



عنوان خط مشی: اخذ رضایت آگاهانه

کد خط مشی: C-۲- FS-۱۱۱

تعداد صفحه: ۱ از ۳

تاریخ تدوین: ۹۲/۱۰/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف: رضایت آگاهانه بیمار عبارت است از توافق آزادانه (و ابطال پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی.

هدف:

- انجام صحیح فرایند اخذ رضایت آگاهانه
- اطلاع رسانی به بیمار و ارتقاء آگاهی وی از پروسیجر تشخیصی درمانی تهاجمی
- کمک به تصمیم گیری وی
- اخذ رضایت آگاهانه طبق دستورالعمل ها

سیاست:

- تهیه ی لیست اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی
- تهیه فرم رضایت آگاهانه
- برگزاری دوره های آموزشی به منظور ارتقاء وبه روزرسانی دانش ومهارت پرسنل

دامنه خط مشی:

: پزشکان عمومی، متخصص، پرستاران، ماماها، پرسنل اتاق های عمل، پرسنل رادیولوژی و سایر کادر درمانی انجام دهنده پروسیجر

فرد پاسخگوی خط مشی: پرسنل انجام دهنده پروسیجر

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن):

- ۱- لیستی از اقدامات تشخیصی تهاجمی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند با استعلام از پزشکان متخصص هر رشته توسط کارشناس ایمنی بیمار تهیه و تدوین شده است.
- این لیست مشخص که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ میگردد، حداقل شامل موارد ذیل است:
- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی وجراحی، بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق، استفاده از خون و فرآورده های خونی، همودیالیز



بسمه تعالی

مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: اخذ رضایت آگاهانه

کد خط مشی: C-۲- FS-۱۱۱

تاریخ تدوین: ۹۲/۱۰/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۲ از ۳

- ۲- لیست مزبور به تأیید رئیس و مسئول بخش رسانده میشود.
 - ۳- لیست مزبور بعد از تأیید توسط مسئول ایمنی به بخشهای درمان و واحدهای پاراکلینیک ابلاغ میشود.
 - ۴- دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه ارسالی از معاونت درمان توسط کارشناس ایمنی بیمار به کلیه بخشها و واحدها ارسال میشود.
 - ۵- فرم رضایت و برائت به کلیه پرسنل علی الخصوص پرسنل جدیدالورود در حین آموزشات بدو ورود توسط سرپرستار بخش آموزش داده میشود.
 - ۶- فرم رضایت آگاهانه توسط واحد مدارک پزشکی در اختیار بخشها قرار میگیرد.
 - ۷- فرم توسط پرستار در پرونده بیمارانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند، قرار میگیرد.
 - ۸- نام و مشخصات بیمار توسط پرستار در برگه رضایت آگاهانه ثبت میشود.
 - ۹- اطلاعات لازم در زمینه خطرات، محاسن و جایگزینهای روش فعلی قبل از اخذ رضایت آگاهانه از گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی، به زبان ساده و قابل درک، توسط پزشک معالج و یا پرستار مسئول بیمار در اختیار گیرنده خدمت قرار میگیرد و در برگه رضایت آگاهانه درج میگردد.
 - ۱۰- علاوه از مهر و امضای برگه رضایت آگاهانه توسط گیرنده رضایت، توسط یک نفر شاهد نیز مهر و امضا میشود.
 - ۱۱- بیمار و همراه وی (ترجیحاً قیم بیمار) در پایان فرم مربوط را امضا و اثر انگشت خود را درج مینمایند.
 - ۱۲- اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدیدکننده زندگی، اختلالات هوشیاری الزامی نیست..
 - ۱۳- امضا و اثر انگشت فرم توسط پزشک مربوطه و پرسنل درمانی اخذ می گردد.
 - ۱۴- رضایت اخذ شده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده و در پرونده گیرنده خدمت درج میگردد.
- توجه :

۱. گذاردن سوند فولی، بازکردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمیشود.
۲. پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

۱	بسمه تعالی مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر		
	عنوان خط مشی: اخذ رضایت آگاهانه		
تاریخ تدوین: ۹۲/۱۰/۱		کد خط مشی: C-۲- FS-۱۱۱	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶		تعداد صفحه: ۳ از ۳	

روش نظارت بر خط مشی: کنترل و پایش پرونده های بیمار — مصاحبه با بیمار

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن: (برحسب ضرورت)

جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
فرنوش جاملو	سوپروایزر بالینی	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حلمای مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار CCU
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	افسانه آزادمهر	مسئول مدارک پزشکی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار	اقدس ایلاتی	سرپرستار جراحی
نسرین خانش پور	سرپرستار زنان	معصومه آرامی	سرپرستار داخلی

تائید کننده و ابلاغ کننده: دکتر سینا پیرزه	سمت: رئیس بیمارستان
--	---------------------

منابع مورد استفاده:

(۱) دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه - (۲) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - (۳) منشور حقوق بیمار



عنوان خط مشی: شناسایی و تایید هویت بیماران

کد خط مشی: C1-BCC-114

تعداد صفحه: ۱ از ۳

تاریخ تدوین: ۹۲/۳/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف:

عدم شناسایی بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده و... می شود. و این مرکز طی ارائه راهکار مناسب در سطح استانداردهای WHO و دستورالعمل های موجود تلاش می کند که بیماران در همه ی مراحل درمان بیماری خود از زمان بستری تا ترخیص به درستی شناسایی شوند

هدف:

- پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی ناشی از بی دقتی در کلیه مراحل پروسه درمان (جابجایی تخت یا بخش، مراحل مختلف اعمال جراحی، تزریق ایمن خون و دارو و...) وافتراق بیماران دارای مشخصات مشابه

سیاست:

- تمامی بیماران بستری دارای دستبند شناسایی می باشند.
- هویت بیمار در سطح بیمارستان از طریق مچ بندشناسایی انجام می شود.
- نحوه انجام فرایند شناسایی هویت بیمار در سطح بیمارستان ابلاغ شده است.
- بیماران از علت استفاده از دستبند شناسایی آگاه می باشند.

دامنه خط مشی:

کلیه بخشها و واحدهای درمانی، پاراکلینیک، پذیرش، ترخیص و پشتیبانی

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی:

مسئولین بخشها - کارشناس ایمنی بیمار

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن):

- ۱- توسط کاربر پذیرش در زمان تشکیل پرونده برای بیمار دستبند شناسایی صادر میشود
 - ۲- برای نوزادان دو عدد مچ بند صادر میشود مچ بند نوزادان در یک دست و یک پای نوزاد بسته میشود
 - ۳- دستبند بزرگسالان در پذیرش و به دست غالب و اغلب راست بیمار بسته می شود
 - ۴- در صورت وجود پانسمان یا ادم در دست غالب، مچ بند به دست دیگر و در صورت باند پیچی دستها به یکی از پاها و در صورت باند پیچی تمامی اعضا، مچ بند شناسایی به سینه بیمار نصب میگردد.
- پرستار در زمان ادمیت در بخش در بیمار هوشیار از بیمار می خواهد مشخصات خود را بگوید و با دستبند و پرونده پزشکی چک می نماید



