



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی همدان



شماره سند : EEA .BO. 06

شماره ویرایش : A

مرکز آموزشی ، درمانی ، تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

کتابچه توجیهی فراگیران



تاریخ تدوین : ۱۴۰۳/۱۲/۱۱

تاریخ بازنگری :-

فهرست مطالب

۲.....	پیام معاون آموزشی بیمارستان.....
۲.....	تاریخچه.....
۵.....	راهنمای طبقات
۶.....	رسالت
۶.....	چشم انداز
۶.....	ارزش ها
۷.....	سیاست ها
۷.....	اهداف کلی برنامه استراتژیک
۸.....	نمودار سازمانی.....
۹.....	معرفی معاونت آموزشی
۱۰.....	فرآیند ارتباطی بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی.....
۱۱.....	معرفی کارشناسان آموزش.....
۱۲.....	مشخصات اعضای هیات علمی گروه کودکان و نوزادان.....
۱۴.....	جدول زمانبندی برنامه های آموزشی گروه اطفال.....
۱۵.....	فرایند نحوه ارزشیابی دستیار کودکان
۱۶.....	فرایند نحوه ارزشیابی کارورز کودکان
۱۷.....	فرایند نحوه ارزشیابی کارآموز.....
۱۸.....	فرایند نحوه مرخصی فراگیران
۱۹.....	فرایند تشویق و تنبیه فراگیران
۲۱.....	فضاهای آموزشی و کمک آموزشی بیمارستان اکیاتان.....
۲۲.....	کتابخانه بیمارستان
۲۲.....	منشور حقوق بیمار
۲۶	ایمنی بیمار (گزارش خطا).....
۲۳.....	به اشتراک گذاری تجارب فراگیران
۲۳.....	آموزش به بیمار توسط فراگیر در کلبه بخش های آموزشی بالینی
۲۴.....	کنترل عفونت
۲۸	ایمنی سلامت شغلی
۲۰.....	بهداشت محیط
۴۶	مدیریت خطر حوادث و بلایا
۵۲.....	اطفا حریق
۵۵.....	کد تخلیه
۵۹.....	کد های اضطراری
۶۰	برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر.....
۶۳.....	استاندارد پوشش کارکنان.....
۶۴.....	آئین نامه اخلاق حرفه ای (نحوه رفتار و پوشش حرفه ای) اعضای هیات علمی و فراگیران.....
۶۸.....	راهنمای الزامات نظام بیمه ای و درمانی.....
۷۲.....	مستندسازی فرم های پرونده پزشکی

پیام معاون آموزشی بیمارستان

فراگیر محترم

ضمن عرض سالم و خوشامدگویی حضور شما در مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان، به اطلاع میرساند، بیمارستان اکباتان و در راستای آن معاونت آموزشی، در طی چند وقت اخیر تلاش نموده تا زیرساخت ها و فرایندهای آموزشی این بیمارستان را بهبود دهند. مهمترین برنامه های در دست اقدام این معاونت ارتقاء فرآیندهای آموزشی و در راستای پیاده سازی سیستم مدیریت کیفیت بیمارستان شامل مستندسازی و پایش فرایندها، ارزشیابی درونی بخشهای آموزشی و تعامل با اعضاء هیات علمی و فراگیران از طریق استقرار سیستم نظرسنجی اعضای هیات علمی و فراگیران میباشد.

کتابچه پیش رو با هدف آشنایی شما عزیزان با برخی از قوانین، مقررات و استانداردهای آموزشی و بالینی تدوین گردیده است.

با آرزوی موفقیت شما در مدت حضور در این مرکز انتظار میرود با مطالعه مطالب این کتابچه با آمادگی و اعتماد به نفس هرچه بیشتر در عرصه خدمت رسانی به بیماران و کسب علم و دانش حاضر شوید. امید است ما نیز بتوانیم در چهارچوب قوانین موجود، محیطی آرام، بانشاط و ایمن را برای شما فراهم کنیم.

با احترام

معاون آموزشی مرکز آموزشی درمانی

تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان قدیم در سال ۱۳۰۱ تاسیس و پس از یک دوره تعطیلی ۹ ساله از سال ۱۳۹۳ در سال ۱۴۰۲ در ساختمان جدید مجدداً فعالیت خود را آغاز نمود.

این مرکز در زمینی به مساحت ۲۸۰۰۰ متر مربع با زیر بنای ۲۸۵۰۰ متر مربع در ۹ طبقه با ۲۹۷ تخت مصوب احداث گردیده و دارای بخش های اورژانس، بستری کودکان، مراقبت ویژه نوزادان (NICU)، مراقبت ویژه کودکان (PICU)، هماتولوژی و انکولوژی، جنرال، جراحی، اتاق عمل، LDR، دیالیز و واحد های پاراکلینیک شامل آزمایشگاه و تصویربرداری (رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی) می باشد.

این مرکز دارای درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی، درمانگاه هماتولوژی، درمانگاه دندانپزشکی، درمانگاه PKU و واحد های تشخیصی شامل واحد آندوسکوپی، کلونوسکوپی، اکو کاردیوگرافی، تست ورزش، نوار مغز، هولتر و اسپیرومتری می باشد. بیمارستان اکباتان با کادر هیئت علمی متخصص و فوق تخصص مجرب در گروه های انکولوژی، هماتولوژی، گوارش، غدد، قلب، آلرژی، مغز و اعصاب، کلیه و مجاری ادراری، عفونی و جراحی فعالیت می نماید.

سمت شرقی

سمت غربی

سمت شرقی

سمت غربی

ساختمان الحاقی

ساختمان اصلی



آمفی تئاتر

- مدیریت پرستاری
- سوپروایزر بالینی
- سوپروایزر آموزشی
- کنترل عفونت
- بهبود کیفیت
- مدیریت اطلاعات سلامت

ریاست/مدیریت

مراقبت ویژه کودکان
PICU

اتاق عمل
مراقبت ویژه CICU

LDR (زایمان)

طبقه دوم

- مدهکاری
- NGO
- درمگاه دندانپزشکی
- درمگاه تخصصی
- بهداشت تخصصی
- درمگاه PKU

حراست

یوفه

امور مالی

منابع انسانی

فناوری اطلاعات

نوزادان/ NICU

داروخانه شبانه روزی

اورزانس

- آزمایشگاه
- مدیریت دارویی
- پذیرش/سندوق
- ترخیص
- بهداشت حرفه ای

طبقه اول

- درمگاه مغزولوزی
- واحد رسدگی به تکلیفات
- کلینیک پرستاری
- آلبوستومی / کولوستومی
- اسپیرومتری
- نوار مغز

نماز خانه

نگهبانی

تغذیه

امور عمومی

خدمات

مهندسی پزشکی

درآمد/بیمه گری

ناظرین بیمه

تلسیسات

تصویربرداری / راهبرداری
CTSCAN

خانه بازی کودک

انبار

امین اموال

لنشری

CSSD

ندارگان

رخکن هفتجویان

سردخانه

آشپزخانه

طبقه همکف

طبقه هشتم

طبقه هفتم

طبقه ششم

طبقه پنجم

طبقه چهارم

طبقه سوم

طبقه دوم

طبقه اول

طبقه همکف

پلویون خلام ها

پلویون آفتابان

معاونت آموزشی / پژوهشی / درمانی
واحد توسعه و تحقیقات علمی
سالن جلسات آموزش

VIP

بخش کودکان ۱

بخش کودکان ۳

تست ورزش
اکوکاردیوگرافی

بخش جراحی

کلاس آموزشی

SKILL LAB

کلاس آموزشی

کلاس آموزش شب

بهداشت محیط

کتابخانه

IPD

بخش هماتولوژی /
تکولوژی کودکان

بخش کودکان ۲

بخش جنرال کودکان

LDR (زایمان)

مراقبت ویژه CICU

اورزانس

آزمایشگاه

مدیریت دارویی

پذیرش/سندوق

ترخیص

بهداشت حرفه ای

آشپزخانه

CSSD

ندارگان

رخکن هفتجویان

سردخانه

رسالت یا مأموریت مرکز آموزشی ، درمانی ، تخصصی و فوق تخصصی اکباتان (Mission)

مرکز آموزشی، درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان ، به عنوان بیمارستان تخصصی کودکان تلاش می نماید تا با استفاده از متخصصین برجسته اعضاء هیات علمی دانشگاه و کارکنان متعهد، خدمات ایمن، باکیفیت تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی را با بکارگیری تجهیزات و فناوری های به روز و رعایت کامل استانداردهای ایمنی به بیماران و مراجعه کنندگان ارائه نماید و با تامین و توسعه زیر ساخت های آموزشی و پژوهشی در راستای تامین نیروی انسانی متخصص و کارآمد موردنیاز جامعه آینده گام بردارد.

دورنما یا چشم انداز مرکز آموزشی ، درمانی ، تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

ما بر آنیم تا سال ۱۴۰۵ به عنوان یک مرکز تخصصی و فوق تخصصی کودکان ، در ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی ، آموزش دانشجویان و فعالیت های پژوهشی ، بیمارستان برتر کودکان در منطقه غرب کشور باشیم .

ارزش های مرکز آموزشی ، درمانی ، تخصصی و فوق تخصصی اکباتان (Values)

- پایبندی به ارزش های اسلامی
- بیمار محوری
- حفظ حرمت و کرامت انسانی
- التزام به ایمنی و کیفیت در ارائه خدمات
- رعایت اصل عدالت و تکریم مراجعین

سیاست های مرکز آموزشی ، درمانی ، تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

- اولویت بخشی به ایمنی و کیفیت در ارائه خدمات
- ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار
- کسب رضایتمندی بیماران ، مراجعین و کارکنان
- مدیریت سرمایه های مالی و انسانی
- تامین دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات تشخیصی ، درمانی و بازتوانی مناسب
- پایبندی به سیاست های کشوری در حیطه بهداشت و درمان
- تامین تجهیزات و فناوری های به روز
- کسب آمادگی مقابله با شرایط بحرانی

اهداف کلی (کلان) برنامه استراتژیک مرکز آموزشی درمانی

تخصصی و فوق تخصصی اکباتان (سال ۱۴۰۶ - ۱۴۰۳)

- G1 : ارتقاء سیستم مدیریت کیفیت
- G2 : ارتقاء استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان
- G3 : توسعه خدمات آموزشی ، تشخیصی ، درمانی و پژوهشی
- G4 : ارتقاء کمی و کیفی نیروی انسانی
- G5 : ارتقاء مدیریت منابع مالی
- G6 : ارتقاء برنامه های ملی سلامت

معاونت آموزشی مرکز

معاونت آموزشی بیمارستان اکباتان با هدف تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد با محوریت ارتقاء کیفیت آموزشی، مسئولیت پذیری و رعایت اخلاق و ارزشهای اسلامی مشغول فعالیت میباشد. حوزه معاونت آموزشی مصمم است با برنامه ریزی در جهت ارتقاء کیفیت آموزش بیمارستان، توانمندسازی اساتید آموزشی بیمارستان، بهبود و ارتقای امکانات رفاهی اساتید و دانشجویان و تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد، سطح دانش و سلامت جامعه را ارتقاء بخشیده و زمینه تبادلات علمی مطلوب را با دیگر مراکز آموزشی داخل کشور فراهم آورد. در این راستا از فناوریهای اطلاعاتی جدید و تکنولوژی پیشرفته آموزشی و ایجاد فرصت برای افراد خلاق و مبتکر بهره خواهد گرفت تا بتواند در تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد و نیز ارتقاء سلامت کشور گام بردارد.

معرفی معاونت آموزشی مرکز

نام و نام خانوادگی: دکتر محمد کاظم سبزه ای

سمت: معاون آموزشی

رشته تحصیلی: فوق تخصص نوزادان

مرتبۀ علمی: استاد

ملاقات عمومی: یکشنبه هر هفته ساعت ۱۱ الی ۱۲

محل: دفتر معاونت آموزشی مرکز واقع در طبقه هفتم

شروع

مراجعه فراگیر به واحد آموزش برای طرح درخواست ملاقات با معاون آموزشی

آیا فراگیر درخواست ملاقات حضوری را دارد؟

خیر

بله

ارائه فرم درخواست بررسی مشکل به فراگیر برای درج کتبی درخواست و موضوع قابل طرح با معاون آموزشی مسئول واحد آموزش فراگیران

تنظیم وقت ملاقات حضوری با معاون آموزشی ۱- در زمان اضطرار
۲- در زمان تعیین شده و مقرر (یکشنبه ها ساعت ۱۱ الی ۱۲)
مسئول واحد آموزش فراگیران

تکمیل فرم و تحویل آن به مسئول واحد آموزش فراگیر

اطلاع رسانی به فراگیر
مسئول واحد آموزش فراگیران

جمع آوری فرم های درخواست بررسی مشکل و ارائه زمان به فراگیر برای دریافت پاسخ
مسئول واحد آموزش فراگیران

برگزاری جلسه با فراگیر در روز و ساعت اعلام شده در اتاق معاونت آموزشی و پاسخگویی به درخواست وی توسط معاون آموزش و درج در فرم مربوط به مشکلات در ملاقات حضوری

صدور پاسخ توسط معاونت آموزشی و ابلاغ توسط مسئول آموزش بصورت کتبی یا شفاهی به فراگیر

بایگانی مستندات در صورت وجود
مسئول واحد آموزش فراگیران

پایان

نوع فرایند: اصلی ✓ مدیریتی پشتیبانی

متولی فرایند:

معاونت آموزشی

صاحبان فرایند:

معاون آموزشی - مسئول واحد آموزش فراگیران - فراگیران

ورودی فرایند:

فراگیران - فرم درخواست بررسی مشکلات آموزشی - فرم مربوط به مشکلات طرح شده توسط فراگیر در ملاقات حضوری با معاون آموزشی

خروجی فرایند:


فراگیران - مستندات مربوط به حل مشکل

شاخص پایش:

میزان رضایتمندی فراگیران از نحوه پاسخگویی معاون آموزشی مرکز

تاریخ تنظیم سند: ۱۴۰۳/۰۴/۳۱

آخرین تاریخ بازنگری سند: -

کد سند : EA - FO - 08	عنوان سند :	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی الیهان
شماره ویرایش : A	فرم درخواست بررسی مشکلات آموزشی	

نام و نام خانوادگی :

دستیار
 کارورز
 کارآموز


مشکل :

تاریخ :

امضا و فراگیر :

پاسخ :

معاون آموزشی مرکز :

کد سند : EA - FO - 09	عنوان سند :	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی الیهان
شماره ویرایش : A	فرم مربوط به مسائل و مشکلات مطرح شده توسط فراگیر در ملاقات مضوری یا معاون آموزش مرکز	

تاریخ و ساعت مراجعه	نام فراگیر	مسئله	انجام شد	انجام نشد	در صورت عدم انجام موارد پیگیری

