد خطا اطمینان حاصل می کند.

✓ **روش اجرایی:**

۱. کلیه پرسنل درمانی و پاراکلینیک از روش گزارش دهی خطاهای پزشکی آگاه هستند.
۲. کلیه پرسنل درمانی و پاراکلینیک در گزارش دهی کامل و به موقع خطاها کوشا می باشند.
۳. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاهای رخ داده را ماهیانه بررسی می کنند و با کمک مسئول بهبود کیفیت و مسئول فنی بیمارستان مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهند.
۴. کارشناس هماهنگ کننده بیمار خطاهای رخ داده را در کمیته های مرتبط مطرح میکند و در مورد روش پیشگیری از وقوع مجدد خطا بحث و اقدامات اصلاحی را انجام می دهد.
۵. کلیه پرسنل درمانی و مرتبط با آن در راستای کاهش خطاهای دارویی موارد زیر را رعایت می کنند:

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- الف) مسئول داروخانه داروهای مشابه و با هشدار بالا را برچسب گذاری می کنند.
- ب) مسئول داروخانه داروها را به تفکیک در تالی مخصوص حمل دارو قرار می دهد.
- ج) پرستار با ورود دارو به بخش چیدمان دارویی را کنترل می کند.
- د) پزشکان دستور نویسی با حروف بزرگ را در مورد داروهای با تلفظ مشابه اجرا می کنند.
- ه) پرستاران در موارد تشابه اسمی بیماران، برچسب "احتیاط تشابه اسمی" را روی پرونده نصب می کنند.
- و) پرستاران به صورت case method انجام وظیفه می کنند.
۶. پرسنل در راستای کاهش سقوط بیمار موارد زیر را انجام می دهد:
- الف) استفاده از معیار جان هاپکینز در تعیین ریسک سقوط در ارزیابی پرستاری و چک مجدد در هر شیفت یا با هر تغییر در وضعیت بیمار
- ب) استفاده از دستبند زرد رنگ برای تعیین بیماران با ریسک بالای سقوط
- ج) تعیین بیماران با ریسک بالای سقوط در کاردکس
- اجرای دستورالعمل مربوط به بیماران با ریسک سقوط بالا که شامل موارد زیر می باشد:
- ✓ استفاده از نرده محافظ کنار تخت جهت بیماران در معرض سقوط ضروری است.
 - ✓ در هر شیفت کنترل ایمنی نرده های محافظ ضروری است.
 - ✓ بالا آوردن نرده محافظ تخت پس از ارائه هر گونه خدمات به بیمار در معرض خطر ضروری است.
 - ✓ در صورت هر گونه خرابی نرده مراتب سریعاً گزارش و پیگیری شود.
 - ✓ حضور همراه بر بالین بیماران مسن و در معرض خطر، الزامی است.
 - ✓ در صورتی که بیمار بی قرار است یا درد دارد ضروری است به این نکته توجه شود و اقدام لازم جهت کنترل آن انجام شود.
 - ✓ در صورتی که بیمار ریسک بالای سقوط دارد در هنگام انتقال به بخش دیگر حتماً این موضوع به اطلاع پرسنل بخش مقصد رسانیده شود.
 - ✓ همه موارد در برگه گزارش پرستاری ثبت شود.
 - ✓ در صورت کسب امتیاز ریسک بالای سقوط بیمار طبق جدول جان هاپکینز، برچسب زرد به دستبند شناسایی بیمار اضافه شود.
 - ✓ پیگیری نصب کمربند ایمنی ویلچرها و برانکاردهای جهت انتقال بیمار الزامی است.
۷. پرسنل در راستای کاهش ایجاد زخم بستر موارد زیر را رعایت می کنند:
- الف) استفاده از معیار برادن در تعیین ریسک زخم بستر در ارزیابی پرستاری اولیه که این ارزیابی در بیماران با ریسک بالا در هر شیفت چک می شود.
- ب) استفاده از برچسب زرد رنگ بر روی دستبند شناسایی به منظور تعیین بیماران با ریسک بالای زخم بستر
- ج) ثبت ریسک بالای زخم بستر در کاردکس
- د) اجرای دستورالعمل مربوط به بیماران با ریسک بالای زخم بستر
۸. دفتر بهبود روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحدهای مرتبط قرار می دهد.
۹. مسئول واحدها کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را اجرا می نمایند.
۱۰. سوپروایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده از واحدها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۱۱. تیم بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحدها بازدید بعمل آورد و موجب جلب توجه کارکنان از خطاهای پزشکی و مشارکت آن ها در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش شود.
۱۲. تیم بازدیدهای مدیریتی ایمنی باید عوامل مستعدکننده برای بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس الویت بندی، اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا را انجام دهد.
۱۳. مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید.
۱۴. مسئول واحدها باید کلیه تجهیزات پزشکی را از نظر نیاز به تعمیرات و صحت عملکرد بررسی و نتایج را در فرم های مرتبط ثبت نمایند.
۱۵. مسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و توالی احیا مشخص نماید.
۱۶. فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و توالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفترهای مرتبط ثبت نماید.
۱۷. مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل را از نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
۱۸. مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید.
۱۹. مسئول واحدها باید تمامی دستورالعمل های وزارتخانه که در راستای ایمنی بیمار می باشد را در اختیار کارکنان واحد خود قراردهند.
۲۰. کلیه پزشکان باید مطابق با گایدلاین های معتبر و آخرین دستورالعمل های وزارتخانه خدمات درمانی را به بیماران ارائه دهند.
۲۱. تیم بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار باید در بازدیدهای هفتگی عوامل مستعدکننده بروز خطا را شناسایی کنند.
۲۲. دفتر بهبود باید عوامل مستعدکننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح نماید.
۲۳. اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده و عوامل مستعدکننده بروز خطای شناسایی شده اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند.
۲۴. مسئول واحدها باید تمامی برنامه های پیشگیری از بروز خطاهای تدوین شده را اجرا نماید.
۲۵. مراحل ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی باید به صورت مداوم انجام گیرد.
۲۶. مدیریت اجرایی کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل علل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و بر اساس اولویت اقدامات اصلاحی بنویسد.
۲۷. کمیته مدیریت اجرایی با استفاده از الگوی FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن را استخراج و در پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی برنامه های عملیاتی تدوین نماید.

✓ **منابع/ مراجع:** راهنمای کشوری نظام مراقبت

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	محمدعلی مهبجی فاطمه عمرانی سیده طاهره حسینی فاطمه رحیقی	مدیر خدمات پرستاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار ICU اندیشه نیک سوپروایزر آموزشی
تایید کننده	فاطمه بوستانی	مسئول بهبود کیفیت
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش : ۴

تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.2	۹۵/۸/۱۵	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

✓ **دامنه:** کلیه واحد های درمانی

✓ **صاحبان فرایند:** مسئولین واحدهای درمانی، پزشک، فرمانده حادثه، اعضاء چارت HICS

✓ **ذینفعان:** بیماران - پرسنل

✓ **منابع و امکانات:** تجهیزات پزشکی، دارویی، ترالی اورژانس

✓ **کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل

✓ **فرد پاسخگو:** فرمانده حادثه

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدید

✓ **بیانیه سیاست / خط مشی:** با توجه به اهمیت تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران، بیمارستان تسهیلات لازم را جهت ارائه خدمات در تمامی شرایط فراهم می نماید.