عنوان خط مشی : شناسایی و تایید هویت بیماران

کد خط مشی: C1-BCC-۱۱۴

تاریخ تدوین: ۹۲/۳/۲۰
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۲ از ۳

- بر روی مچ بند های شناسایی بزرگسالان نام و نام خانوادگی -تاریخ تولد به روز و ماه و سال - و نام پدر جهت عدم بروز خطا در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، قید میشود
- شماره پرونده- نام بخش در مورد بیماران مجهول الهویه الزامیست
- در نوزادان تاریخ تولد به روز و ماه و سال ، ساعت تولد ، جنسیت و شماره قل در چند قلوئی ها ، شماره پرونده مادر ، نام مادر ، نام پدر در مچ بند قید میشود
- ۵- اگر بیمار به هر علت توانایی ذکر مشخصات خود را ندارد ، پرستار با پرسیدن مشخصات از خانواده ، همراه اطلاعات را با دستبند شناسائی و پرونده چک می نماید.
- ۶- در پذیرش بیمار ان به صورت (تصادفی شدیدکه هوشیار نیست یا کاهش هوشیاری) ناشناس مشخص می شوند و مجهوالهویه هستند روی مچ بند لیبل بنفش زده میشود.
- ۷- در صورت گم شدن یا مخدوش شدن مچ بند ، با درخواست پرستار مچ بند جدید توسط پذیرش چاپ میشود
- توجه داشته باشید که جهت بیماری که هیچ گونه دستبند شناسائی ندارد ، اقدام درمانی را انجام ندهید .موارد اورژانس توضیح داده می شود اگر قبل از شروع اقدام درمانی دستبند شناسائی گم شد از پذیرش توسط مسئول شیفت یا پرستار مربوطه مجددا درخواست چاپ مچ بند جدید انجام میشود.
- توجه داشته باشید مشخصات شناسائی بیمار « نام، نام خانوادگی ، نام پدر ، شماره پرونده « بایستی بر روی تمامی اوراق پرونده ثبت شده باشد .مسئولیت کنترل موارد با مسئول بخش می باشد .
- ۸- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق بیمار بعنوان شناسه بیمار استفاده نشود.
- ۹- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی مچ بند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی راساً نسبت به بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نماید.
- ۱۰- هر بیمارستان بایستی دارای فرایندهایی بمنظور کسب اطمینان از وجود مچ بند شناسایی با مندرجات صحیح بر روی بازوی بیمار باشد.
- تأکید می شود در صورتی که هریک از کارکنان تیم درمانی با بیماری که فاقد مچ بند شناسایی است مواجه شدند ،وظیفه آنان ایجاب می نماید که نسبت به تهیه مچ بند شناسایی و بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نمایند.



عنوان خط مشی : شناسایی و تایید هویت بیماران

کد خط مشی: ۱۱۴-BCC-۱

تاریخ تدوین: ۹۲/۳/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۳ از ۳

- الزامیست به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن دائمی و مراقبت از مچ بند های شناسایی در مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود و یادآوری شود مشخصات مندرج بر روی مچ بند شناسایی را بررسی نموده و در صورتی که با مشخصات آنان مطابقت نمی نماید به پرستار و یا پزشک معالج خود اطلاع داده و از ایشان درخواست اصلاح آن را نمایند
- . اکیداً یاد آوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش حین تعویض شیفت باشند و در هنگام تحویل و تحول دستبندهای شناسائی بررسی و در صورت مفقود بودن سریعاً پیگیری و جایگزین گردد

. امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت)

منابع مورد استفاده : گایدلاین شناسائی بیمار کتاب راهنمای ارزیابان چاپ ۱۳۹۰ - اینترنت و سایت دانشگاه شیراز - دانشگاه تهران

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
خانمناز اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		

تائید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه	سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان
---	------------------------------------



بسمه تعالی
مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: شناسایی آلرژی ها

کد خط مشی: C1-BCC-۱۱۳

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف: آلرژی یعنی واکنش سیستم ایمنی بدن شما به یک ماده خارجی – مانند: داروها، گرده، زهر زنبور یا حیوان خانگی یا غذایی

هدف:

- (۱) شناسایی بیماران دارای آلرژی
- (۲) کاهش خطرات ناشی از استفاده مجدد از مواد آلرژن
- (۳) کاهش ایجاد خطر جانی برای بیمار

سیاست:

- (۱) تهیه دستبند قرمز رنگ جهت شناسایی سریع بیماران دارای آلرژی

دامنه خط مشی: کلیه بخشها و واحدهای درمانی.

فرد پاسخگوی خط مشی: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار – سرپرستار بخش

روش اجرایی:

۱. برچسب قرمز رنگ توسط کارشناس ایمنی تهیه و در اختیار مسئولین بخشها قرار میگیرد. (در این مرکز از لنت استفاده می شود)
۲. بیمار در بدو پذیرش توسط پرستار ارزیابی و از نظر وجود آلرژی بررسی میشود.
۳. روی مچ بند برای بیمار دارای آلرژی، برچسب قرمز توسط پرستار چسبانده شده و کد مربوط به بیمار پرخطر نوشته میشود.
۴. در کاردکس بیمار به نوع آلرژی اشاره میشود



بسمه تعالی
مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: شناسایی آلرژی ها

کد خط مشی: C1-BCC-۱۱۳

تعداد صفحه: ۲ از ۲

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت)
جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
حلمه مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		

تأیید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه

سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان

منابع مورد استفاده :

۲) ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار - ۲ (سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - ۳) منشور حقوق بیمار

تعاریف :



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع خط مشی و روش اجرایی: اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران، مراقبین و کارکنان

کد روش اجرایی: C-۱-BCC-۱۱۷

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۱ از ۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

وقایع ناخواسته پزشکی: به اتفاقاتی گفته می شود که غیرقابل پیش بینی بوده به نحوی که توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب به بیمار می گردد

مسئول ارشد کادر درمان: ریاست بیمارستان/ مترون / سوپروایزر بیمارستان/ دبیر کمیته مرگ و میر / پزشک معالج می باشد

هدف:

این مرکز در خصوص اجرای این خط مشی، برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های درمانی، بکارگیری نیروی انسانی ماهر، تامین نیروهای آموزشی و آشنایی پرسنل با ضوابط و مقررات برنامه های آموزشی در راستای افزایش مهارت های بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت، سهل انگاری در سیر درمان و مراقبت و پیش گیری از وقایع ناخواسته درمانی می باشد.

دامنه روش اجرایی:

تمام کارکنان بیمارستان

روش اجرایی:

- ۱ - کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی به طور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ داده در برابر بیماران می باشند. بنابراین چنانچه غفلت، عدم مهارت، عدم رعایت موازین دولتی، قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد بیمارستان / فرد خاطی، نسبت به جبران آن برمی آید.
- ۲ - کمیته اخلاق بالینی با همکاری واحد آموزش نسبت به افزایش سطح آگاهی کارکنان در خصوص منشور حقوق بیمار و موارد تخلفات پزشکی و درمانی و عواقب حاصله از بروز خطاها از سوی کادر درمان اقدام می نماید
- ۳ - در صورت بروز حادثه منجر به خسارت ارتباط بی پرده و واضح و شفاف با بیمار و یا همراه وی (که تاثیر گذار بر بیمار می باشد) لازم است برقرار شود. هیچ گاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد حامل خبر و راوی کاملاً متاثر و متاسف از وضع پیش آمده و با حفظ شان کرامت انسانی و رفتار محترمانه آنچه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آنچه را که موجب تبرئه آن ها می گردد را بازگو می نماید.
- ۴ - مسئولین ارشد کادر درمانی در جریان کامل حادثه می باشد تاچنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو کند