مسئول واحد آموزش فراگیران

معاون آموزشی مرکز

معرفی کارشناسان آموزش

نام و نام خانوادگی : خانم مریم حاتمی

سمت : کارشناس مسئول خدمات آموزشی و دانشجویی

رشته تحصیلی : کارشناس ارشد فناوری اطلاعات

تلفن تماس : ۲۷۰۸



نام و نام خانوادگی : خانم محیا صیفی کار

سمت : کارشناس آموزش

رشته تحصیلی : کارشناس حسابداری

تلفن تماس : ۲۷۰۷



مشخصات اعضای هیات علمی گروه کودکان و نوزادان

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک و رشته تحصیلی	مرتبه علمی	وضعیت هیأت علمی
۱	دکتر حسین اصفهانی	فوق تخصص خون و هماتولوژی	دانشیار	هیأت علمی
۲	گلسا تجزیه چی	متخصص کودکان	استادیار	هیأت علمی
۳	ناهید کیانی	متخصص کودکان	استادیار	هیأت علمی
۴	مائده حبیبی	متخصص کودکان	استادیار	هیأت علمی
۵	مریم دارابی	فوق تخصص غدد کودکان	استادیار	هیأت علمی
۶	هانیه رفیعی نژاد	متخصص کودکان	استادیار	هیأت علمی
۷	عامره هادی زاده	فوق تخصص هماتولوژی کودکان	استادیار	هیأت علمی
۸	دکتر فاطمه اقبالیان	فوق تخصص نوزادان	استاد	هیأت علمی
۹	دکتر حسن بزم آمون	فوق تخصص گوارش کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۱۰	دکتر اسداله تناسان	فوق تخصص قلب کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۱۱	دکتر فیروزه حسینی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۱۲	دکتر زهرا رضوی	فوق تخصص غدد کودکان	استاد	هیأت علمی
۱۳	دکتر رویا رئیسی	متخصص کودکان - فلوشیپ نوزادان	استادیار	هیأت علمی (ماموریت آموزشی)
۱۴	دکتر محمدکاظم سبزه ای	فوق تخصص نوزادان	استاد	هیأت علمی
۱۶	دکتر زهره شالچی	فوق تخصص عفونی کودکان	استادیار	هیأت علمی
۱۷	دکتر ایرج صدیقی	فوق تخصص عفونی کودکان	استاد	هیأت علمی
۱۸	دکتر مژگان صفری	فوق تخصص آسم، آلرژی و ایمونولوژی کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۱۹	دکتر افشین فیاضی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۲۰	دکتر غلامرضا کلوندی	فوق تخصص گوارش کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۲۱	دکتر حسین عماد ممتاز	فوق تخصص نفرولوژی کودکان	دانشیار	هیأت علمی
۲۲	دکتر مریم نیکوفر	فوق تخصص قلب کودکان	استادیار	هیأت علمی
۲۳	دکتر سید محمد مهدی حسینی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	استادیار	هیأت علمی
۲۴	بهناز بصیری	فوق تخصص طب نوزادان و پیرامون تولد	استاد	هیأت علمی
۲۵	مریم شکوهی سلگی	فوق تخصص طب نوزادان و پیرامون تولد	دانشیار	هیأت علمی
۲۶	بابک جعفروند	فوق تخصص طب نوزادان و پیرامون تولد	استادیار	هیأت علمی

جدول زمانبندی برنامه های آموزشی گروه اطفال

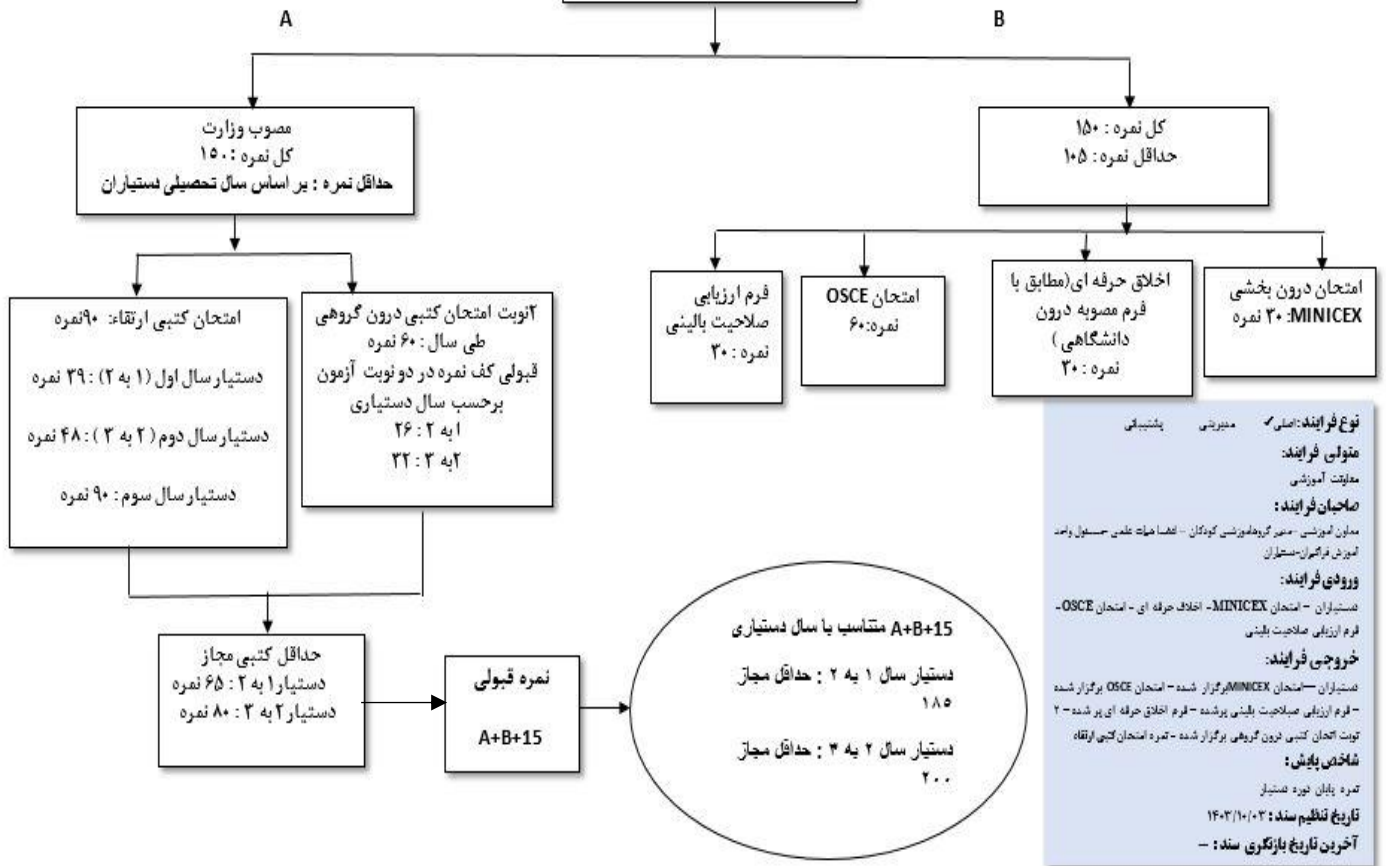
روز های هفته	برنامه آموزشی (ساعت)	برنامه آموزشی (ساعت)	برنامه آموزشی (ساعت)
شنبه	درمانگاه با حضور دستیار و کارورز (۱۱-۱۲:۳۰)	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز - کارآموز (۹:۳۰-۱۱)	مورنینگ گروه کودکان (۸-۹:۳۰)
	کلاس تئوری کارآموزها (۱۱-۱۲:۴۵)		
یکشنبه	درمانگاه با حضور دستیار (۱۱-۱۲:۳۰)	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز - کارآموز (۹:۳۰-۱۱)	گراند راند / مورنینگ مشترک (۸-۹:۳۰)
	کلاس تئوری کارورزها (۱۱:۳۰-۱۲:۳۰)		
	کلاس تئوری کارآموزها (۱۱-۱۲:۴۵)		
دوشنبه	درمانگاه با حضور دستیار و کارورز (۱۱-۱۲:۳۰)	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز - کارآموز (۹:۳۰-۱۱)	مورنینگ گروه کودکان (۸-۹:۳۰)
	کلاس تئوری کارآموزها (۱۱-۱۲:۴۵)		
سه شنبه	درمانگاه با حضور دستیار (۱۱-۱۲:۳۰)	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز - کارآموز (۹:۳۰-۱۱)	ژورنال کلاب / Case presentation (۸-۹:۳۰)
	کلاس تئوری کارورزها (۱۱:۳۰-۱۲:۳۰)		
	کلاس تئوری کارآموزها (۱۱-۱۲:۴۵)		
چهارشنبه	درمانگاه با حضور دستیار و کارورز (۱۱-۱۲:۳۰)	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز - کارآموز (۹:۳۰-۱۱)	مورنینگ گروه کودکان (۸-۹:۳۰)
	کلاس تئوری کارآموزها (۱۱-۱۲:۴۵)		
پنجشنبه	راند بخش های بالینی اساتید با حضور دستیار - کارورز (۹-۱۰)	کلاس تئوری کارآموزها (۱۰-۱۲)	کلاس تئوری کارآموزها (۸-۱۰)

فرایند نحوه ارزشیابی دستیار کودکان


کد سند: EA - FL - 01	عنوان سند:	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی فوق تخصصی اکیاتان
شماره ویرایش: A	فله‌هاارت نمونه ارزشیابی از دستیار (رزیدنت) کودکان	

شروع

ارزشیابی از دستیار کودکان



فرایند نحوه ارزشیابی کارورز کودکان

کد سند : EA – FL – 04	عنوان سند :	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان
شماره ویرایش : A	فلهپارت نمونه ارزشیابی از کارورز (اینترن) کودکان	

نوع فرایند: اصلی ✓
متولی فرایند: مدیریتی
صاحبان فرایند: پشتیبانی
 معاون آموزشی - مدیر گروه آموزشی کودکان - اعضا هیات علمی - مسئول واحد آموزش فراگیران - کارورزان
ورودی فرایند: کارورزان - لیست حضور و غیاب - امتحان OSCE - ارزیابی درون بخشی اساتید - ارزیابی دستیاران - ارزیابی اخلاق و پوشش حرفه ای
خروجی فرایند: کارورزان - امتیاز درون بخشی اساتید - امتیاز ارزیابی دستیار - لیست حضور غیاب تکمیل شده - فعالیت های آموزشی انجام شده
شاخص پایش: نمرات ارزشیابی پایان دوره کارورزان
تاریخ تنظیم سند: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳
آخرین تاریخ بازنگری سند: -

شروع

ارزشیابی از کارورز کودکان

امتحان کتبی OSCE
 نمره کل: ۱۰

A

B

ارزیابی در زمان کشیک توسط
 دستیار بر اساس:
 - نحوه معاینه ی بیمار و دستور
 نویسی
 - اجرای رفتار و اخلاق حرفه ای
 کل نمره: ۲


ارزیابی بر اساس:
 - حضور و غیاب مورنینگ و بخش ها
 - ارائه مورنینگ - پوشش حرفه ای
 نمره کل: ۳

امتیاز درون بخشی توسط اساتید
 بر اساس:
 - حضور و غیاب - اخلاق حرفه ای
 - معرفی بیمار - فعالیت آموزشی و
 ارائه کنفرانس
 کل نمره: ۵

کل نمره: ۲۰
 (A+B+C+D)
 حداقل نمره قبولی: ۱۲

پایان

فرایند نحوه ارزشیابی کارآموز کودکان

کد سند: EA – FL – 03	عنوان سند:	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان
شماره ویرایش: A	فله‌پارت نمونه ارزشیابی از کارآموز (استاجر) کودکان	

شروع

ارزشیابی از کارآموز
کودکان

ارزشیابی کارآموزی
کل نمره: ۲۰
حداقل نمره: ۱۲

ارزشیابی تئوری
کل نمره: ۲۰
حداقل نمره: ۱۲

امتحان
OSCE+MCQ
نمره کل: ۱۵

لاک بوگ (مصوب درون گروهی) و پرسش و پاسخ
توسط اساتید هر روتیشن بخش بالینی تکمیل میشود
کل نمره: ۵

امتحان تئوری پایان
دوره
نمره کل: ۱۰

امتحان تئوری میان
دوره
نمره کل: ۱۰

نمره قبولی

پایان

نوع فرایند: اصلی ✓

مدیریتی

پشتیبانی

متولی فرایند:

معاونت آموزشی

صاحبان فرایند:

معاون آموزشی - مدیر گروه آموزشی کودکان - اعضا هیات علمی

-مسئول واحد آموزش فراگیران- کارآموزان

ورودی فرایند:

کارآموزان - امتحان تئوری - لاک بوگ - امتحان OSCE -

امتحان MCQ

خروجی فرایند:

کارآموزان - لاک بوگ تکمیل شده - نمره ارزشیابی

تئوری - نمره امتحان OSCE - نمره امتحان MCQ

شاخص پایش:

نمرات ارزشیابی پایان دوره کارآموز

تاریخ تنظیم سند: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳

آخرین تاریخ بازنگری سند: -

فرایند نحوه مرخصی فراگیران



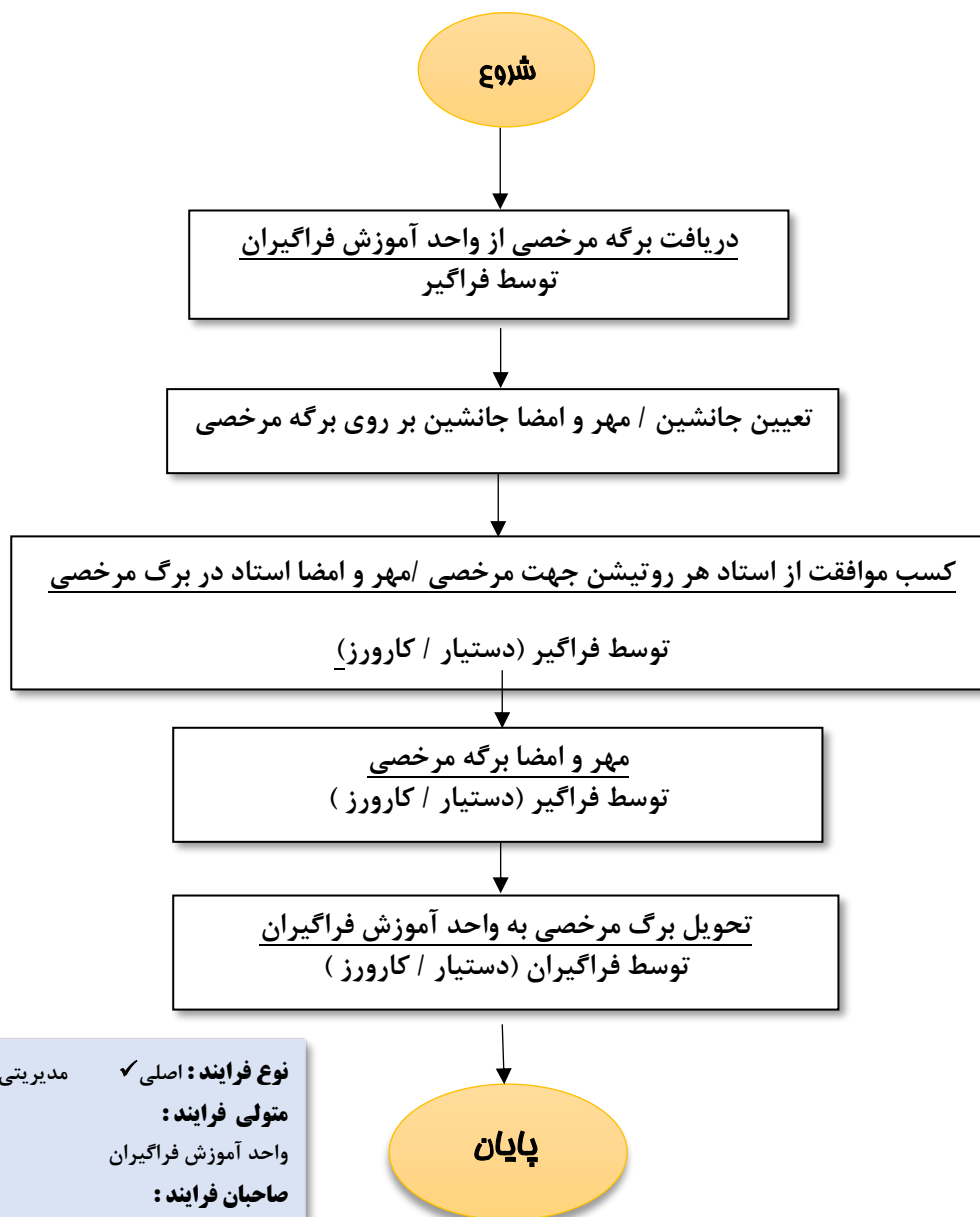
مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی
اکباتان

کد سند : EA – FL – 02

عنوان سند :

شماره ویرایش : A

فلوچارت فرایند مرخصی دستیار و کارورز



نوع فرایند: اصلی ✓ مدیریتی پشتیبانی

متولی فرایند:

واحد آموزش فراگیران

صاحبان فرایند:

معاونت آموزشی - مسئول واحد آموزش فراگیران - اعضای هیات

علمی - دستیار - کارورز

ورودی فرایند:

کارورز - دستیار - برگ مرخصی

خروجی فرایند:

کارورز - دستیار - برگ مرخصی تکمیل شده

شاخص پایش:

تعداد برگه مرخصی تکمیل شده در پایان هر دوره

تاریخ تنظیم سند: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳

آخرین تاریخ بازنگری سند: -

فرایند تشویق و تنبیه فراگیران پزشکی



مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

عنوان سند :