✓ **روش اجرایی:**

- ۱- کمیته خطر حوادث و بلایا، فهرستی از خدمات اساسی بیمارستان یعنی آنهایی که باید در همه زمان و در هر شرایطی در دسترس باشد را تهیه می کند.
- ۲- بیمارستان منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آنها به خصوص برای گروههای دارای شرایط بحرانی و سایر گروههای آسیب پذیر (مانند کودکان و افراد مسن و از کار افتاده) را در اولویت کارهای خود قرار می دهد.
- ۳- بیمارستان جهت اطمینان از ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی اقدام به عقد تفاهم نامه با بیمارستان های همجوار و سایر ارگانها و سازمانهایی نموده است که در صورت نیاز به افزایش ظرفیت بتوان بصورت مستمر به ارائه خدمات درمانی پرداخت.
- ۴- واحدهای مختلف بیمارستان طبق شرح وظایف از دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا اطمینان حاصل می کنند.
- ۵- بیمارستان از وجود مکانیسم های احتمالی برای جمع آوری و دفع اجساد و ضایعات خطرناک بیمارستانی اطمینان حاصل می کند.
- ۶- بیمارستان طبق روش اجرایی افزایش ظرفیت بیمارستانی جهت حفظ تداوم مراقبت های ضروری، طرح سیستماتیک و قابل گسترش را فراهم می نماید.

منابع / مراجع: کتاب راهنمای ملی مدیریت خطر بیمارستانی بر اساس شاخص های اعتباربخشی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	حمیدرضا سهیلی	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
تایید کننده	مهناز صالح پور	کارشناس بهداشت محیط
تصویب کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.3	۹۸/۸/۲۱	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۴

دامنه: پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

تعاریف: ثبت و کنترل ورود و خروج پرونده به منظور جلوگیری از مفقود شدن پرونده، عودت به موقع به مدارک پزشکی و با هدف ممانعت از دسترسی افراد غیر مجاز به پرونده صورت می گیرد.

صاحبان فرایند: پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

منابع و امکانات: سامانه اطلاعات بیمارستانی، دفتر ثبت ورود و خروج پرونده و کارت جایگزین پرونده

هدف:

- نگهداری، بازیابی و امنیت مدارک پزشکی
- دسترسی آسان به مدارک جمع آوری شده
- امکان رد یابی و تعیین محل دقیق پرونده

روش اجرایی:

- مسئول بایگانی یا پرسنل شاغل در واحد بایگانی موارد زیر را انجام می دهند:
- ۱. درخواست پرونده پزشکی را که به امضاء مقام مجاز (ریاست بیمارستان و یا مقام قضایی) رسیده است دریافت و کنترل می نمایند.
- ۲. پرونده از بایگانی بازیابی می شود.
- ۳. مشخصات پرونده در دفتر ورود و خروج ثبت می شود.
- ۴. مشخصات پرونده در سامانه HIS ثبت می شود.
- ۵. کارت جایگزین طبق مشخصات پرونده تکمیل و در محل پرونده در بایگانی قرار می گیرد.
- ۶. از تحویل گیرنده، در قبال دریافت پرونده امضاء گرفته می شود.
- ۷. تاریخ تقریبی عودت پرونده سوال می شود.
- ۸. پس از بازگشت پرونده دفتر ورود و خروج امضا و تاریخ عودت پرونده ثبت می شود.
- ۹. کارت جایگزین خارج و پرونده در محل خودش قرار می گیرد.
- برای پرونده های در جریان؛ منشی بخش، پرونده مورد نظر را از پرسنل واحد مدارک پزشکی، درخواست و پس از ثبت در دفتر ورود و خروج پرونده، آن را تحویل گرفته و در موعد مقرر عودت و در دفتر مربوطه ثبت می نماید. و همچنین در سامانه HIS ثبت می گردد و در سامانه نیز عودت داده می شود.
- پرسنل ترخیص در سامانه اطلاعات بیمارستان موارد خروج پرونده، بخش مورد نظر و گیرنده پرونده را ثبت می نماید و سپس در زمان تحویل در سامانه مذکور دوباره عودت پرونده را ثبت می نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

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: ۴

خط مشی و روش مهار شیمیایی

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.4	۹۵/۹/۱۵	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

✓ **دامنه:** کلیه بخش های بستری بیماران

✓ **تعاریف:** استفاده از داروهای آرام بخش جهت بیماران بی قرار

✓ **صاحبان فرایند:** پزشک و پرستار - بهیار - ماما

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** داروهای آرام بخش - IV line - سرنگ - تخت های محافظدار

✓ **کارکنان مرتبط:** پرستار و پزشک - بهیار - ماما

✓ **فرد پاسخگو:** پزشک

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدید

✓ **بیانیه سیاست / خط مشی:** به منظور افزایش سطح ایمنی بیماران ببقرار که مهار شیمیایی برای آن ها اجرا می شود.

✓ **روش اجرایی:**

۱. پرستار، بیمار نیازمند مهار شیمیایی را شناسایی می کند.

۲. پرستار به پزشک معالج یا رزیدنت جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.

۳. پزشک معالج یا رزیدنت، بیمار را ویزیت می کند و حداکثر سه بار مهار شیمیایی را در ۲۴ ساعت توصیه می کند.

۴. پزشک معالج با در نظر گرفتن سابقه دارویی و تداخلات دارویی و حساسیت، ایمن ترین داروی مهار شیمیایی را تجویز می کند.

۵. پرستار، وضعیت بیمار را قبل از تجویز داروی مهار شیمیایی در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۶. پرستار علائم حیاتی را به صورت مستمر و مداوم (مانیتورینگ علائم حیاتی) در طول مدت زمان مهار شیمیایی در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۷. پرستار در راستای کنترل عوامل تهدیدکننده ایمنی مانند اطمینان از محکم و بالا بودن نرده های تخت و... اطمینان حاصل می کند.

۸. پزشک مهار شیمیایی را در کوتاه ترین زمان قطع می نماید.

۹. پرستار بر حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان استفاده از مهار شیمیایی نظارت می نماید.

نکته: تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک می باشد و دستور PRN معنایی ندارد.

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی اکرم مجرد	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سرپرستار CCU عادل زاده
تایید کننده	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار
خط مشی و روش مهار فیزیکی بیمار

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.5	۹۵/۹/۱۵	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

- ✓ **دامنه:** کلیه بخشهای درمانی بیمارستان
- ✓ **تعاریف:** منظور از مهار فیزیکی کنترل بیماران بیقرار با استفاده از ابزار و روشهای غیردارویی میباشد.
- ✓ **صاحبان فرایند:** پزشک، پرستار، نیروی خدماتی
- ✓ **ذینفعان:** بیماران، پرستار، پزشک
- ✓ **منابع و امکانات:** منابع انسانی، نوارهای پددار، تختهای بدسایددار
- ✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک - پرستار
- ✓ **فرد پاسخگو:** پزشک
- ✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدید
- ✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** پیشگیری از ایجاد صدمه یا جراحت به بیمار
- ✓ **هدف:**
 - ارتقا کیفیت خدمات
 - برقراری ایمنی بیمار و جلوگیری از سقوط بیمار
 - جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات بیمار
 - جلوگیری از عوارض ناشی از مهار فیزیکی (آسیب به عصب به ویژه عصب براکیال، اختلال در گردش خون، آسیب به پوست و...)