- ۵ - از سوی کمیته اخلاق بالینی مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و عذرخواهی از بیماران را انجام می دهند انتخاب گردیده اند که شامل فرد مسئول بروز خسارت و مسئول بخش و در سطوح بالاتر سوپروایزر وقت زیر نظر مترون / دبیر کمیته مرگ و میر / ریاست بیمارستان می باشد که در محل دفتر پرستاری / دفتر ریاست انجام می شود



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع خط مشی و روش اجرایی: اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران، مراقبین و کارکنان

کد روش اجرایی: C-1-BCC-117

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۲ از ۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

- ۶ - طی ۲۴ ساعت اول پس از رخداد حادثه فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و با تشریح کامل رخداد به طور شفاف واقعه را توضیح داده و نسبت به عذر خواهی و اظهار پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام می نماید.
- ۷ - به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامد ها، امکان رویداد هرگونه رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که فرد مسئول با بردباری و سعه صدر مسئولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه می نماید
- ۸ - فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواسته هایی دارد که مسئول جلسه این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت این امر اقدام می نماید .
- ۹ - حفظ محرمانگی وقایع و رخداد های حادث شده رعایت می گردد .
- ۱۰ - نتایج حاصل از مکالمه ها و گفتگو ها به صورت مستند صورتجلسه می گردد .
- ۱۱ - این مرکز به حمایت کارکنان منطبق بر فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از طریق حمایت عاطفی کارکنان درگیر، پی گیری امورات کارکنان از طریق بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان می پردازد
- ۱۲ - کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران/ مراجعین هستند در خصوص نحوه مدیریت میدانی در صورت بروز وقایع در ساعات اولیه با هماهنگی سوپروایزر آموزشی آموزش های لازم را دریافت می نمایند) از جمله حفظ خونسردی، گزارش وقایع در دقیقه صفر بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسئول ارشد کادر درمانی، عدم پنهان کاری و ...
- ۱۳ - در خصوص پیش بینی راهکار های جبران خسارت اعم از (جسمی، مالی، روانی، روحی) با بیماران و مراجعین به این صورت عمل می شود:
- تشخیص موارد خسارت جسمی، روانی و روحی در کمیته مرگ و میر طی ۲۴-۷۲ ساعت صورت می گیرد
 - نحوه جبران خسارت وارده بر اساس دریافت گزارش در حین بازدیدهای میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار
 - مراجعین با تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان که شامل موارد ۲۸ گانه وقایع ناخواسته درمان که تهدید کننده حیات می باشد بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراجع ذی ربط تصمیم گیری می شود
 - بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت باید توجه داشت بابت طولانی شدن مدت اقامت و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته هزینه ای پرداخت ننماید



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع خط مشی و روش اجرایی: اعلان وقایع / حوادث ایمنی بیمار به بیماران، مراقبین و کارکنان

کد روش اجرایی: C-1-BCC-117

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۳ از ۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن: (برحسب ضرورت)

جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	منصوره داداشپور	سرپرستار CCU
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت		
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		

تأیید کننده و ابلاغ کننده: دکتر سینا پیرزه

سمت: رئیس بیمارستان و مسئول ایمنی

منابع مورد استفاده:

(۱) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - ۲) منشور حقوق بیمار



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

بیماران بد حال و اورژانسی:

بیمارانی که نیازمند خدمات اورژانسی و حیاتی هستند.

شرایط اورژانسی، شرایطی ست که حیات بیمار بدون مداخلات فوری تهدید میشود و یا عوارض جدی به وی تحمیل میشود

دامنه روش اجرایی: کلیه بخشهای بستری

مخاطبین یا ذینفعان: بیمار، کادر درمانی

امکانات و تسهیلات: تلفن، پرونده بیمار

فرد پاسخگوی روش اجرایی: پزشک- سوپروایزر بالینی- سرپرستار یا مسئول شیفت- پرستار

روش اجرایی:

- ۱- بیماری که افت سطح هوشیاری یا علائم حیاتی غیرطبیعی و ناپایدار دارد و یا سطح اکسیژن خونی پایین $SpO_2 < 92\%$ دارد و در مورد بیماران بلوک زایمان بیماری که طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبتهای مامایی نیاز به اقدامات حیات بخش دارد، توسط پرستار یا ماما مسئول به طور مداوم کنترل میشود و در صورت تغییر در هوشیاری یا علائم حیاتی وضعیت بیمار به پزشک معالج اطلاع داده میشود و در صورت نیاز کد ۹۹ (برای بیماران بزرگسال) و یا کد ۸۸ (نوزادان) و کد ۵۵ (برای مادران پرخطر) فراخوان میشود.
- ۲- در صورت عدم حضور پزشک معالج، بلافاصله پزشک آنکال و یا مقیم بر بالین بیمار حاضر میشود .
- ۳- دستورات پزشک توسط پرستار مسئول اجرا میگردد.
- ۴- در صورت نیاز پزشک آنکال و یا مقیم با پزشک معالج تماس میگیرد.
- ۵- پزشک معالج در اسرع وقت (در صورت آنکال بودن حداکثر ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پس از تماس) بر بالین بیمار حاضر میشود
- ۶- چنانچه پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار و قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، بلافاصله طبق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا میشود
- ۷- سوپروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت دارد و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات هماهنگی های لازم را انجام میدهد
- ۸- گزارش بیماران بدحال و بستری در دفتر گزارش سوپروایزری توسط سوپروایزر نوشته میشود.
- ۹- با حضور پزشک بر بالین بیمار و معاینه وی، درمان ادامه می یابد.



- ۱- مشاوره های اورژانسی بلافاصله توسط پرستار پیگیری و در کمتر از ۴۵ دقیقه توسط پزشک مشاور آنکال و در عرض ۱۰ دقیقه توسط پزشک مشاور مقیم بیمار ویزیت میشود.
 - ۲- نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج میرسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا میگردد.
 - ۳- آموزشهای لازم در مورد برخورد با بیماران اورژانسی در بدو ورود به صورت دوره ای توسط سرپرستار و پرستار پرسپتور شیپ داده میشود.
 - ۴- عملکرد نیروها توسط سرپرستار به طور مستمر پایش میشود.
 - ۵- لیست کیس های پرخطر هر بخش در معرض دید پرسنل قرار دارد.
 - ۶- بیمارستان جهت رسیدگی به بیماران بد حال مجهز به دستگاه دیالیز، رادیوگرافی پرتابل، سونوگرافی، سی تی اسکن، دستگاههای الکتروشوک و ترالی احیا میباشد.
- بیماران:** به عنوان دریافت کننده خدمت باید در سریعترین زمان ممکن مورد معاینه پزشک مشاور قرار گیرند.
- پرستاران:** به عنوان ارائه دهنده خدمات به بیماران بدحال تبحر لازم در شناسایی به موقع بیماران و انجام اقدامات پرستاری اولیه تا اطلاع به پزشک را داشته باشند.
- پزشکان:** به عنوان مسئول تیم در تشخیص صحیح بیماری و ارائه دستورات مقتضی مسئول می باشد.

منابع مورد استفاده:

(۱) استاندارد الزامی ایمنی بیمار - ۲) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - ۳) منشور حقوق بیمار

جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
حلما مهدی فر	رئیس خدمات پرستاری	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	خانمناز اسدی	مسئول بهبود کیفیت
سیما رضاپور	سوپروایزر سلامت همگانی	علی محمد زاده	سرپرستار اورژانس
حسین حسین زاده	سرپرستار بخش ICU	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
تأیید کننده و ابلاغ کننده: دکتر سینا پیرزه		سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	



بسمه تعالی

مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: کاهش احتمال خطر سقوط

کد خط مشی: ۱۱۲-BCC-۱-C

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۱ از ۳

تعریف: سقوط و آسیب های ناشی از آن دارای تعاریف متعددی میباشد. براساس نظر آگوستینی ، بیکر ، بوکاردوس سقوط در بیماران بستری ، حاد و مزمن در صورتیکه ناشی از سنکوپ ، یا نیروی شدید خارجی نباشد ، به عنوان درازکشیدن یا استراحت غیر عمدی بر روی زمین ، کف زمین یا سطح پایین تر میباشد.