فلوپارت فرایند تشویق و تنبیه فراگیران پزشکی (گروه کودکان)

کد سند :

شماره ویرایش : A

شروع

موارد منجر به تنبیه

موارد منجر به تشویق

در مرحله اول : ارائه تذکر شفاهی در صورت مشاهده خطای عملکرد ، عدم رعایت قوانین و آیین نامه ها ، عدم رعایت اخلاق و پوشش حرفه ای ، عدم رعایت حضور و غیاب
توسط استاد مربوطه / با هماهنگی مسئول آموزش پزشک عمومی / مدیر امور

ارائه درخواست کتبی جهت تشویق فراگیر توسط استاد مربوطه / دفتر پرستاری

تحویل درخواست کتبی درخواست کننده تشویق ، جهت تشویق فراگیر به واحد آموزش فراگیران توسط فراگیر

در مرحله دوم : در پی تکرار خطا و عدم رعایت قوانین علی رغم تذکر شفاهی ، مطرح نمودن مورد در جلسه
با حضور مدیر گروه آموزشی / معاون آموزشی مرکز / مسئول آموزش پزشک عمومی / مدیر امور دستکاری

الصاق درخواست کتبی تشویق به فرم تشویق فراگیران و تحویل به فراگیر توسط واحد آموزش فراگیران

مهر و امضا فرم تشویق فراگیران توسط درخواست دهنده تشویقی

تذکر کتبی و مکاتبه با دانشکده جهت مورد تنبیه (کارورز ، کارآموز)
توسط مدیر گروه / با هماهنگی معاون آموزشی مرکز و مسئول آموزش پزشک عمومی

تذکر کتبی و درج در پرونده فراگیر (دستیار) مطابق با آیین نامه
توسط مدیر گروه با هماهنگی معاون آموزشی مرکز و مدیر امور دستکاری

بررسی فرم تشویقی فراگیر و ارائه نمره با توجه به فعالیت انجام شده حائز تشویق توسط استاد مربوطه / هماهنگی با مسئول آموزش پزشک عمومی / مدیر امور دستکاری مدیر گروه آموزشی / معاون آموزشی مرکز

بایگانی کلیه مستندات مربوطه توسط مسئول واحد آموزش فراگیران

پایان

نوع فرایند : اصلی ✓

مدیریتی

پشتیبانی

متولی فرایند :

معاونت آموزشی

صاحبان فرایند :

معاونت آموزشی - مسئول واحد آموزش فراگیران - مدیر گروه آموزشی - مدیر امور دستکاری - مسئول آموزش پزشک عمومی - اعضای هیات علمی - فراگیران (دستیار - کارورز - کارآموز)

ورودی فرایند :

درخواست کتبی تشویق / استاد جهت فراگیر - فرم تشویق فراگیر - فرم تنبیه فراگیر

خروجی فرایند :

فراگیران - فرم درخواست تشویقی پر شده - فرم تنبیه فراگیر پر شده - تذکر کتبی و درج در پرونده فراگیر - مکاتبه با دانشکده جهت خطا و تنبیه

شاخص پایش :

تعداد تشویق و تنبیه فراگیران در پایان هر دوره

تاریخ تنظیم سند : ۱۴۰۳/۱۲/۱۱


آخرین تاریخ بازنگری سند : -

شماره سند: EA - FO - 04	نوع سند: فرم درخواست تشویقی فراگیر	 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان
شماره ویرایش: A		

با سلام و احترام

در صورتی که عملکرد فراگیر: کارآموز کارورز دستیار مورد رضایت شما قرار گرفته و تمایل به تشویق وی دارید، نام فراگیر را با ذکر علت تشویق، در این فرم نوشته و (تا قبل از اتمام روتیشن و آزمون پایان دوره) به واحد آموزش تحویل نمایید.

نام فراگیر: بخش / واحد تاریخ: علت تشویق:	
نام و نام خانوادگی استاد درخواست کننده تشویقی: مهر و امضا:	مدیر گروه آموزشی: مسئول آموزش پزشکی عمومی / مدیر امور دستیاری: معاون آموزشی مرکز:

شماره سند:	نوع سند: فرم درخواست تنبیه فراگیر	 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان
شماره ویرایش: A		

با سلام و احترام

در صورتی که عملکرد فراگیر: کارآموز کارورز دستیار مورد رضایت شما قرار نگرفته و نیاز به اخطار، توجیه و توضیح عملکرد و..... وی دارید، نام فراگیر را با ذکر علت تنبیه، در این فرم نوشته و به واحد آموزش تحویل نمایید.

نام فراگیر: بخش / واحد تاریخ: علت تنبیه: برخورد نامناسب <input type="checkbox"/> عدم حضور در بخش <input type="checkbox"/> عملکرد نامطلوب در بخش <input type="checkbox"/> عدم رعایت پوشش و اخلاق حرفه ای <input type="checkbox"/> سایر موارد:	
نام و نام خانوادگی استاد درخواست کننده تنبیه: مهر و امضا:	مدیر گروه آموزشی: مدیر امور دستیاری / مسئول آموزش پزشکی عمومی: معاون آموزشی مرکز:

فضاهای آموزشی و کمک آموزشی بیمارستان اکباتان

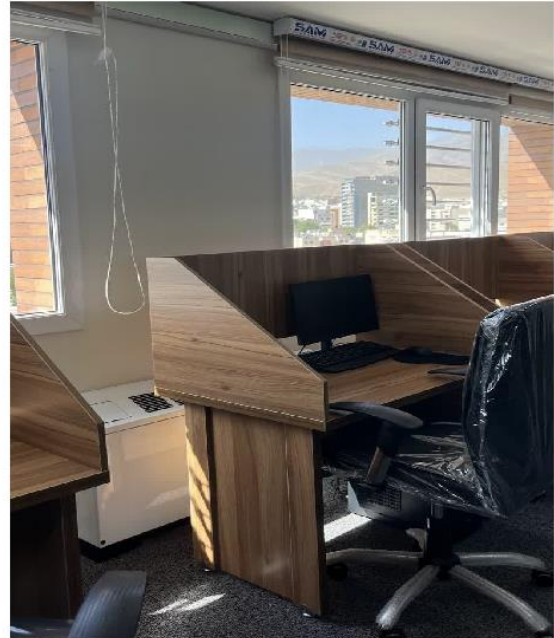
مترائز	تعداد	مکان	
هر کلاس ۵۰ متر مربع (طبقه سوم ، چهارم و ششم)	۳	کلاس آموزشی	فضاهای آموزشی
۳۸۵ متر مربع	۱	آمفی تئاتر و اتاق کنترل	
۵۵۶ متر مربع	۱	لابراتوار و آزمایشگاه	
----	----	کارگاه ، سایت رایانه ، سالن امتحانات ، مرکز آزمون	
۶۰ متر مربع (طبقه هفتم)	۱	اتاق جلسات گروه های بالینی	
۱۳۹ متر مربع (طبقه هفتم)	۱	کتابخانه ، سالن مطالعه ، مرکز اسناد کتب مرجع	فضای کمک آموزشی
----	----	فناوری اطلاعات	
۵۰ متر مربع (طبقه پنجم)	۱	اسکیل لب	
طبقه ۷ : ۳۴۵ متر مربع (اتاق ها + ۱۶۴ متر مربع سالن و راهروی آبدار خانه و سرویس های مشترک)	در دو طبقه هر طبقه ۱۰ اتاق	پاویون	
طبقه ۸ : ۳۱۵ متر مربع (اتاق ها + ۱۹۶ متر مربع سالن و راهروی آبدار خانه و سرویس های مشترک)			

کتابخانه بیمارستان

مخزن کتابخانه بیمارستان اکباتان



فضای دسترسی دانشجویان به سیستم و اینترنت



ساعات کاری کتابخانه مرکز آموزشی درمانی تخصصی و

فوق تخصصی اکباتان

به اطلاع مراجعین محترم میرسانیم ساعت کاری کتابخانه به شرح زیر می باشد:

مخزن: 07:30 الی 14:30	شنبه تا پنج شنبه
سالن مطالعه: 07:30 الی 24:00	
سالن مطالعه: 07:30 الی 20:00	روزهای تعطیل

کلیه فراگیران در بدو ورود میبایست نسبت به آشنایی با استانداردها و روشهای اجرایی در "دوره آموزشی توجیهی بدو ورود" شرکت نمایند. از مهمترین موضوعات مطروحه در این دوره مباحث زیر میباشد:

منشور حقوق بیمار

ایمنی بیمار (گزارش خطا)

به اشتراک گذاری تجارب فراگیران

آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش های آموزشی بالینی

کنترل عفونت

ایمنی سلامت شغلی

بهداشت محیط

مدیریت خطر حوادث و بلایا

اطفا حریق

کد تخلیه

کد های اضطراری

برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر مرکز

استاندارد پوشش کارکنان

آئین نامه اخلاق حرفه ای (نحوه رفتار و پوشش حرفه ای) اعضای هیات

علمی و فراگیران

راهنمای الزامات نظام بیمه ای و درمانی

راهنمای داخلی مستندسازی فرم های پرونده پزشکی

منشور حقوق بیمار

- ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است. ارائه خدمات سلامت باید :
 - ۱- ۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛
 - ۱- ۲) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛
 - ۱- ۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛
 - ۱- ۴) بر اساس دانش روز باشد ؛
 - ۱- ۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛
 - ۱- ۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیمار باشد ؛
 - ۱- ۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛
 - ۱- ۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد ؛
 - ۱- ۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛
 - ۱- ۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛
 - ۱- ۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛
 - ۱- ۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛
 - ۱- ۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
 - ۱- ۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد .
 - ۲- ۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :
 - ۲- ۱- ۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
 - ۲- ۱- ۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش ؛
 - ۲- ۱- ۳) نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
 - ۲- ۱- ۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛
 - ۲- ۱- ۵) نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛
 - ۲- ۱- ۶) کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند؛
 - ۲- ۱- ۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان
 - ۲- ۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
 - ۲- ۲- ۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که :

-تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود)

-بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛ (۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه اطلاعات ثبت‌شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

(۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

(۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

(۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

(۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

(۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

(۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

(۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

(۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

(۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

(۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

(۴-۲) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

(۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

(۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

(۵-۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛

(۵-۲) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

(۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان

شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار (مذکور در این منشور) بر عهده تصمیم‌گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

منشور حقوق مادر در بخش زایمان و لیبر

- ۱- حریم خصوصی و پوشش مادر باردار در تمامی مراحل لیبر و زایمان رعایت می‌گردد.
- ۲- شیو و انما بر اساس درخواست مادر انجام می‌گیرد و از انجام روتین آن خودداری می‌شود.
- ۳- در صورت عدم تمایل مادر باردار به انجام معاینه واژینال توسط پزشک مرد، مطابق خواست وی عمل می‌گردد.
- ۴- هنگام انجام معاینات توسط پزشک مرد، پرسنل خانم در کنار مادر باردار حضور می‌یابد.
- ۵- در مواردی که مادر جزء گروه کم خطر تلقی میشود در طی مراحل لیبر به وی آزادی حرکت داده می‌شود.
- ۶- در مواردی که مادر جزء گروه کم خطر تلقی شود طبق میل مادر به وی نوشیدنی سرد یا گرم و خوراک سبک داده می‌شود.
- ۷- همراه آموزش دیده در تمامی مراحل لیبر و زایمان، اجازه حضور در کنار مادر باردار را دارد.
- ۸- جهت استفاده از روشهای دارویی جهت کاهش درد زایمان، پس از ارائه توضیحات در مورد مزایا و معایب آن، رضایت مادر جلب می‌گردد.
- ۹- از استفاده روتین از داروهای القاء کننده زایمان خودداری شده و استفاده فقط بر اساس اندیکاسیون و پس از ارائه توضیحات و کسب رضایت مادر انجام می‌گیرد.
- ۱۰- پس از ارائه توضیحات لازم در مورد انواع زایمان (طبیعی و سزارین) به مادر حق انتخاب داده می‌شود.
- ۱۱- انجام سزارین بر اساس اندیکاسیون می‌باشد.
- ۱۲- انجام اپی زیاتومی فقط بر اساس اندیکاسیون انجام می‌گیرد و از انجام روتین آن خودداری می‌شود.
- ۱۳- بلافاصله پس از زایمان، نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود.

ایمنی بیمار (گزارش خطا)

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار در واقع یک شیوه غیر رسمی برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار است و عزم بیمارستان را در ایجاد و برقراری ارتباط باز و فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش به منظور ایجاد ایمنی بیشتر برای ارائه کنندگان خدمات و بیماران در بیمارستان بیمارستان نشان می‌دهد، بازدیدها با تأکید بر سیستم به جای تأکید بر افراد بوده و حمایت مدیران ارشد را از گزارش خطا نشان می‌دهد.

اهداف بازدید مدیریتی :

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است).
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته. معیارهای موفقیت برنامه
- پاسخ کارکنان صف و مدیران به پیمایش در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار
- تعداد خطاهای گزارش شده در ماه از طریق سیستم های گزارش دهی داوطلبانه

- تعداد تغییرات و مداخلات ایمنی که در سال توسط مدیران انجام شده
- درصد تغییرات (روند) در اطلاعات کلی ناشی از پایش

تیم مدیریتی این مرکز جهت ارتقا ایمنی بیمار به صورت هفتگی از بخش ها و واحد ها بازدید می نماید تا با مشارکت و همفکری کلیه پرسنل موضوعات نیازمند بهبود ایمنی بیمار را شناسایی و جهت ارتقاء ایمنی بیماران برنامه ریزی نماید . برنامه زمانبندی بازدید ایمنی بیمار ابلاغ شده و در برد همه بخش ها نصب می باشد . لازم است پرسنل از محل نصب آن آگاه بوده و از تاریخ آخرین بازدید و مسایل مطرح شده در آخرین بازدید مطلع باشند .

مسئولین مرتبط با ایمنی بیمارستان :

فهرست مسئولین مرتبط با ایمنی که لازم است کلیه پرسنل با ایشان آشنایی داشته باشند شامل :


مسول ایمنی: آقای دکتر غلامرضا کلوندی ریاست محترم بیمارستان
 کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: خانم سمیه محمدخانی
 پزشک هموویزیلانس: آقای دکتر حسین اصفهانی رئیس محترم بخش هماتولوژی / انکولوژی
 جانشین پزشک هموویزیلانس: آقای دکتر هادی زاده
 پرستار هموویزیلانس : خانم ولی ملایری
 مسول بحران: آقای محسن به نظر مسئول محترم بهداشت حرفه ای
 رابط آتش نشانی : آقای محسن به نظر مسئول محترم بهداشت حرفه ای

گزارش خطاها :

خطاهای پزشکی به مواردی از عوارض ناخواسته درمان یا عدم موفقیت در درمان اطلاق می شود که قابل پیشگیری بوده است ولی اتفاق افتاده است. این وقایع عمدتاً به دلیل نارسائی سیستم ها و روشهای درمانی و در موارد کمتر به دلیل نارسائی ها و کوتاهی پرسنل رخ می دهد . یکی از مهمترین ابزار برای ارتقا ایمنی بیمار و پیشرفت در این زمینه، آگاهی از خطاهای پزشکی است. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به سیستم کمک می کند علل زمینه ای بروز خطا را شناسایی و جهت پیشگیری از وقوع مجدد خطا برنامه ریزی صحیح انجام دهد .

با تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده می توان موقعیت ها و شرایطی که مستعد بروز خطاهای پزشکی بوده و منجر به وقوع آن می گردد را شناسایی نمود و با اتخاذ راهکارهای مناسب زمینه های وقوع خطاها را از بین برد و یا در صورت بروز ، در اولین فرصت از ایجاد صدمات بیشتر جلوگیری نمود . فرم گزارش خطا در کلیه بخش ها و واحد ها در دسترس کارکنان می باشد . در این مرکز خطاهای گزارش شده با رویکردی عاری از سرزنش بررسی می شود .