روش اجرایی:

- ۱- پرستار، بیمار را از نظر علت بیقراری و ناآرامی بررسی و به پزشک معالج گزارش می‌نماید.
- ۲- پرستار و تیم درمانی در صورت نیاز مداخلات لازم را انجام می‌دهند. (محیطی آرام و بدون محرک، تنظیم برنامه روتین بخش به نحوی که خواب طبیعی بیمار فراهم گردد، قرار دادن بیمار در معرض دید پرستار، شناسایی سریع آژیتاسیون بیمار، کمک از اعضای خانواده و دوستان بیمار به عنوان همراه)
- ۳- پزشک معالج در صورتی که بیمار آرام نشد وی را ارزیابی نموده و دستور استفاده از مهار فیزیکی را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید. مدت زمان مهار، ذکر اندامهای لازم جهت مهار در دستور پزشک ثبت می‌شود.
تذکر: نباید دستور به صورت PRN نوشته شود.
- ۴- پرستار از بالابودن نرده کنار تخت اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۵- پرستار از نوار پددار مناسب و قابل انعطاف جهت مهار فیزیکی استفاده می‌نماید.
- ۶- پرستار نوارها را به بدنه تخت بیمار به شکلی می‌بندد که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۷- پرستار پس از بستن عضو، نبض انتهای آن، پرشدگی مویرگی و سلامت پوست محل درگیر را هر یک ساعت بررسی می‌نماید.

۸- پرستار وسایل مهار را هر ۲ ساعت برداشته و مجدد می‌بندد.

۹- در صورت اجازه پزشک در ادامه مهار فیزیکی پرستار به بیمار آب و مایعات می‌دهد تا از کم آبی بدن بیمار جلوگیری شود.

۱۰- پرستار در زمان غذا خوردن با کسب اجازه از پزشک مهار فیزیکی را شل نموده و در صورت نیاز از یک نفر دیگر هم کمک می‌گیرد.

۱۱- پرستار بررسی های لازم جهت حفظ ایمنی بیمار مانند احتمال سقوط، ایجاد زخم های فشاری، صدمه بافتی و آسیب به خود را بعمل می آورد و موارد را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۱۲- پرستار علاوه بر ثبت وضعیت بیمار، زمان شروع و خاتمه و عوارض احتمال را در گزارش پرستاری می نویسد.

۱۳- پرستار بر حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان استفاده از مهار فیزیکی نظارت می نماید.

نکته:

۱- دستور مهار فیزیکی باید به یک دوره ۲۴ ساعته محدود شود در صورت نیاز مجدد به مهار فیزیکی دستور آن توسط پزشک معالج تجویز گردد.

۲- در صورت استفاده از برانکار یا ویلچر حتماً نرده دو طرفه برانکارد بالا کشیده و کمربند ایمنی ویلچر و برانکارد بسته شود.

✓ **منابع / مراجع:** سیاست بیمارستان - دستورالعمل استفاده از ابزارهای مهار فیزیکی

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه عمرانی سکینه گنجی زهرا ابوالفتحی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار CCU کاجی پرستار
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد خط مشی	تاریخ تدوین	تاریخ بازنگری	شماره بازنگری
POL.6	۹۵/۰۹/۰۲	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

✓ **دامنه:** کلیه بخش‌های مراقبت ویژه

✓ **تعاریف:** مراقبت‌های بحرانی: مراقبت‌هایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت‌های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت‌های تخصصی پیشرفته از ارگان‌های مختلف و مانیتورینگ صورت می‌پذیرد. این نوع مراقبت‌ها در بخش ویژه، در شرایط بحران به بیماران ارائه می‌شود.

✓ **صاحبان فرایند:** پزشک، پرستار

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** دستگاه مانیتورینگ قلبی، ترمومتر، دستگاه فشارخون سیار، پالس‌اکسی‌متر، دستگاه الکتروشوک، دستگاه ونتیلاتور

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

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدید

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** ارائه مراقبت از بیمارانی که به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، دچار آسیب یا نارسایی ارگان‌های متعدد شده، نیازمند دریافت مراقبت‌های مستمر و پایش مداوم است لذا بیمارستان جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات، از مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد اطمینان حاصل می‌کند.

✓ روش اجرایی:

۱. پرستار ملزم است که بیماران بحرانی را تحت مانیتورینگ قلبی قرار داده و در صورت کاهش یا افزایش هر کدام از موارد فوق پزشک یا رزیدنت ارشد را مطلع سازد و طبق نظر پزشک اقدامات مربوطه را انجام دهد. منظور از مانیتورینگ شامل اندازه‌گیری فشار سیستول و دیاستول، ریت قلبی، درصد اشباع اکسیژن، فشار متوسط شریانی، تعداد و الگوی تنفس و چک درجه حرارت بدن می‌باشد. این علائم هر ۵ تا ۱۵ دقیقه بسته به وضعیت بیمار توسط پرستار تا زمان stable شدن چک و در گزارش پرستاری ثبت می‌شود.

۲. بیمارانی که تحت عمل جراحی یا آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی قرار گرفته‌اند، محل عمل از نظر خونریزی و هماتوم هر ۱۵ دقیقه چک می‌شود.

۳. پرستار جهت اندازه‌گیری فشارخون با استفاده از مانیتورینگ به شیوه غیرتهاجمی و به روش استاندارد فشار بیمار را کنترل و ثبت می‌نماید. (وضعیت بازو باید طوری تنظیم شده باشد که شریان بازویی در سطح قلب قرار گیرد).

۴. در مورد بیمارانی که مشکل تنفسی دارند ($RR > 35$ و $RR < 10$ ، تنفس شکمی و افت $SpO_2 > 92$)، به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود و طبق دستور ABG انجام و جواب به اطلاع ایشان رسانده می‌شود تا اقدامات لازم از قبیل اکسیژن تراپی، اینتوباسیون و... انجام گردد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۵. در بیمارانی که اختلال ریتم دارند، ECG گرفته و به رویت پزشک معالج رسانده می‌شود و اقدامات درمانی لازم طبق دستور پزشک انجام می‌شود.
۶. پرستار جهت کنترل ریت قلبی با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان ریت قلبی را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.
۷. پرستار جهت کنترل تعداد تنفس، تعداد بالارفتن قفسه سینه را طی ۱۵ ثانیه یا ۱ دقیقه شمارش نموده و در پرونده ثبت می‌نماید (همچنان که نبض را کنترل می‌کند انگشتان خود را روی مچ بیمار نگه می‌دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس را شمارش می‌کند).
۸. پرستار جهت کنترل درصد اشباع اکسیژن خون شریانی، پروپ پالس اکسی متر را به بیمار وصل نموده و میزان آن را اندازه گیری و در پرونده بیمار ثبت نماید. اگر کمتر از ۹۰٪ بود به پزشک معالج اطلاع می‌دهد.
۹. پرستار بیماران حاد را طبق گام های زیر در بخش شناسایی می‌کند:
الف) فشارخون سیستولیک و دیاستولیک خارج از محدوده طبیعی باشد.
ب) ضربان قلب بیمار خارج از محدوده طبیعی ($PR > 100$) باشد.
پ) تعداد ریت تنفس خارج از محدوده طبیعی ($RR > 35$ و $RR < 10$ ، تنفس شکمی) باشد.
ت) O_2sat کمتر از ۹۲ باشد.
ث) درجه حرارت بیمار بالاتر از ۳۸ باشد.
۱۰. پرستار همزمان با انجام اقدامات نجات دهنده حیات بیمار، به پزشک معالج، مقیم یا رزیدنت اطلاع می‌دهد.
۱۱. بیمار در طی مدت کمتر از نیم ساعت توسط رزیدنت، پزشک مقیم یا پزشک معالج/پزشک مشاور ویزیت می‌شود.