هدف:

از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب میباشد، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزو اتفاقات ناخواسته ای قلمداد میشوند که هرگز نباید رخ دهند.

سیاست:

۱. شناسایی عوامل خارجی و داخلی جهت تسهیل در استراتژی پیشگیری از سقوط
۲. بررسی اطلاعات شاخص کیفی سقوط در طی زمان جهت کاهش و حذف سقوط های قابل پیشگیری

دامنه خط مشی:

کلید بخشها و واحدهای بیمارستانی

فرد پاسخگوی خط مشی : مسئول ایمنی

روش اجرایی

۱. برچسب زرد رنگ توسط کارشناس ایمنی در اختیار مسئولین بخشها قرار میگیرد
۲. در ارزیابی بیمار موقع بستری و پذیرش بیمار در بخش برای بیمار بر اساس معیار موریس (ابزار غربالگری ۹ معیاری) جهت پیش بینی احتمال خطر سقوط توسط پرستار نمره دهی میشود
۳. در صورت مثبت شدن ارزیابی (نمره بالای ۴۵) توسط پرستار مچ بند شناسایی با برچسب زرد رنگ و درج کد مربوط به سقوط صادر و روی مچ بند شناسایی چسبانده میشود.
۴. خطر سقوط حداقل روزانه یکبار و در هنگام تغییر شرایط ارزیابی میشود.
۵. در صورت مثبت شدن ارزیابی (نمره بالای ۴۵) جهت پیشگیری از سقوط طرح درمانی ریخته میشود
۶. طرح پیشگیری با پزشکان ، کمک پرستاران و خدمات در میان گذاشته شده و اجرایی میشود
۷. در صورت سقوط ، بیمار حتماً به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی میشود.
۸. به بیمار نحوه استفاده از سیستم احضار پرستار آموزش داده میشود و خواسته میشود در صورت لزوم کمک بخواهد



بسمه تعالی
مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: کاهش احتمال خطر سقوط

کد خط مشی: ۱۱۲-BCC-۱-C

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۲ از ۳

۹. به بیمار آموزش داده میشود:

- جهت جلوگیری از سر خوردن دمپایی و کفش مناسب بپوشند.
- در کنار تخت بیمار صندلی راحتی گذاشته میشود
- در صورت لزوم دسترسی به واگر و عصا و سایر وسایل کنار بیمار باشد
- در حین انتقال بیمار و بعد از انجام هر پروسیجر نرده ها بالا کشیده شود
- آموزشهای لازم باتوجه به داروی دریافتی بیمار برای بیمارانی که داروهای ضد تشنج و آرام بخش و خواب آور مصرف میکنند و خطر سقوط بالا میباشد ، داده میشود
- آموزشهای لازم باتوجه به داروی دریافتی بیمار برای بیمارانی که داروهای ضد تشنج و آرام بخش و خواب آور مصرف میکنند و خطر سقوط بالا میباشد ، داده میشود
- موارد ذیل توسط پرسنل بخش ها رعایت شود:
 - ترتیبی اتخاذ میشود که راهروهای منتهی به دستشویی و توالت واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع ، اشیاء زاید و اضافی باشد و در شب محیط بطور نسبی روشن باشد.
 - موانع در سر راه بیماران در راهروها برداشته میشود
 - ارتفاع تخت در پایین ترین سطح ممکن قرار میگيرد.
 - محیط بیمار به لحاظ وجود سایر تهدید کننده های ایمنی بررسی میشود
 - در اتاق درمان یا واحدهای تشخیصی بیمار در معرض خطر سقوط تنها گذاشته نمیشود
 - برای هر بیمار در معرض سقوط راههای پیشگیری از سقوط به زبان خود بیمار آموزش داده میشود
 - در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب هر ساعت به بیمار سرکشی میشود.
 - در سرکشی ها بیمار از لحاظ سطح درد ، در دسترس قرار داشتن دارو، نیاز به اجابت مجاز ، وضعیت دمپایی ، قفل بودن تخت و میز کنار تخت ، تنظیم ارتفاع تخت ، سهولت دسترسی به زنگ احضار و تلفن همراه و کنترل تلویزیون ، میز کنار تخت ، سطل آشغال و دستمال کاغذی ارزیابی میشود.
 - نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند طبق زمان بندی رفع میشود.
 - به بیمار اطمینان داده میشود در صورت نیاز و بطور مستمر توسط کادر پرستاری سرکشی میشود



عنوان خط مشی: کاهش احتمال خطر سقوط

کد خط مشی: ۱۱۲-BCC-۱-C

تعداد صفحه: ۳ از ۳

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۱۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت)

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		
تأیید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه		سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	

منابع مورد استفاده :

(۲) ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار - ۲ (سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - ۳) منشور حقوق بیمار



عنوان خط مشی: خط مشی برای برداشتن الکترولیت ها با غلظت بالا از بخشهای بستری و انبارش آنها در مکانی ایمن

کد خط مشی: C1-BCC-116

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۲۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف :

الکترولیت های با غلظت بالا: داروهایی که غلظت اولیه بالایی دارند (غلظت اسمزی بیش از غلظت اسمزی خون) و جزو داروهایی هستند که نیازمند رعایت نکات خاصی برای مصرف و رقیق سازی می باشند.

نام دارو	غلظت	نام دارو	غلظت
هایپر سالین	۵٪ Sodium Chloride	پتاسیم کلراید	۱۵٪ - ۲ mg/ml
منیزיום سولفات	۵۰٪ MgSO ₄	دکستروز ۵۰٪	Dextrose ۵۰٪
سدیم بیکربنات	۷/۵٪ or ۸/۴٪ Sodium Bicarbonate	کلسیم گلوکونات	۱۰۰ mg/ ml - ۱۰ ml

هدف: جلوگیری از خطاهای دارویی و حفظ ایمنی بیمار - اطمینان از نگهداری دارو در مکان ایمن و مناسب

سیاست :

جداسازی انبارش داروها با غلظت بالا

دامنه کاربرد: انبار دارویی - داروخانه - داروخانه اتاق عمل - بخش های درمانی

فرد پاسخگو :

اموردارویی - مسئول داروخانه و انبار دارویی - مسئول فنی داروخانه - مسئولین بخش های درمانی

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن):

- ۱ - مسئول امور دارویی لیست الکترولیت ها با غلظت های بالا را تهیه و به بخشهای درمانی و داروخانه بیمارستان و اتاق عمل ارائه می نماید.
- ۲ - نگهداری و انبارش الکترولیت ها با غلظت های بالا دور از سایر قفسه ها در انبار دارویی بیمارستان، داروخانه بستری، داروخانه اتاق عمل و بخشهای درمانی انجام می گیرد.
- ۳ - بر چسب قرمز با فونت درشت (فونت ۴۸) بر روی قفسه داروخانه، جعبه الکترولیت ها با غلظت های بالا در بخش و با فونت خوانا در تراسی اورژانس نصب می شود.
- ۴ - بر چسب قرمز بر روی ویال و آمپول الکترولیت ها با غلظت های بالا (لیبل قرمز) نصب می شود.
- ۵ - لیست داروهای مشابه با الکترولیت های با غلظت های بالا توسط مسئول امور دارویی شناسایی و تهیه و به داروخانه و بخشهای درمانی ارائه می شود.



مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: خط مشی برای برداشتن الکترولیت ها با غلظت بالا از بخشهای بستری و انبارش آنها در مکانی ایمن

کد خط مشی: C1-BCC-116

تاریخ تدوین: ۹۹/۰۶/۲۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۲ از ۲

- ۶ - داروی با غلظت بالا توسط بخش از طریق HIS درخواست میشود.
- ۷ - داروی مربوطه در نایلون جداگانه توسط متصدی یونیت دوز گذاشته شده لیبل قرمز زده میشود.
- ۸ - دارو توسط رابط بخش از یونیت دوز جدا از داروهای دیگر به بخش منتقل میشود.
- ۹ - دارو توسط سرپرستار بخش تحویل گرفته شده در قفسه جداگانه مخصوص داروهای باغلظت بالا گذاشته میشود
- ۱۰ - موقع استفاده دارو توسط پرستار مربوطه و در حضور پرستار دوم از قفسه برداشته شده و بعد از کنترل توسط پرستار دوم آماده انفوزیون میشود.
- ۱۱ - تیم مشترک امور دارویی و ایمنی بیمار بر اجرای صحیح فرایند نظارت می نماید.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت) لیست الکترولیت ها با غلظت های بالا ، لیست داروهای مشابه با الکترولیت ها با غلظت های بالا، لیست داروهای پرخطر، برچسب قرمز اسامی الکترولیت ها با غلظت های بالا با فونت درشت- برچسب قرمز بدون نوشته

منابع مورد استفاده :

- (۱) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی ۲- بخشنامه داروها و الکترولیت ها با غلظت های بالا، داروهای با هشدار بالا و پرخطر و مشابه ، استانداردهای ایمنی

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلا ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	کیمیا موظف	سوپروایزر
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		
دکتر علیرضا عبدالهیان	مسئول فنی داروخانه		

تائید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه

سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان

بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع روش اجرایی : استاندارد تلفیق دارویی در بیمارستان

کد روش اجرایی: C1-BCC-115

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحات: ۱ از ۲

تعریف : تلفیق دارویی فرایندی است جهت مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمام داروهای مصرفی وی

هدف:

- تهیه و حفظ اطلاعات جاری به طور دقیق (بهترین تاریخچه دارویی ممکن) از دارویی که بیمار معرفی می کند .
- جلوگیری از قطع یا مصرف دارو به طرز نادرست
- تصحیح ناهمخوانی های بین دستورات پزشک و آنچه که بیمار واقعاً مصرف می کند .
- پیشگیری از وقایع ناخواسته و ایراد صدمات احتمالی به بیمار مخاطبین :پرستاران -پزشکان پرسنل داروخانه

دامنه روش اجرایی:

کلیه بخشها و واحدهای بیمارستان

مخاطبین یا ذینفعان:

کلیه سوپروایزرین ، پرستاران ، سرپرستاران ، ماماها ، پزشکان بخشهای مختلف ،

فرد پاسخگوی خط مشی :

مسئول ایمنی ، مسئول فنی داروخانه

روش اجرایی :

- ۱- لیست بیماران تازه پذیرش شده که ۵ دارو در منزل دریافت میکنند یا یک داروی هشداربالا دربخش دریافت میکنند و یا یک دارو از لیست داروهای داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (پیوست شماره ۳) را مصرف می کرده اند دریافت میکنند در ۲۴ ساعت اول پذیرش و نیز لیست بیماران مرخص شده با ۵ دارو، توسط مسئول بخش و یا مسئول شیفت به داروخانه بستری فرستاده میشود

مخدرها و داروهای سوء مصرف	آنتی پلاکت ها	کورتیکواستروئیدها
آنتی آریتمی ها	ایمنوساپرسیوها	داروهای هورمونی
داروهای ضدنشنج	داروهای استنشاقی	آنتی کواکولانت ها
	آنتی بیوتیک های تزریقی	داروهای ضد سل

(پیوست شماره ۳)

بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع روش اجرایی : استاندارد تلفیق دارویی در بیمارستان

کد روش اجرایی: C1-BCC-115

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۷/۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحات: ۲ از ۲

- ۲- داروساز کشیک به بخشها مراجعه و فرم مخصوص تلفیق دارویی پذیرش را برای بیماران تازه پذیرش شده و همچنین فرم تلفیق ترخیص را برای بیماران مرخص شده پر کرده و با قید نظرات در پرونده بیمار قرار میدهد
- ۳- در اولین ویزیت توسط پزشک معالج فرم تلفیق دارویی پر شده رویت شده و امضاء میشود و نظرات پزشک داروساز در تجویز داروها اعمال میگردد.
- ۴- پرستار دستورات تلفیق دارویی در زمان بستری بیمار را بعد از رویت و تایید پزشک معالج اجرا می کند. در فاز بعدی، داروساز بالینی بررسی و ارزیابی بیمار در خصوص داروهای تجویز شده در هنگام ترخیص را انجام و فرم تلفیق دارویی زمان ترخیص را تکمیل و مهر و امضا می نماید.
- ۵- پزشک معالج و فرم ترخیص تلفیق دارویی را مهر و امضا کرده و توسط منشی ضمیمه پرونده می شود .
- ۶- پرستار و پزشک معالج به بیمار در ارتباط با دستورات دارویی ثبت شده در فرم ترخیص تلفیق دارویی آموزش لازم را می دهد.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت): فرم تلفیق دارویی

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلا ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حلمه مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
خانمناز اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار	دکتر علیرضا عبدالهیان	مسئول فنی داروخانه
تأیید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه		سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	

منابع مورد استفاده :

(۱) ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار - ۲) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - ۳) دستورالعمل تلفیق دارویی



عنوان خط مشی: استاندارد و محدودسازی تعداد غلظت های مختلف داروها

کد خط مشی: C-۱- BCC۱۱۵

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۳/۱۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف :

داروهایی که به جهت مصارف متفاوت درمانی و یا کاربردی غلظت های متفاوتی از ماده موثره دارویی از آنها تولید و مصرف میگردد

هدف :

- کاهش خطا و اشتباهات دارویی به علت تشابه لفظی و ظاهری

سیاست :

- شناسایی داروها با غلظت متفاوت
- تعریف در فارماکوپه توسط مسئول فنی داروخانه
- تهیه داروی تعریف شده
- انبارش داروها با غلظت متفاوت در داروخانه با فاصله و لیبل زرد رنگ

دامنه خط مشی:

داروخانه - بخشهای بستری

فرد پاسخگوی خط مشی : مدیر داروخانه - مسئول فنی داروخانه

ذینفعان : پرستار ، بیمار

روش اجرایی (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن) :

- ۱ - داروهای دارای غلظت های متفاوت دارویی که در بیمارستان مورد نیاز است توسط مسئول اموردارویی شناسایی میشود
- ۲ - مسئول امور دارویی داروهای با غلظت های متفاوت براساس موارد مورد نیاز و میزان مصرف در بخشهای درمانی را محدود و این داروها را با غلظت های مورد نظر در فارماکوپه دارویی تعریف میکند
- ۳ - داروهای تعریف شده در فارماکوپه دارویی توسط مسئول اموردارویی تهیه میشود