فرم گزارش خطای دارویی


کد سند: PS - FO - 02	عنوان سند: فرم گزارش خطاهای دارویی	 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکیاتان
شماره ویرایش: A		

«راهنمای تکمیل فرم»

پس از مشاهده هرگونه خطای دارویی، سریعاً این فرم تکمیل شده و به معاونت غذا و دارو دانشگاه یا نماینده ADR بیمارستان ارسال شود. تا پس از بررسی آن از بروز موارد مشابه در مراکز درمانی پیشگیری نماییم. ذکر موارد ستاره دار الزامی بوده و پرکردن بقیه قسمت ها اختیاری می باشد. بدون شک همکاری شما در ارزیابی و عملکرد مرکز درمانی مربوطه و نیز پیشگیری از بروز حوادث مشابه تاثیرگذار خواهد بود و هیچ گونه عواقب حقوقی یا مسئولیتی برای شما در آینده ایجاد نخواهد کرد.

<p>۲- نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار*: وزن بیمار:</p> <p>جنسیت بیمار*: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> شماره پرونده بیمار: _____</p> <p>وضعیت بیمار*: بستری <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/></p> <p>تلفن تماس بیمار: _____ نام پزشک معالج: _____</p>	<p>۱- تاریخ وقوع خطای دارویی* / /</p> <p>بخش: _____</p> <p>بیمارستان* : _____</p> <p>زمان وقوع خطای دارویی*:</p> <p>شیفت صبح <input type="checkbox"/> شیفت عصر <input type="checkbox"/> شیفت شب <input type="checkbox"/></p>
<p>۴- نوع خطای دارویی*:</p> <p><input type="checkbox"/> استفاده از داروی اشتباه بدلیل تشابه ظاهری</p> <p><input type="checkbox"/> استفاده از داروی اشتباه بدلیل تشابه اسمی</p> <p><input type="checkbox"/> اشتباه در دوز دارو</p> <p><input type="checkbox"/> اشتباه در نحوه تجویز دارو</p> <p><input type="checkbox"/> ناخوانا بودن</p> <p><input type="checkbox"/> دادن دارو به بیمار اشتباه</p> <p><input type="checkbox"/> حذف یک دوز دارو</p> <p><input type="checkbox"/> اشتباه در زمان تجویز دارو</p> <p><input type="checkbox"/> دادن داروی اشتباه به بیمار</p> <p><input type="checkbox"/> ندادن دارو به بیمار (حذف یک دوز دارو)</p> <p><input type="checkbox"/> ثبت داروی اشتباه (در کاردکس، پرونده، کارت دارویی)</p> <p>سایر موارد <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>۳- کدامیک از مراحل درمان زیر اشتباه دارویی رخ داده است*؟</p> <p><input type="checkbox"/> نسخه نویسی دارو و دستورات پزشک معالج</p> <p><input type="checkbox"/> نسخه پیچی توسط داروخانه</p> <p><input type="checkbox"/> تحویل دارو به بخش</p> <p><input type="checkbox"/> تجویز دارو به بیمار توسط پرستار</p> <p><input type="checkbox"/> ثبت و مستندسازی در پرونده بیمار توسط پرستار</p> <p><input type="checkbox"/> سایر موارد _____</p>
	<p>۵- عواقب خطای دارویی*:</p> <p><input type="checkbox"/> هیچگونه آسیبی نرسیده است</p> <p><input type="checkbox"/> افزایش طول زمان بستری بیمار</p> <p><input type="checkbox"/> آسیب جدی و دائمی به بیمار</p> <p><input type="checkbox"/> منجر به فوت بیمار شد</p> <p>سایر موارد: _____</p>
<p>۶- شرح اقدامات انجام شده: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>۷- توضیحات کامل در خصوص خطای دارویی اتفاق افتاده: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>۸- علت بروز خطای دارویی: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>۹- پیشنهادات شما در خصوص جلوگیری کردن از بروز این خطای دارویی چیست؟ (همانند آموزش بیشتر، به همراه تصریح روش اجرا): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

فرم گزارش خطای غیر دارویی (مراقبتی)

کد سند : PS – FO – 03	عنوان سند :	 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی آملاتان
شماره ویرایش : A	فرم ثبت و گزارش دهنی خطاهای پزشکی	

لطفا پس از مشاهده هر گونه خطا ، سریعاً این فرم را تکمیل نمایید تا پس از بررسی آن از بروز موارد مشابه در بیمارستان پیشگیری نماییم. بدون شک همکاری شما در پیشگیری از بروز حوادث مشابه تأثیر گذار خواهد بود.

(کلیه خطاهای دارویی در فرم پشت صفحه ثبت گردد و علاوه بر ارائه به واحد ایمنی بیمار، به نماینده ADR بیمارستان نیز ارائه گردد.)

	تاریخ وقوع خطا:
	نام بخش: (در صورت تمایل)
	نام بیمارستان:
<input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب	شیفت وقوع خطا:
۱-دارویی: (کلیه خطاهای دارویی در فرم پشت صفحه ثبت گردد) ۲-غیر دارویی: <input type="checkbox"/> آزمایشگاهی <input type="checkbox"/> رادیولوژی <input type="checkbox"/> سقوط <input type="checkbox"/> جراحی نایمن <input type="checkbox"/> به وقفه انداختن خدمت <input type="checkbox"/> عدم شناسایی صحیح بیمار <input type="checkbox"/> عدم اخذ شرح حال صحیح <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> ایجاد یا عود زخم بستر <input type="checkbox"/> دخالت افراد غیر مجاز	نوع خطا:
	شرح کامل خطا:
	پیشنهاد جهت جلوگیری از وقوع مجدد خطا:

سپاس از مشارکت جنابعالی در فرایند یادگیری از خطاها

خطاهای ۲۹ گانه که لازم است در اسرع وقت طبق فرم ذیل گزارش شوند :




موارد ۲۹ گانه خطاهای پزشکی

Never Event

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس -- در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
۶. انتقال مضموعی یا دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال وصل دستگاه دیالیز HBSAg آنتی زن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی زن منفی)
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اصولی عمیقی
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا انحصار غیر از ولی قانونی
۱۱. آزار و یا مفقودی ای که بیش از ۴ ساعت طول بکشد در بیمار بستری ای که نیازمند مراقبت امن و سطح بالای تحت نظر می باشند مانند: دملس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو زمان تزریق دارو--
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال به دنبال فیزیوتراپی--)
۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر--)
۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اثنی عمل (مانند سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال گیر کردن اندام بیمار در محافظ بخوابی محافظ--)
۲۴. سقوط بیمار منجر به فوت بیمار یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری (مثال سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری سقوط از پله --)
۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاقی پزشکی
۲۶. هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار
۲۷. رمودن بیمار
۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین با قطع تعددی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

به محض اطلاع از بروز هر کدام از موارد فوق ضروری است بلافاصله با کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تماس حاصل نمایید .

PS.FO.01	شماره سند	عنوان سند	
A	شماره ویرایش	فرم گزارش خطای موارد 29 گانه خطاهای پزشکی (Never Event)	مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی امامان

نام و نام خانوادگی بیمار:	جنسیت:	سن:	
شماره پرونده:	ساعت وقوع:	بخش:	
تاریخ مراجعه / بستری:	تاریخ وقوع Never Event:		
کد و نوع Never Event رخ داده:	مورس در صورت سقوط:		
شرح Never Event رخ داده:			
شرح عوارض ایجاد شده:			
شرح اقدامات انجام شده:			

نام و نام خانوادگی فرد گزارش دهنده:



شروع

بروز خطای پزشکی

ثبت خطا در HIS

تکمیل فرم کاغذی ثبت و گزارش دهی خطای دارویی و غیر دارویی

گزارش گیری از HIS

توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ارسال فرم خطا به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

بررسی اولیه واقعه و جمع آوری اطلاعات تکمیلی مرتبط با خطا توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

تحویل خطاهای بررسی شده به واحد بهبود کیفیت توسط کارشناس ایمنی بیمار

نوع فرایند: اصلی ✓
پشتیبانی
متولی فرایند:
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
صاحبان فرایند:
کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک - معاون آموزشی مرکز - کارکنان - پزشکان - فراگیران - مسئول بهبود کیفیت
ورودی فرایند:
فرم کاغذی خطای دارویی و غیر دارویی - فرم خطا در HIS
خروجی فرایند:
فرم خطای پر شده - گزارشات خطا در HIS - مصوبات کمیته خطا
شاخص پایش:
درصد خطاهای گزارش شده هر سه ماه یکبار
تاریخ تنظیم سند: ۱۴۰۳/۱۰/۰۳
آخرین تاریخ بازنگری سند: -

تجزیه و تحلیل خطاها و صدور اقدام اصلاحی توسط کمیته خطا

تهیه سناریوی آموزشی در موارد خاص توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

بازخورد نتایج حاصل از تحلیل خطا به کارکنان، پزشکان و فراگیران

اطلاع رسانی مکتوب تحلیل های ریشه ای یا اقدامات اصلاحی خطاهای فراگیران به معاونت آموزشی

مکاتبه با مسئولین بخشهای درمانی و واحدهای پاراکلینیک

اطلاع رسانی مکتوب نتایج به معاونت درمان

طرح خطای فراگیران در گزارش صبحگاهی یا واحد مربوطه استاد / معاون آموزشی مرکز

جمع بندی خطاهای انجام شده به صورت سه ماهه و ابلاغ به بخش ها و واحدها (با رعایت اصل محرمانگی) توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار / دفتر بهبود کیفیت

آگاهی کارکنان، پزشکان و فراگیران از نتایج برگرفته از خطا و کاهش خطا

پایان

به اشتراک گذاری تجارب فراگیران

با توجه به اهمیت و تاثیر استفاده از تجارب به دست آمده در پروسه های درمانی و انجام اقدامات بالینی و جلوگیری از تکرار خطاهای پزشکی و ارتقاء کیفیت خدمات ایمن ، وجود سازوکار دائمی برای بهره گیری از نظرات فراگیران به عنوان مشتریان اصلی نظام آموزش ضروری است.

فراگیران میتوانند “فرم به اشتراک گذاری تجارب فراگیران” ، را از واحد آموزش دریافت و تکمیل نمایند. همچنین فرم های آماده شده در محلهای مشخصی از کلاسهای آموزشی و واحد Skill Lab جهت دسترسی فراگیران قرار داده شود، فراگیران بایستی فرم های پر شده را به مسئول واحد آموزش فراگیران تحویل دهند.

کد سند: 11-FO-EA	عنوان سند :	 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی آیتان
شماره ویرایش: A	فرم به اشتراک گذاری تجارب فراگیران	

از شما فراگیر محترم خواهشمندیم به منظور ارتقاء سطح توانمندی حرفه ای خود و سایر فراگیران ، چنانچه در طول دوره آموزشی خود تجربه ای به دست آورده اید ، مورد مذکور را (ذکر نام فراگیر اختیاری می باشد) بنویسید .

نام خانوادگی قراگیر: دستیار کارورز کارآموز

عناوین پیشنهادی	شرح تجربه شما
نکات جالب مطرح شده در راند و درمانگاه	
علایم و نشانه های خاص مرتبط با بیمار	
تجربه مدیریت تنش در روابط فردی با پرسنل و سایر همکاران	
تجربه مدیریت رخداد غیرمنتظره در بیمارستان	
خطای حرفه ای	
نتایج مداخلات دارویی و غیر دارویی انجام شده برای بیماران	
باز هم هست..... شما به ما بگویید	

آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش های آموزشی بالینی

آموزش به بیمار: فرآیندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری، درمان و افزایش مهارت ها فراهم می کند. (منظور از آموزش به بیمار در بیمارستان اکباتان ، به علت سن پایین بیمار(کودکان) ، آموزش به والدین / همراهان بیمار می باشد.)

با توجه به اینکه آموزش به بیمار یکی از وظایف اصلی کادر درمانی مراکز آموزشی و درمانی است و پزشکان، پرستاران و سایر افراد مرتبط در فرایند درمان و مراقبت از جمله فراگیران ، نقش ویژه ای در این زمینه دارند ؛ ضروری است اصول آموزشی صحیح در این زمینه انجام گیرد از این رو با هدف ارتقای آگاهی بیماران / همراهان ، افزایش رضایتمندی بیماران / همراهان ، ارتقا و بهبود سطح خود مراقبتی بیماران به وسیله آموزش به بیماران و خانواده های آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی سیاست های زیر در "خط مشی آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش های آموزشی بالینی" تدوین گردیده است:

- ۱- فراگیر با نظارت هیئت علمی نیاز های آموزشی بیماران را براساس کدهای ضروری آموزشی برای هر گروه از بیماران اولویت بندی می کند.
- ۲- فراگیر باید قبل از ارائه آموزش هرگونه موانع و پارازیت های ارتباطی را بررسی و قبل از ارائه آموزش نسبت به رفع آنها اقدام نماید.
- ۳- ارائه آموزش به بیمار با استفاده از ابزار های آموزشی(آموزش چهره به چهره، پوستر، پمفلت و سایر رسانه های آموزشی) و با توجه به علاقه بیمار به ابزار های آموزش انجام می شود.
- ۴- آموزش های لازم بدو ورود بیمار شامل:
 - معرفی بخش
 - معرفی تیم پزشکی و آموزشی بودن مرکز
 - نوع بیماری و نحوه مراقبت و چرخه درمان
- ۵- آموزش های حین بستری شامل:
 - آموزش های دارویی(مدت زمان و نحوه مصرف، دوز دارو، عوارض، آموزش چگونگی اثر دارو بر بیماری باتوجه به سطح تحصیلات بیمار، تداخلات دارویی و غذا)
 - آموزش های میزان فعالیت(نحوه استراحت، میزان و شروع فعالیت بعد از عمل، نحوه خروج از تخت، ورزش و فعالیت های مناسب در هر بیماری و پوزیشن ها)
 - آموزش های تغذیه که با هماهنگی کارشناس تغذیه صورت می گیرد.
 - آموزش مربوط به ایمنی بیمار(side Bed ، نحوه مراقبت از اتصالات و ..)
 - آموزش در خصوص اقدامات تشخیصی و پروسیجرها (شرح چگونگی پروسیجر، آمادگی و مراقبت های قبل و بعد از پروسیجر، هدف از انجام پروسیجر و ...)
 - آموزش نشانه های خطر در بستری(درد، خونریزی، تب ، حساسیت های دارویی و ...)
 - آموزش در خصوص مراقبت از زخم ها

- آموزش در خصوص مراقبت های قبل و بعد از عمل
- آموزش مسائل بهداشت فردی (استحمام و زمان آن، شیو و ...)
- آموزش در خصوص خواب و استراحت بیمار
- آموزش در خصوص پیامد های احتمالی ناشی از درمان
- ۶- آموزش های هنگام ترخیص شامل:
 - زمان مراجعه بعدی به پزشک
 - آموزش در خصوص داروهای پس از ترخیص (نحوه مصرف، تداخلات دارویی، عوارض احتمالی و محل نگهداری داروها)
 - آموزش برنامه خود مراقبتی و تکنیک های بازتوانی در منزل
 - تغذیه پس از ترخیص (با هماهنگی کارشناس تغذیه)
 - فعالیت های پس از ترخیص
 - نشانه های خطر پس از ترخیص
 - چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس
- ۷- آموزش های بدو ورود و حین بستری به بیمار در برگ گزارشات مربوطه ثبت و توسط فراگیر آموزش دهنده مهر و امضاء می گردد.
- ۸- آموزش های زمان ترخیص بیمار در فرم مخصوص ثبت شده و توسط فراگیر آموزش دهنده مهر و امضاء می گردد.
- ۹- کلیه مستندات مربوط به آموزش در پرونده بیمار ثبت و بایگانی می گردد.
- ۱۰- در همه مراحل آموزش فراگیر با نظارت مستقیم یا غیر مستقیم عضو هیئت علمی و با هماهنگی کارشناسان مربوطه اقدام به ارائه آموزش می نماید.
- ۱۱- پس از اتمام آموزش از درک بیمار / همراه بیمار نسبت به فراگیری مطالب آموزش داده شده اطمینان حاصل می گردد.

کنترل عفونت

کلیاتی در رابطه با نحوه مهار عفونت های بیمارستانی

۱. هنگام شروع به کار در مراکز بهداشتی - درمانی ، جهت انجام واکسیناسیون هیپاتیت B و تشکیل پرونده بهداشتی به واحد کنترل عفونت مراجعه نمایند.
۲. با توجه به این مطلب که عفونت بیمارستانی ، عفونتی است که بعد از ۴۸ ساعت از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد (عفونت ادرار - زخم جراحی - پنومونی - سپسیس) را به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.
۳. لطفاً بیمارانی که ۴۸ پس از بستری در بیمارستان دچار تب بالای ۳۸ درجه سانتیگراد میشوند حتماً به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید.