✓ منابع / مراجع:

مراقبت‌های ویژه پرستاری (انتشارات رز دانش)

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	اعظم کارگریان فاطمه واقفی	سرپرستار CCU میرجلیلی سرپرستار اورژانس
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیرخدمات پرستاری
ابلاغ کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش ویژه

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
POL.7	۹۵/۰۹/۰۲	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

✓ **دامنه:** بخش های ویژه

✓ **تعاریف:**

پذیرش: پذیرفتن بیمار به عنوان شخصی که می‌توانند مراقبت‌های قابل ارائه را در بخش دریافت کند و به دستور پزشک معالج و پس از تشکیل پرونده در بخش بستری می‌شود.

ترخیص: بیمار بستری در بخش پس از دریافت درمان‌های لازم و بهبودی نسبی یا کامل با تشخیص پزشک معالج و یا رضایت شخصی خود و همراهیان می‌تواند بخش را ترک کند.

✓ **صاحبان فرایند:** پزشکان و پرسنل درمانی بخش‌های ویژه و پرسنل واحد پذیرش و ترخیص بیمارستان، خدمات

✓ **ذینفعان:** بیماران بستری در بخش‌های ویژه

✓ **منابع و امکانات:** ویلچر، برانکارد، کپسول اکسیژن

✓ **کارکنان مرتبط:** پزشک، کلیه پرسنل درمانی بخش‌های ویژه، منشی‌های بخش‌های ویژه، پرسنل واحد پذیرش و ترخیص بیمارستان

✓ **فرد پاسخگو:** پزشک معالج، مسئول بخش

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدید

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** به منظور برقراری ارتباط صحیح با مددجو و افزایش سطح ایمنی بیمار بیمارستان با هدف ارائه هر چه بهتر تمامی مراحل پذیرش و ترخیص از اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص به نحو صحیح اطمینان حاصل می‌کند.

بستری بیمار از اورژانس در بخش‌های ویژه:

۱. رزیدنت مستقر در اورژانس بیماران بستری در اورژانس قلب را جهت بستری در بخش‌های ویژه اولویت بندی می‌کند.
۲. پرستار بخش اورژانس با سوپروایزر جهت رزرو تخت بخش ویژه هماهنگی‌های لازم را انجام می‌دهد.
۳. همراه بیمار با دستور بستری از پزشک معالج یا رزیدنت وی جهت تشکیل پرونده بستری به واحد پذیرش مراجعه می‌کند.
۴. پرستار بخش اورژانس با کمک خدمات، بیمار را به همراه پرونده وی با برانکارد یا ویلچر و با مانیتورینگ به بخش ویژه منتقل می‌کند.
۵. پرستار اورژانس، خدمات را جهت انتقال صحیح بیمار به تخت راهنمایی می‌کند.
۶. پرستار اورژانس به طور کامل بیمار را تحویل پرستار بخش ویژه می‌دهد.

در صورت انتقال بیمار اینتوبه از اورژانس به بخش‌های ویژه

- ۱- پرستار اورژانس order پزشک را جهت انتقال بیمار اینتوبه به بخش ویژه کنترل و چک می‌نماید.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۲- پرستار بخش اورژانس با سوپروایزر جهت رزرو تخت بخش ویژه هماهنگی های لازم را انجام می دهد.
- ۳- همراه بیمار با دستور بستری از پزشک معالج یا رزیدنت وی جهت تشکیل پرونده بستری به واحد پذیرش مراجعه می کند.
- ۴- پرستار اورژانس جهت انتقال بیمار و استفاده از دستگاه ونتیلاتور هماهنگی های لازم را با پرستار بخش ویژه انجام می دهد.
- ۵- پرستار، بیمار را با برانکارد و تجهیزات لازم با همراهی تکنسین بیهوشی به بخش ویژه انتقال می دهد.
- ۶- پرستار بخش ویژه دستگاه ونتیلاتور را آماده و به بیمار وصل می کند و در اولین فرصت طبق دستور پزشک معالج مشاوره بیهوشی انجام و طبق آن تغییرات دستگاه انجام می شود.

الف - بستری بیمار از واحد پذیرش در بخش های ویژه :

۱. بیمار و همراهیان وی با داشتن دستور بستری از پزشک معالج به واحد پذیرش بیمارستان مراجعه می کنند.
۲. پرسنل واحد پذیرش جهت بستری نمودن بیمار با سوپروایزر هماهنگی های لازم را انجام می دهد.
۳. پرسنل واحد پذیرش پس از تشکیل پرونده بستری، بیمار و همراهیان وی را به بخش ویژه راهنمایی می کند.
۴. پرستار بخش ویژه، بیمار را جهت انتقال صحیح به تخت راهنمایی می کند.
۵. خدمات بخش یا همراهیان به بیمار جهت تعویض لباس کمک می نمایند.
۶. پرستار، بیمار را به دستگاه مانیتورینگ وصل می نماید.
۷. پرستار علائم حیاتی بیمار کنترل می کند و در پرونده بیمار ثبت می نماید.
۸. پزشک معالج و یا رزیدنت وی بیمار را جهت گذاشتن دستورات دارویی و گرفتن شرح حال ویزیت می کند.
۹. پرستار، EKG و نمونه خون بیمار را برای انجام آزمایشات مورد نیاز طبق دستور پزشک معالج می گیرد.
۱۰. پرستار دارو درمانی را طبق دستور پزشک معالج شروع می کند.
۱۱. پرستار جهت کاهش اضطراب بیمار، آموزش های لازم را نسبت به بخش و تجهیزات ارائه می دهد.

ب- ترخیص بیمار از بخش های ویژه

۱. پزشک معالج یا رزیدنت قلب، بیمار را ویزیت می کند و دستور ترخیص توسط ایشان نوشته می شود و یا در صورت رضایت شخصی بیمار و همراهان پس از اطلاع به پزشک معالج، فرم مربوطه را در پرونده بیمار امضاء و انگشت می زنند.
۲. پزشک و یا مسئول آموزش بیمار، آموزشهای لازم را جهت مراقبتهای پس از ترخیص، درمانهای لازم و مراجعات بعدی به بیمار توضیح می دهد.
۳. نسخه دارویی بیمار توسط پزشک معالج و یا رزیدنت نوشته می شود و چگونگی مصرف دارو و سایر آموزشهای لازم (رژیم غذایی، مراقبت از زخم، میزان فعالیت روزانه) توسط ایشان و یا مسئول آموزش بیمار توضیح داده می شود.
۴. خلاصه پرونده بیمار توسط پزشک معالج یا اینترن قلب نوشته می شود.
۵. امورات مربوط به پرونده توسط منشی بخش انجام می شود و برگه دوم خلاصه پرونده و آموزش به بیمار و همچنین سایر مدارک لازم به بیمار تحویل داده می شود و پرونده توسط منشی بخش به واحد ترخیص ارسال می گردد.
۶. پس از تسویه حساب بیمار توسط همراهیان وی و تحویل برگه تسویه حساب به بخش ویژه، لباس بیمار با کمک همراهیان و خدمات بخش تعویض می شود و پرستار بیمار آنژیوکت وی را خارج می کند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۷. پس از اطمینان از انجام همه امور مربوط توسط پرستار، بیمار با پای خود و یا در صورت نیاز به وسیله‌ی برانکارد یا ویلچر بخش را ترک می‌کند.

اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش CCU

بیمارانی که بیماری های حاد، شدید و ناپایدار قلبی و نیاز به درمان تخصصی، نظارت شبانه روزی دارند بستری می شوند از جمله این بیماری ها می توان به آنژین های ناپایدار قلبی، انفکتوس میوکارد، نارسایی های قلبی، ادم حاد ریه، آمبولی ریه، post PCI و آریتمی های قلبی اشاره کرد. همچنین بیمارانی که بعد از عمل جراحی و یا سزارین نیاز به مانیتورینگ داشته باشند مانند اکلمپسی، پره اکلمپسی و آریتمی های گذرا حین عمل جراحی نیز در بخش سی سی یو بستری می گردند.

اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش ICU

بیماران بستری در بخش ICU شامل بیماران نیازمند مراقبت ویژه و تخصصی بعد از اعمال جراحی قلب باز و همچنین تعویض دریچه های قلبی می باشد. همچنین در مواردی بیماران بعد از احیا قلبی- ریوی در بخش های بستری که نیاز به تهویه مکانیکی و مانیتورینگ مداوم دارند نیز در این بخش بستری می گردند.

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	لیلا باغعلیشاهی	سوپروایزر
	اکرم مجرد	سرپرستار CCU عادل زاده
	فاطمه واقفی	سرپرستار اورژانس
تایید کننده	محمدعلی مهیجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۳

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
POL.8- 1	۹۵/۰۹/۰۱	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۷

✓ **دامنه:** کلیه بخشهای بستری

✓ **تعاریف: شرایط اورژانسی:** شرایطی است که حیات بیمار بدون مداخلات فوری تهدید و یا عوارض جدی به وی تحمیل می شود.

✓ **صاحبان فرایند:** پزشک، پرستار، سوپروایزر

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** داروهای حیات بخش و ضروری - ترالی اورژانس - دستگاه ECG و الکتروشوک

✓ **کارکنان مرتبط:** پرستار - پزشک

✓ **فرد پاسخگو:** سرپرستار

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** نظارت و بازنگری دوره‌ای

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** با توجه به لزوم ارائه به موقع خدمات درمانی و مراقبت حیاتی و نجات بخش به بیماران بدحال و اورژانسی بیمارستان با هدف رسیدگی و رفع مشکلات به موقع بیماران بستری که دچار شرایط اورژانسی شده‌اند این خط مشی را اجرا می نماید.

✓ **روش اجرایی:**

۱. پرستار در ارزیابی اولیه و ارزیابی های مستمر، بیمارانی که احتمال وخامت حال آن ها را می دهد، شناسایی می کند.
۲. پرستار بیمار را در اتاق مشرف ایستگاه پرستاری بستری کرده و ۱۵ دقیقه یکبار بیمار را تحت مانیتورینگ مداوم و مراقبت های فیزیولوژیکی قرار می دهد.
۳. پرستار به بیمار و همراه وی آموزش های لازم در مورد علائم خطر و وخامت حال بیمار را می دهند.
۴. پرستار با بررسی مداوم این بیماران در کوتاه ترین زمان تغییر وضعیت علائم حیاتی و وخامت حال بیمار را شناسایی می کند.
۵. پرستار سریعاً اقدامات نجات دهنده حیات را انجام می دهد.
۶. پرستار وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک معالج می رساند.
۷. پرستار بیمار را طبق دستور پزشک به بخش مراقبت های ویژه منتقل می کند.
۸. پرستار وضعیت بیمارانی که افت سطح هوشیاری، علائم حیاتی غیرطبیعی یا ناپایدار و افت o_2sat دارد را به پزشک معالج اطلاع می دهد و در صورت لزوم کد ۹۹ اعلام می نماید.

نکته: در صورت عدم حضور پزشک معالج به پزشک مقیم یا رزیدنت اطلاع داده می شود.

نکته: بیماران بدحالی که امکان انتقال به بخش ویژه را ندارند (عدم وجود تخت خالی در بخش های ویژه) باید یک پرستار آموزش دیده در نظر گرفته شود و یا در صورت عدم وجود نیرو کافی در بخش به دفتر پرستاری جهت تامین نیروی مورد نیاز اطلاع داده شود تا به صورت مستمر بر بالین بیمار حضور داشته باشد.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	فاطمه رحیقی سکینه گنجی	سوپروایزر آموزشی سرپرستار CCU کاجی
تایید کننده	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

ویرایش: ۵

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال اورژانسی در بخش بستری اورژانس

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری:
POL.8- 2	۹۵/۰۹/۰۵	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۸

✓ **دامنه:** بخش اورژانس

✓ **تعاریف:** بیماران بدحال به بیمارانی اطلاق می‌گردد که نیاز به اقدامات فوری ویژه نظیر اقدامات تنفسی (اینْتوباسیون و وصل به ونتیلاتور) اقدامات قلبی، شوک و... دارند.

✓ **صاحبان فرایند:** پزشک مسئول شیفت، مسئول شیفت، پزشکان آنکال و مقیم

✓ **ذینفعان:** بیماران

✓ **منابع و امکانات:** ویلچر، برانکارد، دستگاه فشارسنج، دستگاه الکتروشوک، دستگاه گلوکومتر، دارو

✓ **کارکنان مرتبط:** پزشکان و پرستاران بخش اورژانس و پزشکان مقیم و آنکال

✓ **فرد پاسخگو:** مسئول بخش

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** بازدیدهای دوره ای

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** به منظور خدمت رسانی به بیمارانی که طبق نظر پزشک اورژانس به مراقبتهای ویژه نیاز دارند بیمارستان با هدف افزایش و ارتقاء خدمات تخصصی، سیاست اجرای این خط مشی را اجرا می‌کند.

✓ **روش اجرایی:**

۱. پرستار تریاژ ابتدا بیمار بدحال را بلافاصله بعد از ورود به اورژانس سطح بندی نموده سپس علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار را بررسی نموده، بیمار را فوراً به اتاق CPR ارجاع داده و در صورت لزوم کد احیاء را با حضور سوپروایزر براساس دستورالعمل فعال نموده و همزمان به پزشک اورژانس/ پزشک متخصص اورژانس و رزیدنت اطلاع می‌دهد.

۲. پرستار اورژانس/ تکنسین بیهوشی اورژانس به محض ورود بیمار بدحال به اتاق CPR وی را مانیتور و سطح هوشیاری و راه هوایی را چک می‌نماید.

۳. پزشک/ پزشک متخصص اورژانس به محض اطلاع از حضور بیمار بدحال در اورژانس بر بالین وی حاضر شده و بیمار را بطور کامل معاینه می‌نماید.

۴. پزشک متخصص طب اورژانس/ تکنسین بیهوشی در صورت کاهش سطح هوشیاری و افت O2sat بیمار اینتوبه و در صورت تایید پزشک و عدم ریتم قلبی CPR شروع می‌شود.

۵. پزشک متخصص اورژانس/ رزیدنت مدیریت تیم احیاء را بر عهده گرفته و تا ورود تیم احیاء CPR توسط پرسنل اورژانس انجام می‌گیرد.

۶. در صورت نیاز پزشک متخصص اورژانس براساس قوانین و مقررات آنکالی مصوب معاونت سلامت وزارت بهداشت وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک متخصص آنکال می‌رساند و ایشان حداکثر طی ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر می‌گردند.

۷. پزشک طب اورژانس/ رزیدنت عملیات احیاء را طبق دستورالعمل وزارت بهداشت ادامه می‌دهد و حین CPR دستور کنترل علائم حیاتی بیمار را جهت ختم و یا ادامه عملیات می‌دهد.

۸. پرستار اورژانس علائم حیاتی بیمار را کنترل و وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک متخصص اورژانس می‌رساند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۹. سوپروایزر در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء و تثبیت وضعیت بیمار جهت انتقال وی به بخش مراقبتهای ویژه هماهنگی های لازم را بعمل می آورد.