بسمه تعالی
مرکز آموزشی، درمانی / بیمارستان باقرالعلوم اهر

عنوان خط مشی: استاندارد و محدودسازی تعداد غلظت های مختلف داروها

کد خط مشی: C-1- BCC115

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۳/۱۸

تعداد صفحه: ۲ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

- ۴ - انبارش مجزا و با فاصله در داروخانه و لیبل گذاری زرد (به علت تشابه ظاهری و لفظی) و ارائه موارد مورد نیاز به بخشهای بالینی توسط متصدی داروخانه انجام میشود
- ۵ - نظارت بر اجرای صحیح روش اجرایی فوق توسط تیم مشترک مسئول اموردارویی و کارشناس ایمنی انجام میشود

روش نظارت بر خط مشی : بازدید از داروخانه - فارماکوپه دارویی

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن : (برحسب ضرورت) فارماکوپه بیمارستان - درآمد اختصاصی بیمارستان

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	دکتر علیرضا عبدالهیان	مسئول اموردارویی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	رویا ایراهیمیان	متصدی داروخانه
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری		
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت		
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		
تأیید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه		سمت: رئیس بیمارستان و مسئول ایمنی	

منابع مورد استفاده : استانداردهای ایمنی و آخرین ویرایش فارماکوپه بیمارستان



عنوان خط مشی: خط مشی و روش سیستم اتوماتیک (خودکار) بالینی

کد خط مشی: ۱۱۲-DRM-C-۱

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحه: ۱ از ۳

هدف:

پیش بینی و جلوگیری از آسیب به بیماران و خسارت مالی وارده به افراد و بیمارستان و خطرات احتمالی مربوط به تاسیسات و تجهیزات و HIS جهت جلوگیری از خطای کاربران

تعاریف:

شرایط اضطراری: موقعیتی که غیرقابل پیش بینی (و پاره اوقات قابل پیش بینی) است و حیات عوام جامعه و بیمارستان و تجهیزات را تهدید می نماید و موجب بی نظمی و متوقف شدن فعالیت های روزمره می گردد.

دیزل ژنراتور: مولد الکتریسیته می باشد که به وسیله نیروی محرکه دیزل کار می کند . و در مواقعی که برق شهر به هر دلیل قطع گردیده و یا مناسب جهت استفاده در تجهیزات نمی باشد . به صورت اتوماتیک استارت گردیده و بعد از ۱ ثانیه نسبت به تامین الکتریسیته با مشخصات مناسب اقدام می نماید .

Ups: درمواقعی که تجهیزات مورد استفاده علاوه بر نیاز به تغذیه با الکتریسیته با ولتاژ مناسب نیاز به روشن ماندن در زمان قطع موقت برق و یا فعالیت تا زمانی که اطلاعات دارد از دستگاه Ups استفاده می گردد . که باید با توجه به ظرفیت مورد نیاز دستگاه انتخاب گردد.

پست برق: محل استقرار ترانسهای میدل الکتریسیته و لوازم کنترلی مربوطه می باشد.

اتاق برق: محل استقرار تابلو های اصلی توزیع برق می باشد.

تابلو برق: جعبه ای که درون آن فیوز ها و ادوات حفاظتی قرار داده شده است

صاحبان فرایند: مسئول ایمنی ، مسئول تاسیسات ، مسئول بحران

ذینفعان: بیماران ، همراهان بیماران ، کارکنان

دامنه خط مشی: تمامی کارکنان

روش اجرایی: (با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن):

در صورت بروز حریق سیستم ضد حریق به این صورت عمل خواهد نمود:

- ۱ - در مکانهایی که سیستم ضد حریق وجود دارد با فعال شدن آن و در صورت عدم وجود کاشف حریق با شکستن جعبه اعلام حریق الارم به صدا درآمد و مرکز تلفن نیز بلافاصله کد اطفای حریق را اعلام مینماید.
- ۲ - در صورت عدم وجود کاشف حریق اولین فردی که حریق را مشاهده میکند با شکستن جعبه اعلام حریق ، الارم به صدا درآمد و مرکز تلفن نیز بلافاصله کد اطفای حریق را اعلام مینماید.



عنوان خط مشی: خط مشی و روش سیستم اتوماتیک (خودکار) بالینی	
کد خط مشی: ۱۱۲-DRM-C-۱	تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵
تعداد صفحه: ۲ از ۳	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

- ۳ - در صورت عدم وجود جعبه اعلام حریق ، اولین فردی که حریق را مشاهده میکند با تلفنخانه تماس گرفته و کد ۱۲۵ پیچ میشود
- ۴ - مرکز تلفن با نزدیکترین ایستگاه آتش نشانی تماس گرفته و وقوع آتش سوزی را به مرکز آتش نشانی اطلاع میدهد.

در صورت بروز قطع برق ، دیزل ژنراتور بدین صورت عمل خواهد نمود:

با توجه به اینکه روشن و خاموش شدن در مورد قرار گرفتن دیزل ژنراتور بصورت اتوماتیک انجام می گیرد بعد از قطع برق شهر دیزل بصورت اتوماتیک روشن شده و بعد از ۵ ثانیه در مدار قرار گرفته و در صورت وصل مجدد برق شهر بعد از ۵ ثانیه خاموش می شود

سیستم پمپاژ زمینی (موتورخانه آبرسانی):

باتوجه به اجرای تاسیسات بیمارستان در سقف کاذب وامکان خرابی این تاسیسات نشت آب درخش قابل مشاهده خواهد بود که در این صورت باتاسیسات تماس گرفته می شود

الارم کاهش فشار اکسیژن در بخشها:

در صورت کاهش فشار اکسیژن در بیمارستان در اتاق عمل آلام کاهش فشار اکسیژن به صدا در آمده و پرسنل متوجه آلام شده و سریعاً با واحد تاسیسات تماس گرفته می شود.

در بخشهایی که دستگاه ونتیلاتور استفاده می شود آلام کاهش فشار اکسیژن دستگاه ونتیلاتور فعال می باشد و پرسنل متوجه کاهش فشار اکسیژن می شوند و با واحد تاسیسات تماس گرفته می شود.

در تمام بخشهای بیمارستان تجهیزات لازم جهت تامین اکسیژن در مواقع قطع کامل آن قرار داده شده است . این تجهیزات شامل کپسول اکسیژن ، مانومتر که در محل ایمن نگهداری می شوند

سیستم اعلام نیاز به احیاء بیماران (اعلام کد):

- ۱ - در صورتیکه بیماری دچار اریست تنفسی یا قلبی شد اولین پرستاری که متوجه میشود بلافاصله کدهای مربوط به پیچ اتوماتیک را فشار میدهد.