*دستورالعمل نیدل استیک در بین کارکنان درمانی

در زمان مواجهه با موارد نیدل استیک اقدامات ذیل را انجام دهید.

الف) شستشوی فوری محل آسیب دیده با آب و صابون و سپس ضدعفونی محل ، در مورد تماس با مخاطات شستشوی ناحیه با N/S فراوان
 ب) گرفتن نمونه خون لخته به میزان ۵CC از منبع و فرد نیدل استیک شده و جدا کردن سرم این نمونه ها توسط آزمایشگاه و بررسی از نظر HIV ، HCV ، HBS ، و چک نمودن HBC AB فرد نیدل استیک شده الزامیست.
 ج) پر نمودن فرم مربوط به نیدل استیک با تایید سرشیفت / سوپروایزر وقت و مراجعه به واحد کنترل عفونت جهت مشاوره و راهنمایی و معرفی به کلینیک مثلثی.

بهداشت دست *

باتوجه به اینکه شستن دست ها نقش مهمی در کاهش میزان عفونت های بیمارستانی دارد لذا خواهشمند است همیشه شستن دست ها را در اولویت قرار دهید ، ضمناً در صورتیکه دست ها آلودگی واضح نداشته باشند می توان جهت ضدعفونی آنها از محلول سپتی سیدین استفاده نمود به این ترتیب که ۵-۳ سی سی از محلول فوق را در کف دست ها ریخته و به مدت ۳۰ ثانیه طبق پروتکل مالش دهید. همچنین پروتکل اسکراب دست در اتاق عمل طبق دستورالعمل مربوطه رعایت گردد .

پنج موقعیت رعایت بهداشت دست طبق WHO :

- ۱- قبل از تماس با بیمار
- ۲- قبل از اقدام آسپتیک
- ۳- بعد از تماس با خون و ترشحات بیمار
- ۴- بعد از تماس با بیمار
- ۵- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار .



<p>چه وقت؟ قبل از تماس با بیمار دست هایتان را تمیز کنید . مثال: دست دادن ، کمک به بیمار برای حرکت ، معاینه بالینی</p>	<p>۱ قبل از تماس با بیمار</p>
<p>چه وقت؟ قبل از اقدام به کار آسپتیک دست هایتان را تمیز کنید . مثال: مراقبت دهان و دندان ، آسپیراسیون ترشحات تنفسی ، بانسمان زخم ، گذاشتن کاتتر ، آماده کردن غذا ، دادن دارو</p>	<p>۲ قبل از اقدام به کار آسپتیک</p>
<p>چه وقت؟ بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از در آوردن دستکش، دست هایتان را تمیز کنید . مثال: مراقبت دهان و دندان ، آسپیراسیون ترشحات تنفسی ، خون گیری و کار با نمونه های خونی ، آزمایش و جایجایی نمونه های ادرار و مدفوع ، جایجایی مواد زائد</p>	<p>۳ بعد از تماس با مایعات بدن بیمار</p>
<p>چه وقت؟ پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایتان را تمیز کنید . مثال: دست دادن ، کمک به بیمار برای حرکت ، معاینه بالینی</p>	<p>۴ بعد از تماس با بیمار</p>
<p>چه وقت؟ بعد از تماس با هر یک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایتان را تمیز کنید . مثال: تعویض ملافه تخت ، تنظیم سرعت تزریق وریدی</p>	<p>۵ بعد از تماس با محیط اطراف بیمار</p>

راهنمای تصویری نحوه صحیح شستن دست ها :

HAND WASH

روش شستن دست ها



HAND RUB

روش مالیدن دست‌ها به هم با محلول های ضدعفونی



- ۱- برای حفظ بهداشت فردی خود و همچنین کاهش میزان عفونتهای بیمارستانی همیشه ناخن ها را کوتاه نگهدارید و حتی المقدور زیور آلات و لاک ناخن و ... نداشته باشید، و از یک بیمار به بیمار بعدی حتما دستها شسته و با ضدعفونی گردد.
- ۲- لطفا در صورت وجود یا مراجعه بیماریهایی واگیر چون سل، مننژیت، وبا، تب مالت، هیپاتیت ویروسی، دیفتیری، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، کزاز و هر نوع حیوان گزیدگی را به واحد کنترل عفونت گزارش دهید.
- ۳- هنگام پروسیجرهای درمانی برای بیمار (انجام پانسمان، سنداژ، کاتتر گذاری، **ip**، **tap**، بیوپسی و.....) که احتمال پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد حتما از وسایل حفاظت فردی استفاده شود (وسایل حفاظت فردی: دستکش، گان، ماسک، عینک و محافظ صورت)
- ۴- زباله های عفونی (پانسمان بیمار - ست سرم - یورین بگ، **NGT** و ...) را در سطل زباله عفونی (پلاستیک زرد) و زباله های غیر عفونی مثل کاغذ و ... را در سطل زباله غیر عفونی (پلاستیک مشکی). پسماند داروها بخصوص داروهای شیمیایی در سطل سفید (کیسه سفید) انداخته شود. و همچنین اشیاء تیز و برنده سوزن و تیغ و ... را حتما درون سفتی باکس بیندازید.
- ۵- محلولهای ضد عفونی کننده موجود در بیمارستان شامل: سایا سپت **HI** ضد عفونی کننده ابزار و وسایل پزشکی، سایا سپت **HP** ضد عفونی کننده سطوح بزرگ، سپتی سورفیس ضد عفونی کننده سطوح کوچک و سپتی سیدین محلول ضد عفونی کننده دست، های سپت (محلول غیر الکلی) جهت ضد عفونی دستگاه های حساس (انکوباتور، کات نوزادان، مانیتور ها و ...، سپتی پرپ محلول الکلی (تزریقات)، اسپور سیدین محلول سطح بالا (اسکوپ ها) می باشد.

توجه:

- جهت جلوگیری از نیدل استیک شدن خود و سایر پرسنل و نیروهای خدماتی از انداختن اشیاء تیز و برنده (مثل سرسوزن و تیغ بیستوری و ...) بر روی تخت یا یونیت بیمار و یا در داخل سطل های زباله خودداری نمایید و آنها را داخل سفتی باکس بیندازید.
- ۶- تمامی اتصالات بیمار بایستی دارای تاریخ باشد: آنژیوکت، ست سرم، میکرو ست، لوله تراشه، پانسمان بیمار، سند فولی، شیت کاندوم، یورین بگ، **Tipice** باید تاریخ وصل داشته باشند و هر ۷۲ ساعت تعویض شوند، سوند فولی، **cvpline** هر ۱۰-۷ روز و **NGTUBE** هر ۷-۵ روز، سرنگ تومی روزانه، لاین شریانی هر ۹۶ ساعت، فیلتر ونتیلاتور هر ۴۸-۷۲ ساعت، خرطومی و ماسک جهت نیولایزر یکبار مصرف و برای هر بیمار یک ست استفاده می شود.
 - ۷- لطفا هنگام رگ گیری از نوزادان و کودکان از زدن چسپ به تخت و کات خودداری گردد. (زیرا منبع آلودگی و.. می باشد).
 - ۸- هنگام گرفتن نمونه جهت کشت خون از بیمار باید موضع را به ترتیب با پنبه الکل - پنبه بتادینه و مجدد پنبه الکل ضد عفونی نمایید و یا از مجلول بادی پرپ و بعد از گرفتن نمونه نیدل را تعویض و بعد از ضد عفونی درب ویال کشت خون با پنبه الکل، نمونه را به داخل ویال مربوطه تلقیح نمایید.
 - ۹- جهت انجام خونگیری از بیمار موضع را با پنبه الکل ضد عفونی نمایید.
 - ۱۰- به هیچ عنوان از آنژیوکت بیماران خونگیری انجام نشود زیرا محل کلونیزاسیون باکتریهای فلور نرمال پوست است.
 - ۱۱- در هر بخش فردی بعنوان رابط کنترل عفونت منظور گردیده است.

ایمنی و سلامت شغلی

گزارش حادثه ناشی از کار:

طبق ماده 61 قانون تامین اجتماعی حادثه ناشی از کار عبارت است از حوادثی که در حین انجام وظیفه و به سبب آن برای بیمه شده اتفاق می افتد.

تعریف حادثه (accident): یک رویداد برنامه ریزی نشده یا ناخواسته که موجب آسیب یا جراحت و یا زیان مالی می شود.

تعریف شبه حادثه (Near misses): رویدادی که منجر به بیماری، جراحت، صدمه و یا خسارت نشده است و اصطلاحاً بخیر گذشته است را شبه حادثه گویند.

در زمان وقوع حادثه / شبه حادثه به ترتیب اولویت مراحل زیر باید دنبال شود :

ردیف	مراحل
۱	در زمان وقوع هر حادثه / شبه حادثه کلیه پرسنل ابتدا از ایمنی خود و سپس دیگران اطمینان حاصل می نمایند و وضعیت موجود را بررسی و ریسک موجود را به حداقل می رسانند.
۲	در صورت آسیب جانی انجام کمک های اولیه توسط نزدیکترین فرد آموزش دیده و صلاحیت دار انجام شده و در صورت نیاز تماس مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد تماس با پزشک اورژانس صورت می پذیرد. (در صورت نیدل استیک محل آسیب را فشار ندهید محل آسیب دیده با آب و صابون شست و شو داده شود)
۳	حادثه / شبه حادثه در هر قسمت از بیمارستان بلافاصله توسط فرد آسیب ده یا مواجه شده به مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد اطلاع داده می شود. (در صورت عدم توانایی فرد آسیب دیده بدلیل شدت جراحات اولین نفر مشاهده کننده حادثه، گزارش را به مسئول مربوطه می دهد)
۴	پس از اطلاع از وقوع حادثه / شبه حادثه در صورت نیاز مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد به کمک واحد حراست نسبت به محصور سازی منطقه اقدام و ازدخالت و ازدحام پرسنل جلوگیری می نماید .
۵	حادثه / شبه حادثه در هر قسمت از بیمارستان توسط مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد به مسئول بهداشت حرفه ای در شیفت صبح و سوپروایزر در شیفت های عصر و شب و ایام تعطیل جهت حضور در محل حادثه ، بررسی و در صورت نیاز به اعلان کد مربوطه اطلاع داده می شود.
۶	حادثه نیدل استیک توسط مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد به سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت حرفه ای در شیفت صبح و سوپروایزر در شیفت عصر و شب اطلاع داده می شود.
۷	فرم گزارش حادثه / شبه حادثه موجود در بخش یا واحد سریعاً توسط مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد تکمیل و تحویل مسئول بهداشت حرفه ای می گردد (در شیفت تحویل سوپروایزر می گردد و سوپروایزر گزارش مربوطه را در شیفت صبح تحویل مسئول بهداشت حرفه ای می نماید)
۸	گزارش حادثه پس از بررسی توسط مسئول بهداشت حرفه ای در اختیار رئیس یا مدیر بیمارستان قرار می گیرد و در صورت نیاز توسط مسئول منابع انسانی به مراجع ذیصلاح ارسال می گردد.
۹	در اولین فرصت ممکن ، حادثه رخ داده با دستور جلسه ای با حضور مدیر بیمارستان ، مسئول بهداشت حرفه ای و مسئولین ذیربط مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد (RCA حوادث و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حوادث مشابه در نظر گرفته می شود)
۱۰	نتایج بدست آمده جهت انجام اقدام اصلاحی و یا برنامه بهبود کیفیت در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار مطرح و در صورت نیاز به صورت درس آموزی از حوادث توسط مسئول بهداشت حرفه ای به سایر کارکنان اطلاع رسانی می گردد.



بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان

عنوان سند:

فرم گزارش حوادث / شبه حادثه

کد سند: HO - FO - 01

شماره ویرایش: A

نوع: حادثه شبه حادثه

توسط مسئول بخش یا شیفت هر بخش یا واحد تکمیل گردد

مشخصات حادثه یا شبه حادثه:

محل حادثه / شبه حادثه (نام بخش / واحد): تاریخ وقوع حادثه / شبه حادثه: ساعت وقوع حادثه / شبه حادثه: نوع فعالیت:

مشخصات فرد یا آسیب دیده / مواجه شده:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره ملی: شماره تماس: تاریخ تولد: میزان تحصیلات: سمت: وضعیت استخدام: سابقه کار و تاریخ استخدام: تعداد نفرات آسیب دیده و مواجه شده: در صورت آسیب یا مواجهه چند نفر فرم بصورت جداگانه تکمیل گردد.

نوع حادثه / شبه حادثه:

فرورفتن اجسام نوک تیز پاشیدن خون / سایر ترشحات بیمار افتادن / لیز خوردن سقوط اشیاء سقوط از ارتفاع برق گرفتگی انفجار تصادف و سائل نقلیه گزش حیوانات آسیب ناشی از مواد شیمیایی مسمومیت تنفسی سایر (ذکر گردد).....

ابزار کار حادثه دیده هنگام وقوع حادثه:

وسایل حفاظت فردی هنگام وقوع حادثه:

اثر حادثه:

آسیب جانی (نوع و محل آسیب ذکر گردد): آسیب به تجهیزات و اموال ذکر گردد: پیامد زیست محیطی: شکایت حقوقی سایر (ذکر گردد):

اقدامات انجام شده جهت فرد آسیب دیده / مواجه شده:

اقدام اصلاحی فوری (ذکر گردد): بستری یا اعزام به بیمارستان دیگر (تاریخ ذکر گردد): اعزام به منزل بازگشت به کار انجام کمک های اولیه معاینه توسط پزشک سایر (ذکر گردد):

زمان تلف شده:روز.....ساعت

مدت زمان بستری فرد آسیب دیده:

مدت زمان استراحت پزشکی:

علت وقوع حادثه / شبه حادثه:

شرایط نایمن (ذکر گردد): اعمال نایمن فرد (ذکر گردد):

شرح حادثه:

تعداد صفحات تکمیلی گزارش:

پیشنهادات و اقدامات اصلاحی (جهت جلوگیری از تکرار حادثه / شبه حادثه):

آیا نیاز به گزارش تکمیلی وجود دارد؟ بله خیر آیا نیاز به ریشه یابی حادثه / شبه حادثه وجود دارد؟ بله خیر

فرد آسیب دیده / مواجه شده: شهود حادثه / شبه حادثه: مسئول بخش / واحد: کارشناس بهداشت حرفه ای:

امضاء امضاء امضاء امضاء

بهداشت محیط

انواع پسماند

پسماند عفونی		
INF-EKB		
نام بخش:		
تاریخ: روز	ماه	سال
شیفت: صبح	عصر	شب

پسماند شیمیایی دارویی		
CHEM-EKB		
نام بخش:		
تاریخ: روز	ماه	سال
شیفت: صبح	عصر	شب

پسماند غیر عفونی		
DOM-EKB		
نام بخش:		
تاریخ: روز	ماه	سال
شیفت: صبح	عصر	شب

برچسب پسماند عفونی
زرد

برچسب پسماند
شیمیایی دارویی
سفید

برچسب پسماند
غیر عفونی
آبی

جهت هر یک از انواع پسماند رنگ سطل ها و رنگ پلاستیک سطل ها تعریف شده است

❖ زباله عفونی سطل زرد پلاستیک زرد رنگ

پسماندهای عفونی: به پسماندهایی گفته میشود که با خون و ترشحات بیمار آلوده شده باشند

❶ باتل سرم جزء پسماندهای عفونی محسوب میشود بعد از خالی کردن سرم باقیمانده در کلینیکال سینک باتل سرم به همراه میکروست در زباله عفونی مدیریت میشود.

❷ تنها استثنا در بخش هماتولوژی و یا بخش هایی که بیماران شیمی درمانی میشود و سرم حاوی داروی سایتوتوکسیک میباشد میباشد به هیچ عنوان باقیمانده سرم خالی نمیشود و باتل سرم به همراه میکروست در زباله شیمیایی و دارویی مدیریت میشود.