۱۰. سوپروایزر در صورتی که در بخش های ویژه بیمارستان تخت خالی وجود نداشته باشد و یا امکان ارائه خدمات درمانی در این مرکز وجود نداشته باشد جهت اعزام بیمار به دیگر مراکز درمانی هماهنگی های لازم را بعمل می آورد.

۱۱. پرستار مسئول شیفت در صورت عدم موفقیت عملیات احیاء جهت انتقال متوفی به سردخانه هماهنگی های لازم را بعمل می آورد.

منابع / مراجع: سیاست بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر محمدعلی غیاث	مسئول فنی اورژانس
	اعظم کارگریان	سرپرستار CCU میرجلیلی
	محمد هادی زحمتکش	سوپروایزر
	فاطمه واقفی	سرپرستار اورژانس
تایید کننده	محمدعلی مهبجی	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	رئیس بیمارستان

شماره ویرایش: ۵

نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.9	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۴

✓ **دامنه:** کلیه بخش های بیمارستان

تعاریف: وقایعی که بصورت ناخواسته (عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم موفقیت در درمان بیماری یا جراحی که انتظار بهبودی و درمان آن بوده است) یا اتفاق ناخواسته پزشکی که غیرقابل پیش بینی بوده به نحوی که توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب یا صدمه روحی-روانی به بیمار شده است.

کد شاخص	عنوان شاخص	کد شاخص	عنوان شاخص	کد شاخص	عنوان شاخص
کد ۱	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	کد ۲	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر	کد ۳	انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
کد ۴	جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس در بدن	کد ۵	مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی	کد ۶	تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
کد ۷	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	کد ۸	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)	کد ۹	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال گونه آمبولی عروقی
کد ۱۰	ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	کد ۱۱	مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد در بیمارستان بستری که نیازمند مراقبت امن و یا سطح بالای تحت نظر می باشند مانند دمانس، سایکوز، اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی	کد ۱۲	خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
کد ۱۳	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو....	کد ۱۴	مرگ یا ناتوانی با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی	کد ۱۵	کلیه موارد مرگ مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
کد ۱۶	مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی	کد ۱۷	زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار	کد ۱۸	کرنیکتروس نوزاد ناشی از تفل در درمان
کد ۱۹	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات	کد ۲۰	مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.	کد ۲۱	حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر....)

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

سوخستگی‌های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطلاق عمل (مانند: سوختگی‌های بدن به دنبال جراحی قلب)	کد ۲۲	موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)	کد ۲۳	سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله،...)	کد ۲۴
موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	کد ۲۵	هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارد به بیمار	کد ۲۶	ربودن بیمار	کد ۲۷
اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	کد ۲۸	کلیه موارد مرگ نوزاد به دنبال زایمان طبیعی و یا سزارین	کد ۲۹		

✓ **صاحبان فرایند:** کلیه بخش های درمانی

✓ **ذینفعان:** گیرندگان خدمت

✓ **منابع و امکانات:** نیروی انسانی، فضای فیزیکی مناسب

✓ **کارکنان مرتبط:** ریاست و مدیریت، پزشکان، مدیر پرستاری و سرپرستاران، پرستار و دبیر کمیته مرگ و میر

✓ **فرد پاسخگو:** کارشناس رسیدگی به شکایات، ریاست بیمارستان

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** از طریق بررسی مستندات و اقدامات انجام شده

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** بیمارستان به منظور برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های درمانی، افزایش مهارتهای بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت و سهل انگاری در سیر درمان و پیشگیری از بروز وقایع ناخواسته درمانی و جبران خسارت وارد به بیماران ناشی از وقایع ناخواسته با رعایت اصول اخلاقی و کرامت انسانی، این خط مشی را اجرا می کند.

✓ **روش اجرایی:**

۱- کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی به طور مستقیم و غیرمستقیم مسئول خطاهای رخ داده در مورد بیماران می باشند، بنابراین چنانچه غفلت، عدم رعایت موازین قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد می بایست فرد خاطی نسبت به جبران آن برآید.

۲- در صورت بروز وقایع ناخواسته که منجر به خسارت به بیمار شود، شرح گزارش واقعه توسط سرپرستار یا مسئول شیفت به کارشناس ایمنی، سوپروایزر یا دفتر رسیدگی به شکایات اعلام گردد.

۳- در طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه، بیمار / همراه به دفتر ریاست دعوت می شود.

۴- مسئولان، کارکنانی که در کمیته اخلاق بالینی جهت توضیح فرایند به بیمار/ همراهان تعیین شده اند، ریاست، مدیریت، مترون و سوپروایزرین بیمارستان می باشند.

۵- در صورت لزوم بنا به تشخیص ریاست بیمارستان، پرسنل درگیر واقعه ناخواسته جهت توضیح فرایند یا اظهار پشیمانی و تاسف و عذرخواهی جهت حضور در جلسه شرکت می نماید.

۶- اعضای تعیین شده از سوی کمیته اخلاق بالینی، بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته با برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/ همراه ضمن تشریح حادثه رخ داده اظهار پشیمانی و تاسف می نماید.

۷- اعضای تعیین شده از سوی کمیته اخلاق بالینی درخصوص اطلاع رسانی واقعه ناخواسته به بیمار/ همراهان در ابتدا باید آمادگی لازم را داشته باشند و مکالمه را شروع کند و واقعیات را بیان نموده و در ادامه به سخن بیمار/ همراهان با دقت گوش دهد. (گوش دادن فعال) و در ادامه نتیجه گیری و صورتجلسه شود.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

- ۸- بیمار/ همراهان که وقایع ناخواسته برای آنها اتفاق افتاده، انتظارات و خواسته هایی دارد که در جلسه، این خواسته های منطقی به موقع تشخیص داده و نسبت به رفع آن اقدامات لازم انجام می شود.
- ۹- راهنمایی های لازم جهت پیگیری بیمار/ همراهان از طریق مراجع قانونی صورت می گیرد.
- ۱۰- حفظ محرمانگی وقایع رخ داده انجام می شود و مستندات جلسه جهت حفظ محرمانگی توسط دبیر کمیته اخلاق بالینی بایگانی می شود.
- ۱۱- اعضای حاضر در جلسه اتفاقات جلسه را بیرون از جلسه بازگو نمی کنند.
- ۱۲- کلیه پرسنل از بیمه مسئولیت حرفه ای برخوردار می باشند و بیمارستان هماهنگی لازم را جهت بیمه مسئولیت پرسنل انجام می دهد.
- ۱۳- از بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت هزینه ی مرتبط با آن اعم از هتلینگ، دارو و لوازم و... و همچنین بابت طولانی شدن مدت بستری و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته هزینه ای دریافت نمی کند.
- ۱۴- درخصوص جبران خسارت های وارده (اعم از جسمی، مالی، روحی و روانی) به بیمار در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی و روانی انجام می پذیرد و برای جبران نحوه خسارت وارده بر اساس شکایات واصله یا دریافت گزارش در حین بازدیدهای میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین در کمیته اخلاق بیمارستان تصمیم گیری خواهد شد.