برای بیماران بزرگسال دگمه مربوط به اعلام کد ۹۹ ، برای مادران کد ۵۵ و برای نوزادان کد ۸۸

- ۲ - بعد از زدن دگمه کد توسط پرستار ، بطور اتوماتیک از طریق بلندگوها کد مربوطه جهت حضور تیم احیا به بخش مربوطه پیچ میشود



عنوان خط مشی: خط مشی و روش سیستم اتوماتیک (خودکار) بالینی

کد خط مشی: ۱۱۲-DRM-۱-C

تعداد صفحه: ۳ از ۳

تاریخ تدوین: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

امکانات: دکتور اعلام حریق، سیستم اطلاع رسانی (آژیر)، دیزل ژنراتور، سیستم پمپاژ زمینی، سیستم اعلام کدهای احیاء

تسهیلات: درآمد اختصاصی بیمارستان

منابع مورد استفاده:

(۱) راهنمای ارزیابان بیمارستانهای دوستدار ایمنی - (۲) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی

جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار CCU
خانمناز اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	عیسی نصیرزاده	مسئول تاسیسات
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		
مرتضی داداشپور	مسئول بحران و بلایا		
تأیید کننده و ابلاغ کننده: دکتر سینا پیرزه		سمت: رئیس بیمارستان و مسئول ایمنی	



عنوان/موضوع روش اجرایی : مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

کد روش اجرایی: G2-LG-101

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۱ از ۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف : خطاهای پزشکی عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی هدف:

- پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی
- توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیمار در فرهنگ سازی بیمارستانی
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیل ریشه ای علل بروز
- پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها
- آشنایی با خطاهای قابل گزارش

دامنه روش اجرایی:

کلیه بخشها و واحدهای بیمارستان

مخاطبین یا ذینفعان:

کلیه سوپروایزرین ، پرستاران ، سرپرستاران ، ماماها ، پزشکان بخشهای مختلف ، کادر آزمایشگاه ، ماماها ، کادر رادیولوژی ، کادر پاراکلینیک

فرد پاسخگوی خط مشی :

مسئول ایمنی ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

روش اجرایی :

- ۱ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده در مرکز یا سایر مراکز لیست خطاهای قابل گزارش را تهیه و تدوین می نماید.
 - ۲- مسئول ایمنی لیست خطاهای قابل گزارش را همراه با لیست وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران (خطاهای ۲۸ گانه) به مسئولین کلیه بخشها و واحدهای درمانی ابلاغ مینماید
 - ۳- کلیه مسئولین بخشها و واحدهای درمانی لیست خطاهای قابل گزارش را در اختیار کارکنان قراردادده و اطمینان حاصل میکند که کلیه کارکنان لیست مربوطه را مطالعه نموده اند
- سیستم گزارش دهی ساده و در دسترس خطاهای پزشکی
- روش اجرایی:

- ۱) تیم مدیریت اجرایی سیستم گزارش دهی خطاها را به چند روش تدوین مینماید
- امکان برقراری تماس تلفنی برای گزارش خطا به کارشناس ایمنی در ساعات اداری و سایر مواقع گزارش به سوپروایزر
- تهیه فرمهای تسهیل شده گزارش خطا
- ۲) تیم مدیریت اجرایی امکانات و ملزومات گزارش دهی را فراهم مینماید.
- در دسترس بودن فرمها و آگاهی پرسنل از آنها



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع روش اجرایی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

کد روش اجرایی: G2-LG-101

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعداد صفحات: ۱ از ۳

اجرائی نمودن مدل و شیوه مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته در این مرکز
روش اجرایی:

- ۱) مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مسئول دفتر بهبود کیفیت و مدیر خدمات پرستاری با توجه به نتایج علل بروز ریشه ای خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده علل بروز خطاهای پزشکی را استخراج مینماید
- ۲) تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز اقدامات اصلاحی جهت عوامل مستعد کننده بروز خطا تدوین و در اختیار بخشها و واحدها قرار میدهد.
- ۳) سوپروایزر آموزشی بر اساس نتایج علل بروز خطاها به دلیل کمبود آگاهی کلاسهای آموزشی جهت تمامی رده های پیراپزشکی و خدماتی تنظیم مینماید
- ۴) سوپروایزرین در گردش در تمامی راندهای بخش نظارت دقیق بر اجرای دستورالعملهای ایمنی مینمایند و از طریق چک لیست بازخورد شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطاها را به مسئولین بخشها و واحدها گزارش می دهند
- ۵) کمیته مدیریت اجرایی روشهای پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده بصورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار میدهد
- ۶) مسئول ایمنی در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت خطاهای پزشکی براساس روشهای حرفه ای و هوشمندانه نظارت مینماید
- ۷) دفتر بهبود کیفیت روشهای پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحدهای مرتبط قرار میدهد
- ۸) کمیته مدیریت اجرایی بر اساس مقتضیات زیرساختی و فرایندی خود و سایر عوامل گردش اطلاعات و گزارش خطاهای رخ داده را تسهیل مینماید
- ۹) مسئول ایمنی روش اجرائی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه، که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مورد خطاهای پزشکی است را ترویج مینماید

مدل های ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی

- کمیته مدیریت اجرایی کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل ریشه ای انجام میدهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و بر اساس اولویت اقدامات اصلاحی مینویسد.
- 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 مینماید



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع روش اجرایی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

کد روش اجرایی: G2-LG-101

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۱ از ۳

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن: (برحسب ضرورت)
جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سیناپیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
خانمناز اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار		

تأیید کننده و ابلاغ کننده: دکتر سینا پیرزه

سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان

منابع مورد استفاده:

(۳) ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار - (۲) سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی - (۳) منشور حقوق بیمار



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع دستورالعمل : استفاده از دستبند شناسایی برای شناسایی صحیح بیماران

کد روش اجرایی: C-۲-BCC-۱۲۸

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۱ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف :

هدف:

شناسایی صحیح کلیه بیماران جهت جلوگیری از بروز خطاهای دارویی و جراحی و...

دامنه دستورالعمل :

کلیه بخشهای درمانی

منابع و امکانات:

نیروی انسانی - دستبند شناسایی - لیبل رنگی قرمز و زرد و بنفش

شرح دستورالعمل:

- ۱ - برای بیمار همزمان با پذیرش باید دست بند شناسایی توسط کادر پذیرش صادر شود.
- ۲ - روی دستبند شناسایی باید نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد و نام پدر قید شده باشد.
- ۳ - دستبند شناسایی باید توسط همراه با مشخصات بیمار تطبیق داده شود و تایید شود.
- ۴ - دستبند شناسایی باید توسط کادر پذیرش بعد از تایید همراه به پرونده بیمار الصاق شود.
- ۵ - پرستار باید بعد از ادمیت مشخصات دستبند را با مشخصات درج شده در پرونده بیمار تطبیق دهد.
- ۶ - در صورت عدم مغایرت ، پرستار باید بعد از ارزیابی اولیه محل نصب دستبند را شناسایی کند و در صورت عدم وجود سوختگی و شکستگی در اندام فوقانی ، به مچ دست غالب نصب کند و در صورت وجود شکستگی و یا سوختگی طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان مختص این بیماران عمل نماید.
- ۷ - بعد از ارزیابی اولیه باید لیبل گذاری رنگی و کدبندی انجام شود
- ۸ - در صورت حساسیت باید لیبل قرمز زده شده و در صورت در معرض خطر سقوط و زخم بستر و ترومبوآمبولی و خطر خودکشی و سوء تغذیه لیبل زرد و در بیماران مجهول الهویه لیبل بنفش رنگ زده شود
- ۹ - طبق مصوب کمیته تجهیزات باید از کدبندی ۱ برای سقوط و کد ۲ برای زخم بستر و کد ۳ برای ترومبوآمبولی و کد ۴ برای خودکشی و کد ۵ برای سوء تغذیه استفاده شود



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع دستورالعمل : استفاده از دستبند شناسایی برای شناسایی صحیح بیماران

کدروش اجرایی C-۲-BCC-۱۲۸

تاریخ تدوین: ۹۵/۰۸/۱۸

تعداد صفحات: ۱ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

منابع:

دستورالعمل راهنمای شناسایی صحیح بیماران (فرناز مستوفیان کارشناس مسئول برنامه هایکشوری ایمنی بیمار
(مرداد ۱۳۹۲)

جدول اسامی تهیه کنندگان :

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سیناپیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	شمسی قربان موحد	سوپروایزر در گردش
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	معصومه ارامی	سرپرستار بخش داخلی
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی

تائید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه	سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان
---	------------------------------------



عنوان/موضوع دستورالعمل: استفاده از دستبند شناسایی در بیماران روانی و یا بیماران با مخاطرات و شرایط خاص بالینی (سوختگی و شکستگی موضع اندامهای فوقانی)

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۸/۱۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

کد دستورالعمل: C-۱-BCC-۱۲۲

تعداد صفحات: ۱ از ۲

تعریف :

هدف :

شناسایی صحیح بیماران دارای شکستگی و سوختگی در اندامهای فوقانی جهت جلوگیری از بروز خطاهای دارویی و جراحی و ...