❸ اگر چنانچه زباله عفونی با زباله غیر عفونی مخلوط شود تمام زباله غیر عفونی، عفونی محسوب میشود و باید درب کیسه زباله را بلافاصله گره زد و روی آن برچسب زباله عفونی زده شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شود. (خارج کردن زباله از سطل ممنوع است)

❹ زباله های عفونی بعد از جمع آوری و برچسب گذاری پلاستیک ها توسط نیروهای خدمات و انتقال آنها با بین حمل زباله به واحد امحاء توسط اپراتور واحد امحاء توزین شده و در دفتر مربوطه ثبت شده و با دستگاه هیدروکلاو مرکز بیخطر شده و توسط شهرداری روزانه برده میشود

پسماند شیمیایی و دارویی

❖ سطل سفید پلاستیک سفید

❖ پسماند شیمیایی و دارویی ؛ به باقیمانده داروها و یا داروهای تاریخ مصرف گذشته و ظروف حامل دارو گفته

میشود .

❑ باتل های حاوی سرم داروی سایتو توکسیک در این سطل مدیریت میشود



پسماندهای نوک تیز و برنده

سیفتی باکس

❖ رنگ سطل زرد و درب آن قرمز

❖ پسماندهای نوک تیز و برنده ؛ به پسماندهای که خاصیت شکسته شدن و پیریدن را دارند .

❑ به طور استثنا از ریختن ترمومترهای جیوه ای در این سطل خودداری کنید و داخل سطل شیمیایی و دارویی انداخته شود .



- ❖ برای تهیه محلول مقدار صحیحی از آب را به گندزدا بیافزایید
- ❖ برای ساختن محلول از ظرف ۴ لیتری تعیین شده و به صورت تمییز و خشک استفاده کنید
- ❖ مواد گندزدا را به مقدار مصرف مورد نیاز روزانه رقیق سازی کنید
- ❖ برای رقیق سازی از پیماننه مدرج استفاده کنید
- ❖ در هنگام رقیق سازی مواد گندزدا حتما از ماسک و دستکش استفاده کنید
- ❖ برای رقیق سازی وایتکس از آب سرد استفاده کنید

جدول رقیق سازی وایتکس

درصد	حجم به پیماننه	حجم به سی سی	موارد کاربرد
۰/۵	۱ پیماننه وایتکس + ۹ پیماننه آب	۴۰۰ سی سی وایتکس را با آب به حجم ۴ لیتر می رسانیم	(۱) شستشوی لگن و لوله بیماراران (۲) ضد عفونی جنازه بیماراران کرونا ویا مشکوک به کرونا (۳) گند زدایی محل خون ریخته شده روی زمین (حجم بیشتر از ۳۰ سی سی) و سطح دارای خلل و فرج (۴) گند زدایی سرویس بهداشتی بیماراران عفونی (کرونا بی)
۰/۰۵	۱ پیماننه وایتکس + ۹۹ پیماننه آب	۴۰ سی سی وایتکس را با آب به حجم ۴ لیتر می رسانیم	(۱) گند زدایی سطوح نسبتا آلوده (۲) گند زدایی خون ریخته شده روی سطح صاف

در صورتیکه خون مقداری کمتر از ۳۰ میلی لیتر و حاوی شیشه شکسته و یا اشیاء نوک تیز باشد	در صورتیکه خون مقداری بیشتر از ۳۰ میلی لیتر و حاوی شیشه شکسته و یا اشیاء نوک تیز باشد
۱- ابتدا وسایل حفاظت فردی مناسب پوشیده و سپس خرد خرد شده های شیشه را در سیفتی باکس انداخته	۱- ابتدا وسایل حفاظت فردی مناسب پوشیده و سپس با پنس خرد خرد شده های شیشه را در سیفتی باکس انداخته
۲- دستمال جاذب یکبار مصرف روی آن گذاشته و محلول وایتکس خانگی ۵٪ (هیپوکلریت سدیم) با نسبت (۱ به ۹) به آن اضافه می کنیم و بعد از گذشت ۱۰ دقیقه با دقت جمع می کنیم دستمال آغشته به خون و وایتکس را در زباله عفونی دفع می کنیم.	۲- خون را با دستمال یکبار مصرف جمع می کنیم و دستمال آغشته به مواد عفونی را در کیسه زباله عفونی دفع می کنیم.
۳- با دستمال آغشته به آب و شوینده محل مورد نظر را تمیز می کنیم	۳- با دستمال آغشته به آب و شوینده محل مورد نظر را تمیز می کنیم.
۴- محل مورد نظر را گند زدائی می کنیم طبق دستورالعمل	۴- محل مورد نظر را گند زدائی می کنیم طبق دستورالعمل

دستورالعمل گند زدائی محل مورد نظر مرحله ۴

در صورتیکه سطح ناصاف و دارای خلل و فرج باشد	در صورت صاف بودن سطح و محل مربوطه
محلول وایتکس خانگی ۵٪ (هیپوکلریت سدیم) را به نسب ۱ به ۹ رقیق می کنیم. معادل ۴۰۰ سی سی وایتکس را با آب سرد لوله کشی به حجم ۴ لیتر می رسانیم	محلول وایتکس خانگی ۵٪ (هیپوکلریت سدیم) را به نسب ۱ به ۹۹ رقیق می کنیم. معادل ۴۰ سی سی وایتکس را با آب سرد لوله کشی به حجم ۴ لیتر می رسانیم

دستورالعمل استفاده صحیح از تی شوی پرتابل

- ✓ در هر دو قسمت مقدار معین از آب و ماده گند زدا برحسب حجم محلول مورد نیاز تهیه کنید
- ✓ قسمتی که تی آگیری میشود حتما در ظرف کثیف (زرد) باشد.
- ✓ تی مخصوص را به محلول آماده شده در ظرف تمییز (آبی) آغشته کنید .
- ✓ سطح کف زمین را با حالت مار پیچی تی کشی کنید .
- ✓ تی را در مخزن کثیف (زرد) شستشو داده آگیری کنید سپس مجددا تی را وارد قسمت تمییز (آبی) کرده وبا حرکت مارپیچی تی کشی کنید .

نکات بهداشتی در بخش ها

در محل تهیه غذا و ارائه خدمات به بیماران و نیز در اتاق درمان و مراقبت از بیماران نباید از جارو دستی استفاده کرد اگر زباله ای بزرگ و قابل مشاهده است در همان نقطه با جارو و خاک انداز از روی زمین از روی زمین بردازید به طوری که گرد و خاک ایجاد نشود. کشیدن تی نخی در سرویس های بهداشتی اکیدا ممنوع میباشد لطفا دقت بفرمایید جهت شستشوی سرویس های بهداشتی فقط از تی و جاروب پلاستیکی استفاده شود .

جهت گند زدایی کف زمین بخش ها و واحد ها از محلول سپتونیت ۲ درصد استفاده میشود زمان اثر گذاری محلول ۵ دقیقه میباشد رقیق سازی محلول ؛ ۸۰ سی سی محلول را با استوانه مدرج موجود در بخش ها در ظرف مدرج شیر دار ریخته و حجم محلول را با آب به ۴ لیتر میرسانیم .

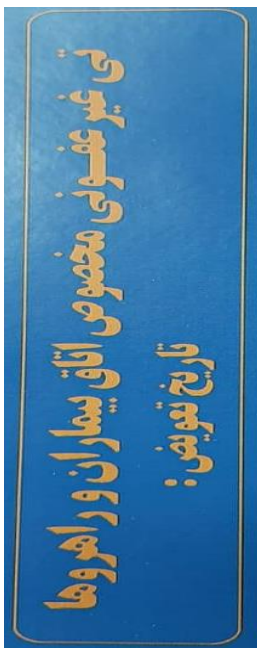
انواع تی ها

۱- تی با دسته و برچسب آبی : مخصوص اتاق بیمار و راهروها

۲- تی با دسته و برچسب زرد : مخصوص اتاق های عفونی

۳- تی با دسته و برچسب سفید : اتاق دارو و اتاق پرسنل

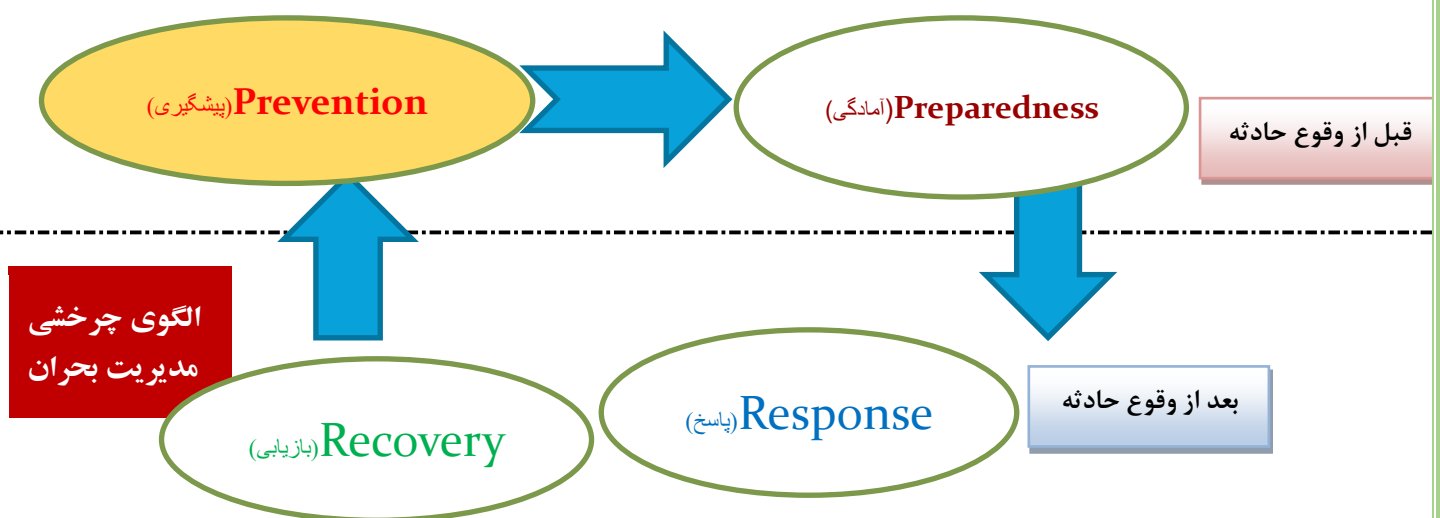
نکته مهم : بعد از تی کشیدن تی ها را با وایتکس ۱ به ۹ (۴۰۰ سی سی وایتکس در ۴ لیتر آب) به مدت ۱۵ دقیقه آغشته کرده سپس آبکشی کرده و به حالت آویزان خشک کنید



مدیریت خطر حوادث و بلایا

مقدمه (Introduction)

ایران در آسیا، چهارمین کشور و در دنیا، مقام ششم از نظر وقوع حوادث طبیعی دارد. حوادث و بلایای طبیعی و انسان ساخت به هر شکل و یا به هر علتی که وقوع پیدا کند تهدیداتی جدی برای حیات و توسعه و تکامل بشری را به همراه دارند این تهدیدات می توانند سلامت و جان انسان، اموال و دارایی ها، محیط زندگی انسانی را مخرب کرده و فرایند توسعه را متوقف و حتی معکوس نمایند. لذا نقش حوزه سلامت در بلایا نقش غیر قابل انکار و حیاتی است که در هر ۴ فاز مدیریت بلایا اعم از پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی نمودهای عملیاتی و مشخصی دارد.



مرحله پیشگیری و آمادگی قبل از وقوع مخاطرات و مرحله پاسخ و بازیابی بعد از وقوع مخاطرات انجام می شود. مهمترین مرحله در این چرخه مرحله پیشگیری و کاهش آسیب می باشد.

بحران crisis: حادثه ای که بطور طبیعی و یا به وسیله دست بشر، بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده بوجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری، اساسی و فوق العاده باشد بحران گویند.

عوامل خطر آفرین در بیمارستان با دو منشأ می تواند باشد:

1. منشأ داخلی: در داخل بیمارستان رخ می دهد مانند آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستمهای ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو و...

2. منشأ خارجی: خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تمت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می شود مانند تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمیها و..

مخاطرات بیمارستانها متناسب با موقعیت جغرافیایی نیز کاملاً متفاوت است و از طرفی آسیب پذیری بیمارستانها و ظرفیت آنها نیز متفاوت است لذا برنامه های مدیریت خطر بیمارستانی، اختصاصی هر بیمارستان تدوین می شود.

پنج مخاطره اصلی با ریسک بالا در بیمارستان اکباتان همدان

با توجه به سنجه اعتبار بخشی الف-۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا در خصوص شناسایی و اولویت بندی عوامل خطر، بیمارستان اکباتان همدان توسط تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان با استفاده از ابزار های ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا، کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی و سایر تکنیک های ارزیابی ریسک مورد ارزیابی قرار گرفت و با توجه به امتیاز دهی انجام شده (بر اساس شده، احتمال و قوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت) ۵ خطر اصلی بیمارستان اکباتان همدان در سال ۱۴۰۳ شناسایی گردید و در مورخ ۱۴۰۳/۴/۱۲ در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا توسط دبیر جلسه مطرح و توسط اعضاء کمیته به شرح ذیل تصویب گردید:

- حجم انبوه مصدومین در بیمارستان
- اپیدمی ها(با توجه به منطقه جغرافیایی و اقلیمی در معرض)
- اغتشاشات(کشمکش های اجتماعی) با توجه به موقعیت قرار گیری بیمارستان
- قطع HIS
- قطع منابع انرژی(برق، گاز و..)

لازم به ذکر است مخاطره آتش سوزی به دلیل اهمیت و استاندارد مستقل، جزء ۵ مخاطره قرار نمیگیرد و نیازمند برنامه مستقل جهت برنامه ریزی و مدیریت می باشد در همه بیمارستان های می باشد.

بعد از تعیین پنج مخاطره اول بیمارستان تعیین اثرات احتمالی آن ها بر بیمارستان (ارزیابی خطر) انجام شد. تاثیرات مخاطرات بر سیستم های بهداشتی درمانی در سه حوزه جانی، مالی و عملکردی بروز می نماید که شامل تاثیر بر سلامت افراد (منجر به مرگ یا جراحت)، تاثیر بر اموال و دارایی (از بین رفتن دستگاه ها، تخریب بخش ها/ واحدها و ...) و یا اختلال در عملکرد بیمارستان می شوند.

ارزیابی خطر انجام شده برای پنج مخاطره اول و برنامه های پیشگیرانه آمادگی، پاسخ و باز توانی به این عوامل متعاقباً اعلام می گردد.

مرکز فرماندهی بیمارستان (HCC) Hospital Command Center:

مکانی است که مسئولین در زمان وقوع بحران برای هدایت و هماهنگی مدیریت عملیات و توزیع منابع در آن حضور می یابند و در واقع مرکز تصمیم گیری های استراتژیک بحران می باشد در این مکان منابعی که برای پاسخ به فوریت ها و بحران ها لازم و ضروری می باشد نگهداری می شود.

مرکز فرماندهی بیمارستان (HCC) سالن جلسات مدیریت در نظر گرفته شده است. همچنین پشتیبان مرکز فرماندهی حادثه دفتری پرستاری بیمارستان می باشد.

سامانه هشدار سریع خطر حوادث و بلايا در بیمارستان اکباتان همدان

از جنبه‌های مهم و اولین قسمت از برنامه پاسخ و مدیریت بلايا سامانه هشدار سریع است، به گونه‌ای که جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با مخاطره آگاه شوند الگوی هشدار و فرآیند آن با پایش مخاطرات و انتشار خبر برای آمادگی و پیشگیری انجام می‌شود. انتشار مؤثر خبر و ارتباطات واضح و قابل فهم برای کلیه افرادی که در معرض خطر، اساس سامانه هشدار است، که لازمه فعالسازی برنامه پاسخ به بحران و بلاياست.

- مشاهده یا شنیدن هرگونه نشانه خطر باید مسئول وقت و فرمانده حادثه گزارش داده شود.
- در ساعات اداری رئیس یا مدیر بیمارستان فرمانده حادثه می باشد
- در ساعات غیر اداری یا تعطیل سوپروایزر وقت فرمانده حادثه می باشد.

لازم بذکر است بسترهای ارتباطی مناسب جهت اطلاع رسانی مناسب و سریع از قبیل تلفن، پیج، موبایل، اینترنت، فاکس و نهایتاً پیک در دسترس بوده و ارتباطات داخل و خارج بیمارستانی را میسر می‌نماید.