منابع / مراجع: اعتبار بخشی - تجربیات بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر عباس صادقی فاطمه سادات حسینی فاطمه بوستانی فاطمه عمرانی	مسئول مددکاری کارشناس رسیدگی به شکایات مسئول بهبود کیفیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۲

مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل‌های مورد انتظار

کد خط مشی:	تاریخ تدوین:	تاریخ بازنگری:	شماره بازنگری
POL.10	۹۸/۸/۳۰	۱۴۰۴/۰۲/۰۱	۴

✓ **دامنه:** کلیه بخشهای درمانی

✓ **تعاریف:**

۱- مددکار اجتماعی: کلیه افرادی که در واحدهای مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها مشغول به ارائه خدمت به بیماران هستند

۲- گروههای هدف مددکاری اجتماعی: شامل کلیه افرادی است که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت می‌کنند یا به این خدمات نیازمند هستند و عبارتند از بیماران بی بضاعت و تحت پوشش سازمان‌های حمایتی، کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان و معلول، سالمندان، بیماران پیوندی، بیماران روانی، معلولان جسمی و ذهنی، محکومین یا مجرمین بیمار، افراد دارای اختلال مصرف مواد، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه، نوزادان رها شده یا نوزادان متولد شده از ازدواج‌های غیر ثبتی با هویت نامعلوم پدر یا پدر غیر ایرانی، جمعیت‌های در معرض خطر (کودک آزاری، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، اختلال سایکوتیک، بی خانمانی، بیماری خاص، صعب‌العلاج، مادران پرخطر، بیماران غیرایرانی فاقد مدرک، بیماران ایرانی فاقد بیمه دارای مدرک، اتباع بیگانه، بیماران تصادفی و مصدومان ناشی از ضرب و شتم.

۳- مجهول الهویه: به افرادی اطلاق می‌شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند: اول: فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی جهت ارائه خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است. دوم: نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقباً تحت پوشش بهزیستی قرار می‌گیرند. سوم: فرد فاقد اسناد هویتی (ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

۴- منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روانپزشکی / اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری) (بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضد اجتماعی، افراد بی خانمان و... از این گروه بیماران / مراجعین هستند.

✓ **صاحبان فرایند:** مسئول مددکاری اجتماعی، مددکار اجتماعی و کلیه پرسنل درمانی و اداری

✓ **ذینفعان:** گیرندگان خدمت

✓ **منابع و امکانات:** دستورالعمل‌ها و سامانه‌های بیمارستان و دانشگاه، نهادهای حمایتی و اجتماعی و بیمه‌ای، موسسات خیریه

✓ **کارکنان مرتبط:** مسئول مددکاری اجتماعی، مددکار اجتماعی، مسئول حقوق گیرنده خدمت، پزشکان، مدیر پرستاری،

سوپروایزر، روسا و سرپرستاران بخش‌ها،

✓ **فرد پاسخگو:** مسئول مددکاری اجتماعی

✓ **روش نظارت یا پایش خط مشی:** مشاهده، مصاحبه، و بررسی مستندات و نظارت بر اجرای فرآیند

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی:** واحد مددکاری اجتماعی با ارائه حمایت های روانی اجتماعی و حمایت های اقتصادی و با تمرکز بر تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عوامل محیطی سعی در ارتقا سلامت و کاهش هزینه های درمانی دارد.

تعاریف:

✓ **روش اجرائی:**

۱- نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی

۱-۱ مددکاری اجتماعی برای شناسایی سریع و به موقع گروه های آسیب پذیر از فرایند راند و تریاژ مددکاری اجتماعی استفاده می کند.
۱-۲ افراد نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی، از طریق ریاست و مدیریت مرکز، پزشکان، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، واحدهای ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات به صورت تلفنی یا حضوری به مددکار اجتماعی معرفی می شوند.

۱-۳ فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه بخش های بیمارستان قرار گرفته است. (از طریق اتوماسیون اداری)

۱-۴ تمامی موارد ارجاعی از بخش ها در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار اجتماعی جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار حاضر می شود.

۱-۵ مددکار اجتماعی تمامی بیماران در معرض خطر و آسیب دیده را که به حمایت و پشتیبانی نیاز دارند شناسایی کرده و متناسب با نوع مشکل برنامه حمایتی ویژه آن گروه را ارائه میکند.

۲- ملاکها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی

۲-۱ مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند بررسی مستندات در دسترس (از جمله مطالعه پرونده قبلی)، مشاهده، مصاحبه و بازدید از منزل استفاده نماید.

۲-۲ مددکار اجتماعی در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار میدهد و یا بیمارانی که به واحد مددکاری مراجعه می نماید را ارزیابی تخصصی انجام میدهد.

۲-۳ مددکار اجتماعی پرونده ی پزشکی بیمار را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند و اطلاعات مورد نیاز را از آنان کسب می نماید.

۲-۴ در صورت لزوم، جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمار، پیگیری های برون و درون سازمانی انجام می شود.

۲-۵ مددکار اجتماعی بایستی پس از جمع آوری اطلاعات فرم هایی که به منظور ارزیابی وضعیت بیمار وجود دارد را تکمیل نموده و به عنوان مستندات در پرونده ی بیمار بایگانی کند.

۲-۶ مددکار اجتماعی برنامه ای جهت انجام حداقل پیگیری پس از ترخیص برای بیمارانی که به خدمت نیازمندند در نظر بگیرد. پیگیری ها از طریق تلفن و در صورت نیاز بازدید از منزل انجام می شود.

۳- تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری

۳-۱ مددکار اجتماعی موظف است بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران اعصاب و روان، بیماران خاص، سوختگی، مجهول الهویه و نوزاد رها شده که به واحدهای

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

مددکاری ابلاغ شده است را در چارچوب تعیین شده برای بیماران اقدام نماید و مددکاران اجتماعی موظفند در چارچوب تعیین شده نسبت به خدمت رسانی برای این بیماران اقدام نمایند.

۳-۲ مراجعین واحد مددکاری اجتماعی از طریق ارجاع درون بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعاتی بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و موسسات دولتی و خصوصی فدر فرایند راند و تریاژ و یا به صورت خودمعرف شناسایی میشوند.

۳-۳ مددکار اجتماعی موظف است با استفاده از فرم های پروتکل مددکاری اجتماعی که جهت ارزیابی وضعیت اجتماعی، اقتصادی بیماران مورد استفاده قرار می گیرند و با استناد به این فرم ها، شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی انجام می شود.

۴- نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخشهای مختلف

بیمارستان

۴-۱ مددکار اجتماعی موظف است فهرستی از گروههای هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخشها و مدیر پرستاری قرار دهد.

۴-۲ مددکار اجتماعی در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه ها را با کارکنان بالینی مرور می کند.

۴-۳ مددکار اجتماعی در قالب مکاتبات اداری، کلیه پرسنل بیمارستان را از گروههای هدف و معیارهای نیازمندی (به صورت کلی) آگاه می کند.

۵- نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری اجتماعی برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر

اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان

۵-۱ کلیه بخشهای بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی با ورود به پرونده بالینی بیمار در سامانه HIS و همچنین از طریق تماس تلفنی و یا در فرآیند راند مراتب نیازمندی و شرح خدمت مورد نیاز را به مددکار اجتماعی بیمارستان اطلاع دهند.

۵-۲ مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارشهای مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود.

۵-۳ لازم است مددکار اجتماعی فرم های ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد را که از طریق HIS به ایشان معرفی شده اند و یا به روشهای مختلف شناسایی نموده است، تکمیل کرده و در پرونده بالینی بیمار ثبت نماید.