دامنه دستورالعمل :

کلیه بخشهای درمانی

منابع و امکانات :

نیروی انسانی – دستبند شناسایی

شرح دستورالعمل:

- ۱- برای بیمار همزمان با پذیرش باید دست بند شناسایی توسط کادر پذیرش صادر شود.
- ۲- دستبند شناسایی باید توسط همراه با مشخصات بیمار تطبیق داده شود و تایید شود.
- ۳- دستبند شناسایی باید توسط کادر پذیرش بعد از تایید همراه به پرونده بیمار الصاق شود.
- ۴- پرستار باید بعد از ادمیت مشخصات دستبند را با مشخصات درج شده در پرونده بیمار تطبیق دهد.
- ۵- در صورت عدم مغایرت ، پرستار باید بعد از ارزیابی اولیه محل نصب دستبند را شناسایی کند.
- ۶- با توجه به عدم امکان بستن دستبند با مخاطرات و شرایط خاص بالینی به علت وجود مشکل از جمله شکستگی و یا سوختگی در اندامهای فوقانی پرستار مچ بند شناسایی را باید به مچ پای راست و و در صورت مشکل دار بودن پای راست به مچ پای چپ ببندد.
- ۷- در صورت وجود شکستگی و یا سوختگی و ... در اندامهای فوقانی و تحتانی و همچنین در مورد بیماران روانی مچ بند باید به سینه بیمار چسبانده شود.



عنوان/موضوع دستورالعمل : استفاده از دستبند شناسایی در بیماران روانی و یا بیماران با مخاطرات و شرایط خاص بالینی (سوختگی و شکستگی موضع اندامهای فوقانی)

کد دستورالعمل: C-۱-BCC-۱۲۲

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۸/۱۱

تعداد صفحات: ۲ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

منابع :

دستورالعمل راهنمای شناسایی صحیح بیماران (فرناز مستوفیان کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار مرداد ۱۳۹۲)

جدول اسامی تهیه کنندگان

نام و نام خانوادگی	سمت
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری
حمیده ابو طالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار
منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
سیما رضاپور	سوپروایز آموزش همگانی
شمسی قربان موحد	سوپروایزر بالینی
فرنوش جاملو	سوپروایزر در گردش
لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی

تأیید کننده : حلما مهتدی فر	سمت: رئیس خدمات پرستاری
ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه	سمت: رئیس بیمارستان و مسئول ایمنی



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

کدروش اجرایی N-1-LG-101

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۸/۱۱

تعداد صفحات: ۱ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

تعریف : وقایع ناخواسته درمانی (Never Event خطاهایی هستند که هرگز نباید اتفاق بیفتند هدف:

صیانت از حقوق گیرندگان خدمت و افزایش ایمنی بیمار و به منظور تسهیل در امر رصد و ثبت موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی Never Event

دامنه دستورالعمل:

کلیه بخشهای درمانی - تشخیصی اعم از بستری و پاراکلینیک منابع و امکانات:

نیروی انسانی - فلوچارت گزارش خطا - فرم گزارش خطا

شرح دستورالعمل:

- ۱ - لیست خطاهای ۲۸ گانه ابلاغی از وزارت باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به بخشها ابلاغ شود.
- ۲ - مسئولین بخشها باید لیست ۲۸ گانه را به رویت و آگاهی پرسنل برسانند.
- ۳ - فرم های گزارش خطا توسط مسئولین بخشها به تعداد معلوم تهیه و در اختیار کادر قرار گیرد.
- ۴ - فلوچارت گزارش خطا باید هر سال توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بازبینی و به بخشها ابلاغ شود.
- ۵ - مسئولین بخشها باید فلوچارت و نحوه گزارش خطا را به رویت و آگاهی پرسنل برسانند.
- ۶ - در صورت وقوع خطای Event Never پرسنل باید سریع مورد را در فرم گزارش خطا ثبت و به سوپروایزر گزارش و تحویل دهند.
- ۷ - سوپروایزر باید سریع مورد را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی از طریق تلفن تماس یا پیامک اطلاع دهد
- ۸ - سوپروایزر باید فرم گزارش خطا را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تحویل دهد.
- ۹ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی باید مورد را با فاصله از طریق پیامک به مسئول ایمنی اطلاع دهد.
- ۱۰ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی باید مورد را زیر ۶ ساعت از طریق پیامک و یا گزارش فوری با اتوماسیون به کارشناس معاونت دانشگاه اطلاع دهد.
- ۱۱ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی باید در عرض ۲۴ ساعت مورد را بررسی و با افراد دخیل مصاحبه بنماید.
- ۱۲ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی باید در عرض ۷۲ ساعت اقدام به هماهنگی جهت برگزاری کمیته بررسی موردی خطا و همچنین RCA خطا توسط تیم RCA بنماید.
- ۱۳ - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی باید علل ریشه ای نوشته شده توسط تیم ایمنی به روش بارش افکار و همچنین اقدامات اصلاحی ثبت شده در جلسه RCA را به فرمت ابلاغ از وزارت در آورد.



بیمارستان باقرالعلوم (ع) اهر

عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

کدروش اجرایی N-1-LG-101

تاریخ تدوین: ۹۸/۰۸/۱۱

تعداد صفحات: ۲ از ۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

۱۴ - RCA نوشته شده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی از طریق اتوماسیون در عرض دو هفته به معاونت دانشگاه ارسال گردد.

۱۵ - RCA نوشته شده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به مسئولین بخشها و افراد دخیل در خطا ابلاغ شود.

۱۶ - RCA نوشته شده باید توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بصورت داستانک در فرمت مخصوص اشتراک گذاری خطاهای (ابلاغی وزارت) ثبت شده و علاوه بر ارسال از طریق اتوماسیون به معاونت دانشگاه، جهت تجربه اندوزی کلیه پرسنل در فایل الکترونیکی بیمارستان نیز بارگذاری شود.

۱۷ - مسئولین بخشها باید کلیه پرسنل را از اشتراک گذاری خطاهای در فایل الکترونیکی جهت استفاده و تجربه اندوزی کادر جهت کاهش خطا آگاه نمایند.

منابع: شیوه نامه نظارتی در خصوص وقایع ناخواسته درمانی (Event Never)

جدول اسامی تهیه کنندگان:

نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر سینا پیرزه	مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان	لیلی ابراهیم پور	سوپروایزر آموزشی
اکبر عباسپور	مدیر بیمارستان	شمسی قربان موحد	سوپروایزر در گردش
حلما مهتدی فر	مدیر خدمات پرستاری	منصوره داداشپور	سرپرستار بخش CCU
خانمنار اسدی	مسئول واحد بهبود کیفیت	فرنوش جاملو	سوپروایزر در گردش
حمیده ابوطالب زاده	کارشناس ایمنی بیمار	سیما رضاپور	سوپروایزر آموزش همگانی

تأیید کننده و ابلاغ کننده : دکتر سینا پیرزه

سمت: مسئول ایمنی و ریاست بیمارستان