آستانه اعلام هشدار سریع با توجه به شدت و نوع حادثه و ظرفیتهای موجود بیمارستان به ترتیب بررسی سطح حادثه تعداد مصدومین اعزامی به بیمارستان سطح بحران، از بحران خفیف، متوسط و شدید تعیین می‌گردد.

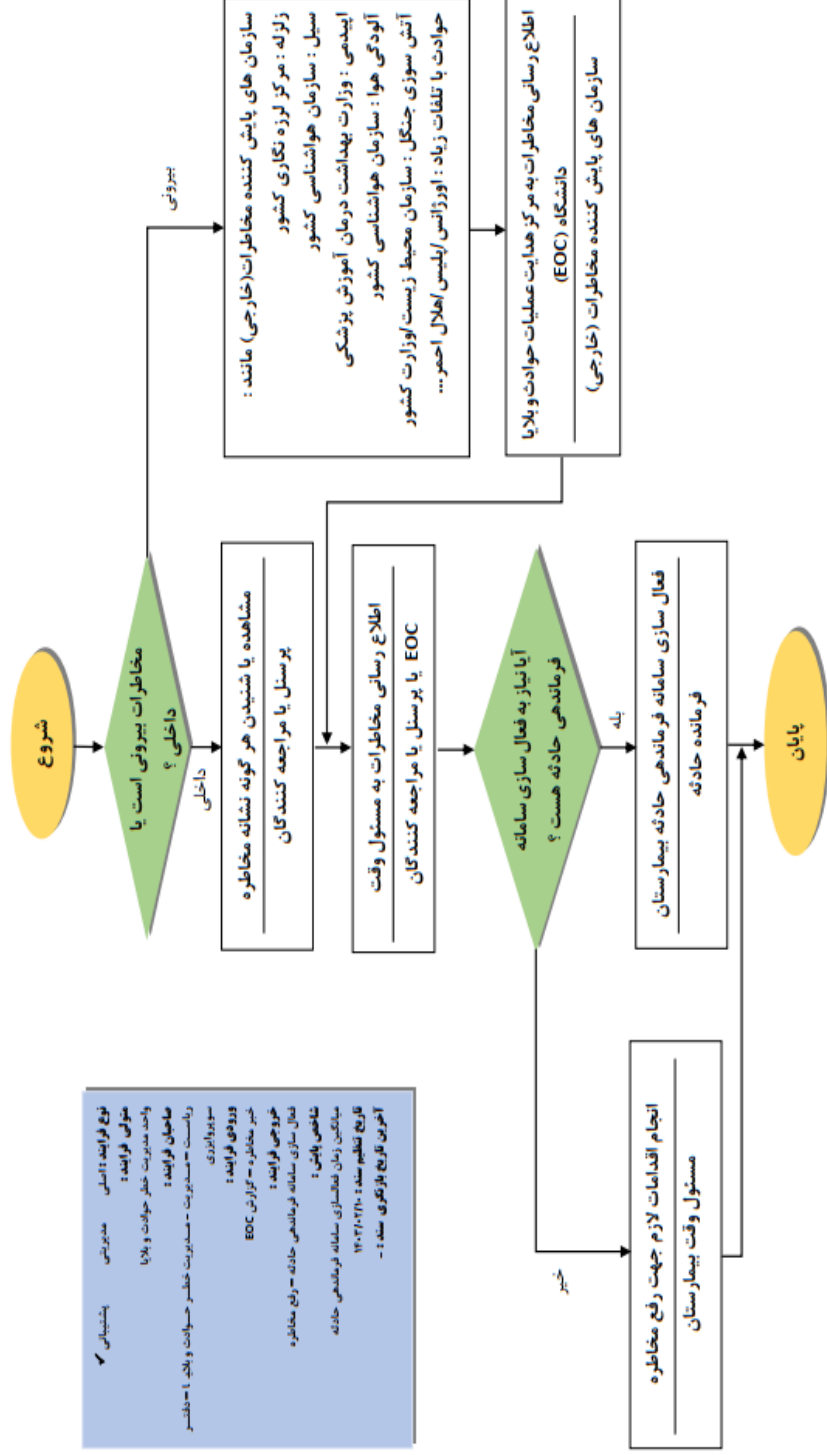
فعالسازی اتاق HCC بیمارستان برای هدایت عملیات پاسخ به حوادث و بلايا با نظر فرمانده حادثه صورت می‌پذیرد.

فهرست مواردی که به محض مشاهده بایستی توسط سوپروایزر به EOC دانشگاه گزارش داده شود شامل:

- ۱- حوادث ترافیکی با بیش از ۵ نفر مصدوم یا ۳ نفر فوتی
- ۲- مسمویت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده نشانه‌های بیماری مشابه در بیش از یک نفر
- ۳- مشاهده علائمی از هر گونه همه گیری مانند اپیدمی و آندمی
- ۴- وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدتی
- ۵- سقوط بهمن، سیل، طغیان رودخانه و توفان
- ۶- مسمومیت با گازها بصورت گروهی
- ۷- بمب گذاری و هر گونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک
- ۸- حوادث تروریستی
- ۹- هرگونه نشست سیاسی، شورش تحصن و تجمع‌های بیش از هزار نفر مانند وقایع ورزشی
- ۱۰- هرگونه رویداد هوایی مانند سقوط هواپیما و بالگرد
- ۱۱- تمام بحران‌های داخلی بیمارستان‌ها
- ۱۲- هرگونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان‌های همکار (EOC) یا پشتیبان در اختیار بخش اورژانس، واحد پذیرش، دفتر پرستاری و دفتر سوپروایزری و دفتر مدیریت و ریاست بیمارستان قرار می‌گیرد.

لازم بذکر است شماره تماس ۰۹۱۸۸۱۳۰۲۹۹ بعنوان شماره مستقیم و بدون ترافیک موجود در اتاق HCC بیمارستان به مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه اعلام گردیده است.

کلیه برنامه‌های و توانمندسازی کارکنان در زمینه کسب آمادگی‌های لازم جهت پیاده سازی برنامه پاسخ به بحران و بلايا با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تدارک و اجرا گردیده و شرح وظایف کلیه افراد مرتبط با مدیریت بحران در چارت و کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا بطور مکتوب به همراه ابلاغ اعضاء به ایشان ارائه شده و طی جلسات حضوری توجیهی آئین نامه کمیته مربوطه به اطلاع ایشان رسانده شده است.



✓ **نوع فرایند:** ایمنی مدیریتی
موتی فرایند: واحد مدیریت خطر حوادث و بلايا
مراحل فرایند: ریاست - مدیریت - مدیریت خطر - حوادث و بلايا - دانشسر
سوابق فرایند: سوپروایزری
ورودی فرایند: EOC
خبر مخاطره - گزارش EOC
خروجی فرایند: فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه - رفع مخاطره
نمایش پایانی: میانگین زمان فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه
تاریخ تنظیم سند: ۱۳۹۰/۰۲/۱۰
آخرین تاریخ بازنگری سند: -

* در صفحات غیر اداری سوابق تاریخ وقت فرم داده شده است.

اعلام وضعیت و سطح بحران

سطح بحران در بحران‌های خارج از بیمارستان از طریق EOC دانشگاه صورت گرفته و در بحران‌های داخلی با توجه به سطح آسیب‌های داخلی وارده نظیر آتش سوزی و ... توسط فرمانده حادثه بیمارستان صورت می‌گیرد. (فراخوان نیروهای مرتبط با توجه به سطح فعالسازی با استفاده از لیست شماره تلفن اعضاء و یا جانشینان چارت فرماندهی حادثه (HEICS) توسط مرکز تلفن بیمارستان صورت گرفته و نتیجه فراخوان از نظر زمان حضور و وضعیت پاسخ دهی افراد فراخوان شده به فرمانده حادثه گزارش می‌گردد).

سطح بحران توسط فرمانده حادثه یا جانشین او تعیین می‌شود.

تعریف سطح بحران (عنوان)	اقدامات مورد انتظار
سطح ۱	فراخوان از بخش‌ها
سطح ۲	فراخوان از منزل
سطح ۳	فراخوان از سایر مراکز

سامانه فرماندهی حوادث بیمارستان (HICS) Hospital Incident Command System:

سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی سیستمی مدیریتی برای سازماندهی کارکنان، امکانات، تجهیزات و ارتباط برای ارائه پاسخی موثر به حوادث و بلاياست و تحت این ساختار، یک فرد به عنوان فرمانده، مدیریت و فرماندهی حادثه را به عهده می‌گیرد.

HICS بر پایه پنج جایگاه اصلی طراحی شده است:

❖ فرماندهی (Command)

فرمانده حادثه (Incident Commander): سازماندهی و هدایت مرکز عملیات اضطراری (Emergency Operation Center)، رهبری جامع فعالیت‌های بیمارستان و در صورت نیاز تخلیه بیمارستان را بر عهده دارد.

❖ برنامه ریزی (Planning)

رئیس بخش برنامه ریزی جمع‌آوری اطلاعات، اطمینان از توزیع اطلاعات و داده‌های حیاتی، گردآوری فهرست منابع مورد نیاز از رؤسای بخش‌ها و تهیه و توزیع برنامه عملیات بیمارستان را بر عهده دارد.

❖ عملیات (Operation)

رئیس بخش عملیات: سازماندهی و هدایت تمامی جنبه های مرتبط با بخش عملیات، به اجرا درآوردن فرامین فرمانده حوادث اضطراری، هماهنگی و نظارت بر زیر مجموعه مناطق درمان (خدمات پزشکی)، زیر مجموعه مناطق بیماران (خدمات کمکی)، زیر مجموعه خدمات پاراکلینیک و زیر مجموعه خدمات انسانی

❖ پشتیبانی (Logistics)

رئیس بخش پشتیبانی: سازماندهی و هدایت عملیات مرتبط با حفظ فیزیکی، میزان کافی غذا، سرپناه و منابع پشتیبانی کننده مقاصد تشخیصی و درمانی بیمارستان را بر عهده دارد.

❖ مالی / اداری (Finance / Administration)

رئیس بخش مالی - اداری: پیگیری چگونگی استفاده از منابع مالی، نظارت بر تهیه منابع و خدمات لازم جهت انجام مأموریت های پزشکی بیمارستان و نظارت و مستند سازی مخارج انجام شده در طول حادثه را بر عهده دارد.

چارت هیکس :

نوع مسئولیت	رنگ جلیقه
فرماندهی	سفید
عملیات	قرمز
اداری - مالی	سبز
برنامه ریزی	آبی
پشتیبانی	زرد

عنوان سند :
 تکمیل سیستم فرماندهی حادثه
چاره هیکس (HICS)
 بیمارستان آموزشی درمانی تخصصی
 و فوق تخصصی امامان همدان



ارشد ایمنی
 مسئول حراست
 جانشین: حفاظت فیزیکی

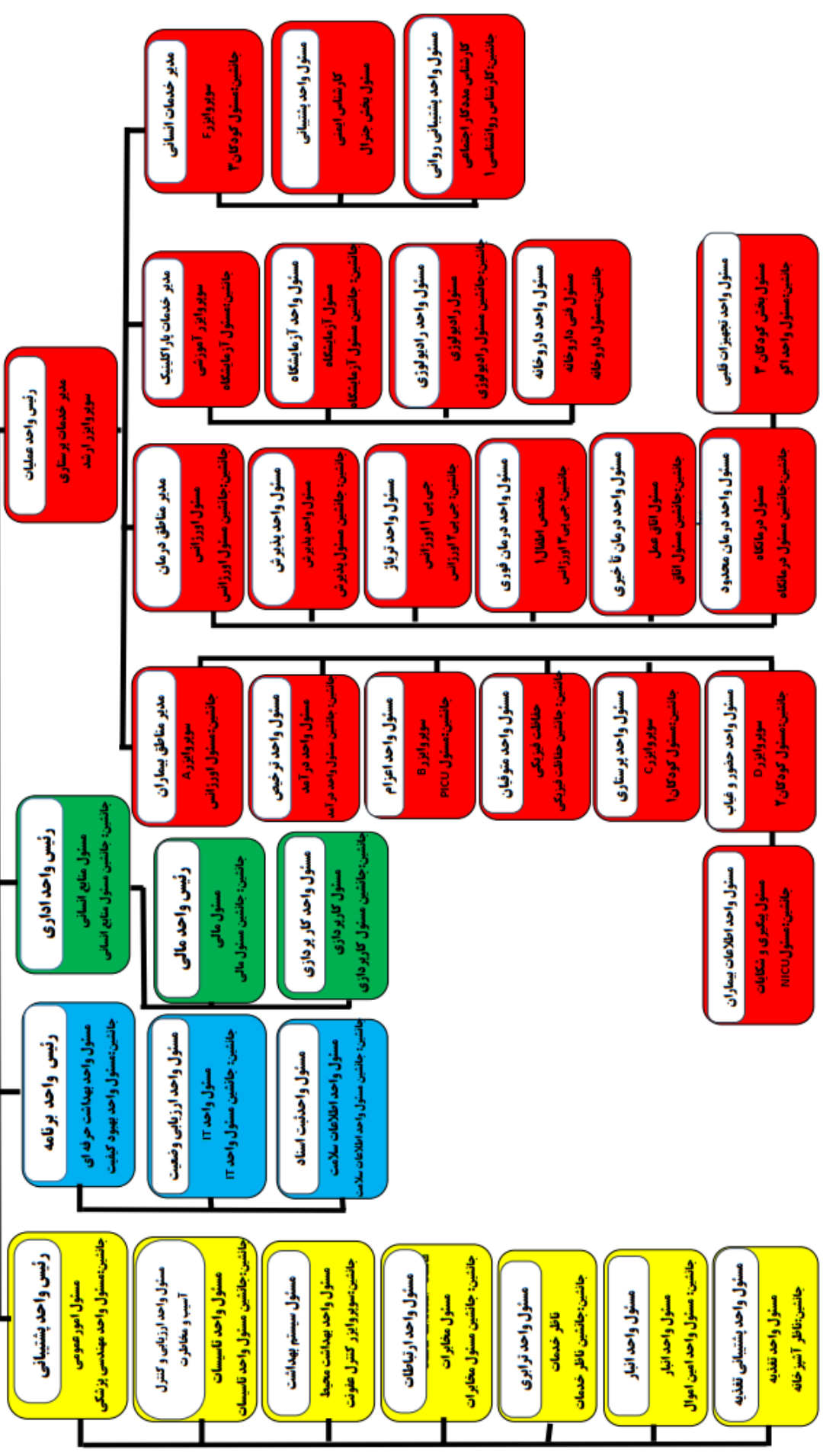
متخصصی فنی پزشکی
 متخصص بیوشی ۱
 متخصص بیوشی ۲

فرمانده حادثه
 رئیس بیمارستان
 جانشین: مدیر بیمارستان

ارشد ر و ایط عمومی
 مسئول روابط عمومی
 جانشین: مسئول کتابخانه

ارشد رابط و هماهنگی
 مدیر بیمارستان
 جانشین: مدیر پرستاری

شماره سند : HP - CH - 01
 شماره بازنگری : A



الزامات اساسی و اقدامات در فاز پاسخ آتش سوزی در بیمارستان اکباتان همدان (کد ۱۲۵)

کمک رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از حادثه به منظور حفظ جان و نیازهای حداقل و پایه افراد آسیب دیده در فاز پاسخ یا مقابله تعریف می گردد.

پاسخ در بیمارستان اکباتان همدان میتواند فوری، کوتاه یا طولانی مدت باشد.

کارکرد های پاسخ

C1: هشدار و تایید خبر

این کارکرد، قدم اول در شروع عملیات پاسخ است.

۱- با صدا درآمدن آلام آتش نشانی اپراتور تلفنخانه با تاسیسات (تیم آتش نشانی) و فرمانده حادثه تماس گرفته و منطقه خطر را گزارش می دهد.

۲- فرمانده حادثه و تیم آتش نشانی سریعاً به محل اعزام و وضعیت موجود را بررسی می نمایند.

۳- پس از تایید حادثه آتش سوزی توسط فرمانده حادثه و تیم آتش نشانی کد ۱۲۵ جهت پیچ به تلفنخانه اعلام می گردد.