۶- شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری

اجتماعی

۶-۱ مددکار اجتماعی جهت شناسایی بیماریهای شایع و نیازهای بومی منطقه ی محل خدمت کلیه اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در فایل اکسل، جمع بندی کرده و آمار و اطلاعات استخراج شده را همراه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید.

۶-۲ مددکار اجتماعی موظف است این نیازها (پیشگیری، درمانی، توانبخشی) را اولویت بندی کرده و بر اساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد.

۶-۳ مددکار اجتماعی موظف است در راستای رفع نیازهای شناسایی شده از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید.

۶-۴ مددکار اجتماعی موظف است بخشی از نیازهای شناسایی شده را از طریق سایر مراکز بهداشتی و درمانی و در قالب برنامه های پیشگیرانه خانه های بهداشت و از طریق مکاتبات اداری این نیازها را به مراکز مربوطه اطلاع رسانی کند.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۵-۶ لازم است مددکار اجتماعی کلیه مستندات مربوط به پیگیری ها و مکاتبات صورت گرفته را بایگانی نموده و در کمیته های بیمارستانی مطرح و مصوبات لازم را پیگیری نماید.

۷- نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای

حمایت از مددجویان

۱-۷ مددکار اجتماعی موظف است بانک اطلاعاتی به روز که حاوی نام و مشخصات، وظایف و نوع خدمات ارائه ای توسط نهادها، سازمان ها، موسسات مرتبط با بیمارستان و مشخصات فرد پاسخگو با شماره تماس و آدرس در سازمان مورد نظر را تهیه کند.

۲-۷ مددکار اجتماعی موظف است از دستورالعمل ها و شیوه کار سازمان های خیریه و حمایتی آگاهی کامل دارد و از نحوه کار با آنها را اطلاع دارد.

۳-۷ در صورتی که برای ارائه خدمات بیشتر یا تکمیلی به ارجاع برون سازمانی بیماران نیاز باشد، منابع و موسسات حمایتی به گیرندگان خدمت معرفی می شود که به صورت شفاهی و مکتوب است.

۴-۷ به منظور بهبود کیفیت ارائه ی خدمات به مراجعین نیازمند و استفاده حداکثری از منابع اجتماعی برگزاری جلسات کاری مشترک و با ارائه آمار و ارقام و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، می تواند هماهنگی های برون سازمانی را تقویت نماید.

۵-۷ مددکار اجتماعی از طریق تماس تلفنی یا مصاحبه حضوری نسبت به پیگیری خدمات ارائه شده از سوی سازمان حمایتی مقصد اطمینان حاصل می کند و در صورت عدم خدمت رسانی مناسب، فرآیند ارجاع را اصلاح می نماید.

۸- نحوه ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه

۱-۸ مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس یا از طریق سامانه اطلاعاتی بیمارستان از بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه آگاه می شود.

۲-۸ مددکار اجتماعی در ارزیابی اولیه از طریق مصاحبه با بیمار، مشاهده وضعیت، مطالعه پرونده بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان انجام می دهد.

۳-۸ طی ۲۴ ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه لازم را تنظیم نماید و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.

۴-۸ مددکار اجتماعی از طریق مکاتبه مستقیم با مقام قضایی نسبت به کسب مجوز های لازم اقدام نماید.

۵-۸ در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه درمانی بیمار از طریق هماهنگی با بهزیستی و نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید.

۶-۸ در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی و شیر خوارگاه اطلاع داده شود و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ شود.

۷-۸ در مورد بیماران بی خانمان، مددکار اجتماعی جهت ترخیص ایمن و مراقبت های درمانی پس از ترخیص هماهنگی های لازم را با بهزیستی و سایر سازمان های مربوطه انجام می دهد.

۸-۸ در مورد بیماران بدون همراه، مددکار اجتماعی نسبت به شناسایی همراهان بیمار اقدامات مقتضی را انجام می دهد.

۹- نحوه و محدوده حمایت های مالی از مددجویان نیازمند

۱-۹ مددکار اجتماعی موظف است کلیه حمایت های مالی از بیماران نیازمند پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان باشد و شامل بیماران نیازمند، خاص، سرطانی، سوختگی، بیماران اعصاب و روان و بیماران با نیازهای ویژه است.

مرکز آموزشی و درمانی محمد صادق افشار

۲-۹ مددکار اجتماعی موظف است جهت مساعدت در هزینه های درمانی وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت نماید. در صورت لزوم فرم های ارزیابی تخصصی و ارزیابی روانی اجتماعی نیز برای بیماران تکمیل می گردد. ۳-۹ مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد. همچنین هزینه های لازم جهت صدور بیمه ی درمانی برای بیمارانی که فاقد بیمه هستند نیز از محل همین اعتبارات تامین شود.

۴-۹ لازم است مددکار اجتماعی در تهیه ی فهرست اقلام و وسایلی که بیماران به آن نیاز دارند با واحد های مربوطه همکاری نماید. ۵-۹ در خصوص جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه های مددجویان، بیمارستان طی برنامه ای مشخص با همکاری واحد مددکاری شناسایی بیماران دارای ناتوانی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی / تشخیصی/ توانبخشی را از طریق تلفنی / حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری می نماید.

۱۰- نحوه ارزیابی عملکرد مددکار اجتماعی و بازنگری مستمر روشها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار اجتماعی

۱-۱۰ عملکرد واحد مددکاری به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که از طریق فرم های مربوطه و یا سامانه اطلاعات الکترونیک ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است. مددکار اجتماعی موظف است هر روز راند بخش را انجام داده و فرم های ارزیابی تخصصی را برای بیماران نیازمند به خدمات حرفه ای تکمیل نماید و در پرونده ی بالینی بایگانی نماید، ریت فرم های مصوب تکمیل شده و گزارش گیری از سامانه اطلاعاتی بیمارستان در ارزیابی واحد مددکاری مورد توجه قرار گیرد.

۲-۱۰ در ارزیابی مددکاران اجتماعی باید به توانمندی های فردی و حرفه ای، ارتباطات و تعاملات درون و برون سازمانی، قابلیت های اجتماعی و خلاقیت و علاقه مندی به حرفه توجه نمود.

۳-۱۰ مقایسه روند کار واحد مددکاری اجتماعی و میزان دستیابی به اهداف سازمانی، رضایتمندی بخش ها، تنظیم خط مشی ها و روش های کاری منطبق بر آن، نمره ی ارزشیابی سالیانه و نمره ی کیفی واحد مددکاری اجتماعی و فرم رضایت سنجی شکایت نیز از جمله آیت های است که در روند ارزیابی انجام می شود.

۴-۱۰ میزان مشارکت و حضور مددکار اجتماعی در کمیته های بیمارستانی، عملکرد مددکار در جذب خیرین و آورده های اقتصادی، برگزاری دوره ها و نشست های تخصصی، انعقاد تفاهم مشترک درون و برون سازمانی، ارائه گزارش های تحلیلی به صورت دوره ای، میزان همکاری در تیم درمان، توانایی و قابلیت های مددکاری اجتماعی در انتقال دانش و تجارب حرفه ای به سایر همکاران و مشارکت در آموزش های حرفه ای هم باید در ارزیابی واحد های مددکاری اجتماعی مد نظر است.

منابع / مراجع: بسته آموزشی پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی سنج مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری

اجتماعی، تجربیات بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	دکتر عباس صادقی	مسئول مددکاری
تایید کننده	دکتر عباسعلی معظمی	مدیر بیمارستان
تصویب کننده	دکتر حسن حقانی نژاد	ریاست بیمارستان

شماره ویرایش: ۲