۴- فرمانده حادثه با همکاری و بررسی تیم آتشنشانی اقدام به زون بندی یا منطقه بندی حریق می نماید. (منطقه گرم و خطر)

Hot Zone و (منطقه سرد و ایمن) Cold Zone

تلفنخانه با اعلام کد ۱۲۵ با سازمان آتشنشانی تماس حاصل می نماید.

۵- با حضور تیم آتش نشانی بیمارستان جهت اطفاء حریق رابطین آتشنشانی منطقه مورد نظر با مشاهده یا اعلام تلفنخانه در محل حضور می یابند (حراست، خدمات، کمک پرستار و مسئول قسمت مربوطه) لیست رابطین در قسمت های مختلف پیوست دستورالعمل می باشد.

نکته: با توجه به احتمال فعال نشدن سیستم اعلام حریق و احتمال گسترش حریق در صورت مشاهده، شنیدن و.. نشانه های خطر حریق (دود، حرارت، بو و..) سریعاً مورد را به مسئول وقت گزارش دهید در صورت امکان شستی اعلام حریق را فعال نمائید و اقدام به پاسخ به آتش سوزی با توجه به آموزش های دیده شده با شرایط ذیل نمائید:

✓ از این که همه افراد منطقه را ترک کرده اند و فردی زنگ هشدار را فعال نموده و به آتش نشانی اطلاع داده است، اطمینان حاصل کنید.

✓ دامنه آتش محدود بوده و قابل گسترش نیست. در صورتیکه آتش خارج از کنترل است، فوراً منطقه را ترک کنید (ایمنی شما بسیار مهم است)

✓ اطمینان حاصل نمائید کنید که در خصوص استفاده از خاموش کننده ها دانش و آگاهی لازم را دارید.

✓ ماده در حال سوختن را میشناسید و نوع مناسب خاموش کننده برای اطفاء حریق را استفاده می کنید.

✓ از اینکه حداقل یک مسیر خروجی باز در پشت سر خود دارید، اطمینان حاصل کنید.

✓ 2 تا 3 متر دورتر از آتش ایستاده اید .

۶- پس از تایید خبر فرمانده حادثه (با تشخیص فرمانده حادثه) سامانه HICS (سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان) فعال می گردد.

۷- حادثه توسط فرمانده حادثه به EOC دانشگاه گزارش داده شود.

۸- وسایل اطفاء حریق کدامند؟

➤ کپسول آتشنشانی که در بخش ها ۳ نوع است. ۱- کپسول CO2 که برای خاموش کردن آتش وسایل الکتریکی

است (تابلو برق ها، سیستم های کامپیوتر و..) مشخصه کپسول CO2 نازل قیفی شکل و سیلندر باریکتر نسبت به

سیلندر پودر و گاز است. ۲- کپسول پودر و گاز که برای خاموش کردن آتش ناشی از مواد جامد سوختنی و مواد مایع اشتعال آور ۳- کپسول آب و گاز به رنگ آبی مخصوص مواد جامد است.

➤ جعبه آتش یا جعبه F که درون آن قرقره و شلنگ آب قرار دارد و میتواند آب را با فشار به سمت آتش بپاشد. لازم به ذکر است بدلیل چگالی بالای آب نسبت به مواد مایع نفتی و احتمال گسترش آتش از آب جهت خاموش کردن این مواد استفاده نمیشود.

۹- وسایل اعلام حریق کدامند؟

➤ شستی اعلام حریق که در دیوار به رنگ قرمز قرار دارد و با فشردن فعال میشود و آژیر خطر به صدا در می آید.

➤ دتکتورهای حساس به دود و حرارت و نور آتش که در اکثر بخش ها و قسمت ها قرار دارد و با آتش سوزی فعال شده و آژیر خطر به صدا در می آید. در بعضی قسمت ها مثل آشپزخانه که دود در حالت عادی وجود دارد دتکتور حرارتی تعبیه شده است.

۱۰- خروج اضطراری بخش شما کجاست؟

در انتهای بخش ها درب خروج اضطراری می باشد که به راه پله فرار منتهی می شود و در حالت عادی بدلیل موارد امنیتی دارای پلمپ کاغذی می باشد (در مواقع غیر بحران در صورت نیاز به فک پلمپ باید با حراست هماهنگی لازم صورت پذیرد)

۱۱- در استفاده از کپسول اکسیژن چه نکاتی را رعایت میکنند؟

- رنگ کپسول اکسیژن کاملاً سفید است.

- انتقال کپسول اکسیژن با ترالی مخصوص انجام شود .

- در هنگام عدم نیاز به کپسول اکسیژن، کلاهک آهنی روی آن قرار میدهیم و آن را با کمر بند زنجیری مهار میکنیم یا درون ترالی مخصوص فیکس میکنیم تا احتمال سقوط وجود نداشته باشد .

- در هنگام کار با کپسول اکسیژن دقت میکنیم که دست یا لباس چرب نباشد (واکنش شدید اکسیژن با گریس و روغن که با عث انفجار کپسول می گردد)

- در نزدیک کپسول اکسیژن آتش روشن نمیکنیم.

۱۳- وظیفه شما در زمان بحران چیست؟

اگر عضو چارت بحران (هیکس) هستید شرح وظایف را بیان کنید. و در انتها آمادگی اجرای دستورات مافوق را فراتر از شرح وظایف اعلام دارید. اگر عضو چارت بحران نیستید بفرمائید: آمادگی اجرای دستورات مافوق را دارم. اگر دستور کار خاصی ندادند "همان وظیفه معمول خود را انجام میدهم، ولی کار بیشتر در زمان کمتر"

در شرایط بحرانی شیوع بیماری کرونا با رعایت پروتکل های بهداشتی با توزیع روزانه ماسک رعایت فاصله اجتماعی و مواد ضد عفونی کننده دست در بین پرسنل از شیوع این ویروس جلوگیری میکنیم به امید روزی که این بیماری ریشه کن شود .

۱۴- محل تجمع امن بیمارستان کجاست؟

فضای باز حیاط در قسمت پارکینگ بیمارستان که با تابلو سبز مشخص شده. در زمان حادثه با دستور فرمانده حادثه به آنجا رفته و تا زمان دستور بعدی آنجا می مانیم.

تخلیه اضطراری (کد ۱۰۰) :

فرایند نجات، انتقال و استقرار افراد درون یک ساختمان در معرض خطر به مکانی عاری از خطر که عموماً جایی بیرون از ساختمان می باشد.

منطقه تجمع ایمن **Assembly Point** : مکانهایی موقت هستند که بر اساس ضوابط مکانی و محیطی در اثر وقوع حادثه در معرض خطر کم قرار

دارند و می توان از آن به عنوان مکانی برای تخلیه اضطراری استفاده کرد. محل تجمع امن ثابت بیمارستان فضای باز حیاط در قسمت پارکینگ پرسنل و پارکینگ پزشکان که با تابلو سبز مشخص شده است.

تیم تخلیه اضطراری **Emergency evacuation team** : به گروه هایی اطلاق می گردد که پس از تایید خبر وقوع حادثه جهت انجام عملیات تخلیه در محل حادثه حاضر شده و شروع به فعالیت با برنامه ریزی و هماهنگی قبلی می کنند.

تخلیه افقی **Horizontal Evacuation** : در این سطح از تخلیه، هر کس در هر واحدی که قرار دارد بایستی به سمت مقابل خطری که وجود دارد تغییر مکان دهد. به عبارتی ساکنین یک طبقه به قسمتهای دیگری از همان طبقه منتقل می شوند. در این مرحله، امنیت افراد و منابع نسبت به یک خطر فوری حفظ شده و در همان طبقه باقی می مانند.

تخلیه عمودی **Vertical Evacuation** : در این سطح از تخلیه، ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پائین منتقل می شوند. به عبارتی افراد متاثر از یک

حادثه در ساختمان به یک مکان دیگر در آن ساختمان که ایمن بودن آن مشخص شده است منتقل شوند. (تخلیه به سمت بالا یا پایین با اخذ نظر فنی و پس از رسیدن آتش نشانی انجام خواهد شد.

تخلیه کامل **Total or Full Evacuation** : در صورت انتخاب تخلیه در این سطح، همه افراد باید ساختمان را ترک نمایند. (در تخلیه کامل حتملاً باید فرمانده حادثه با مرکز عملیات دانشگاه **EOC** هماهنگی لازم را داشته باشد)

تخلیه در دو سطح کامل و جزئی، زمانی ضروری است که خطر تهدیدکننده برای بیماران و کارکنان وجود داشته باشد. شرایط زیر ممکن است اختطاری جهت تخلیه باشد.

○ آتش سوزی بیمارستان، انتشار دود یا گازهای سمی

○ آسیب های ساختاری به ساختمان بیمارستان

○ خطرات قرارگیری در معرض مواد خطرناک

○ تروریسم و خشونت مسلحانه

○ تهدید جدی بیمارستان به بمبگذاری

✓ در اکثر موارد تخلیه کامل مورد نیاز نیست. با توجه به نیازهای پیچیده و وضعیت ناپایدار بسیاری از بیماران در بیمارستان، تخلیه کامل به عنوان آخرین راه حل در نظر گرفته میشود.

✓ وقتی زمان کافی برای بررسی وضعیت ایجاد شده وجود دارد، صرفاً باید دستور وضعیت "آماده باش" صادر گردد. تصمیم به تخلیه

✓ تصمیم گیری جهت تخلیه کامل بیمارستان در معرض حریق قرار گرفته است، پس از مشورت فرمانده حادثه بیمارستان با **EOC**، فرمانده حادثه آتشنشانی و سایر فرماندهان دستگاههای مسئول و پاسخگو در صحنه حادثه، در محل **ICP** انجام می گیرد.

✓ در شرایط نیاز به تخلیه بخشی از بیمارستان (تخلیه جزئی) جهت حفظ ایمنی بیماران، فرمانده حادثه بدون نیاز به دستور مقامات بالاتر، میتواند تصمیم به تخلیه بگیرد.

- ✓ در صورت تصمیم به تخلیه اضطراری، کد تخلیه (کد ۱۰۰) و تیم تخلیه اضطراری توسط فرمانده حادثه بیمارستان و مطابق دستورالعمل ابلاغی فعال می گردد. (ارتباط فرمانده بیمارستان با تیم تخلیه از طریق هماهنگ کننده تخلیه که توسط فرمانده تعیین شده است برقرار می گردد.
- ✓ در صورتی که تهدید وقوع آتشسوزی وجود دارد و زمان کافی برای بررسی وضعیت ایجاد شده وجود دارد، بیمارستان صرفاً دستور آماده باش برای تخلیه صادر میکند و در این شرایط انجام اقدامات زیر مورد نیاز است:
 - اگر آلام هشدار شنیده یا چراغهای اخطار دیده شد، تمام دربهای ضدآتش در منطقه بسته شود (با توجه به اینترلاک بودن درب ها با سامانه اعلام حریق درب ها بصورت اتوماتیک بسته می گردد.
 - از باز بودن راههای خروجی جهت انتقال بیماران و تجهیزات اطمینان حاصل شود.
 - پروندههای پزشکی و تجهیزات بیماران محافظت شود.
 - وسایل انتقال و تخلیه مانند صندلی چرخدار، پتو و برانکارد آماده شود.
 - تخلیه بدون اجازه انجام نشود.
- ✓ در مواقعی که تخلیه به دلیل بسته بودن مسیر و یا خطرناک بودن آن امکانپذیر نباشد، ممکن است تصمیم به پناهگیری در محل *Shelter in Place* گرفته شود.
- ✓ در صورتیکه تصمیم جهت تخلیه گرفته شود، لازم است تا ارشد روابط عمومی بیمارستان، اطلاعات لازم مبنی بر دستور تخلیه را با استفاده از روش مناسب مانند پیچ بالاسری، ایمیل، پیامک و یا دیگر سیستمها از قبیل سیستم ارتباطی داخل مرکز مانند بلندگوها به اطلاع دیگر افراد برساند.
- ✓ ضروری است که فرمانده حادثه بیمارستان به طور مستمر وضعیت را ارزیابی کند، زیرا ممکن است برنامه ها و فعالیت ها نیاز به انطباق با تغییرات در شرایط پیرامون تخلیه داشته باشند.
- جابه جایی و انتقال داخلی بیماران
- ✓ به محض اطلاع از آتش سوزی، و اعلام کد ۱۲۵ و پس از آن تمامی کارکنان برای جابهجایی بیماران به یک منطقه امن تلاش نمایند.
- ✓ در هر بخش از بیمارستان مسئولیت اطلاع رسانی به کارکنان و در صورت نیاز اطلاع رسانی به بیماران بر عهده مسئول ارشد و مسئول بخش در همان شیفت است تا با ارائه دستورات کلامی واضح و آرام، دیگران را در فرآیند عملیات تخلیه راهنمایی کند.
- ✓ در همه تخلیه ها، کارکنان باید به منظور برنامه ریزی برای تخلیه به ارزیابی نیازهای بیماران موجود بپردازند. این کار شامل موارد زیر است:
 - تریاژ سریع جهت مشخص نمودن نیازهای بیماران در حین تخلیه توسط مسئول شیفت، سوپروایزر و یا دیگر کارکنان پزشکی حاضر در بخش انجام شود. برای اینکه چنین روندی به صورت یک اقدام روتین درآید، در تمامی شیفتهای کاری، سطح تریاژ همه بیماران موجود در بخش مشخص گردد. یعنی باید تعیین شود:
 - برای کدام یک از بیماران خطر تخلیه نسبت به خطر ماندن در بخش بیشتر است.
 - کدام یک از بیماران میتوانند بدون کمک جابجا شوند.
 - کدام یک به کمک نیاز دارند.
 - کدام یک به صندلی چرخدار و یا صندلی پله ای نیاز دارند.
 - کدام یک لازم است به صورت خوابیده جابجا شوند
- آماده سازی هر واحد یا بخش توسط مسئول بخش که در مراکز درمانی معمولاً یک پرستار است انجام می شود. این مرحله با تهیه مدارک و اسناد سازمانی / سوابق پزشکی، تجهیزات و حتی داروهای مورد نیاز بیماران در حین انتقال آغاز می شود و

زمانی که افراد آماده انتقال از واحد می شوند پایان می یابد.

✓ در حین وقوع آتشسوزی، اولین اقدام اضطراری برای بیماران، خارج کردن آنها از تخت و خواباندن آنها روی زمین و دور نمودن آنها از هرگونه دود است. هنگامیکه خطر حتمی جان بیماران را تهدید میکند، میتوان از پتو برای کشیدن بیماران به یک منطقه امن استفاده نمود (استفاده از تشک برای کشیدن بیماران روی زمین پیشنهاد نمیشود). *Stair-Chair* تا آنجاکه ممکن است باید تخلیه افقی مدنظر قرار گیرد و بیماران در ابتدا به محلی امن در همان طبقه یا همان سطح در سمت مخالف ساختمان جابه جا شوند و در ساختمانهای یک طبقه بیماران به صورت مستقیم به بیرون از ساختمان انتقال می یابند.

✓ زمانی که تخلیه افقی از ایمنی کافی برخوردار نباشد بیماران باید به صورت تخلیه عمودی انتقال یابند. با توجه به اصل تخلیه عمودی به سمت طبقات پایین تر، اگر حادثه در یک طبقه رخ داده باشد و آتش به دیگر طبقات سرایت نکرده باشد، تخلیه باید حداقل دو طبقه پایینتر انجام شود تا همه بیماران به سمت خروجی ساختمان منتقل شوند.

✓ در برخی موارد افراد سازمان های همکار مانند هلال احمر، آتش نشانی، نیروهای نظامی و انتظامی و داوطلبین میتوانند به تخلیه بیمارستان کمک کنند.

✓ در شرایط ویژه که همه راههای خروج به سمت پایین مسدود است، بیماران میتوانند به طبقات بالاتر و حتی به پشتبام منتقل شوند.

✓ در راستای اولویت بندی افراد جهت تخلیه اضطراری، بیمارانی که می توانند به تنهایی حرکت کنند و بیماران سرپایی باید قبل از بیماران محدود به تخت انجام شود. تا انتقال بیماران بدحال و وسایل و تجهیزات آنها باعث مسدود شدن مسیرهای خروج نگردد.

✓ در تخلیه بیماران بخش مراقبتهای ویژه اقدامات زیر می بایست انجام شود:

- جدا کردن بیمار از اکسیژن و دستگاه ونتیلاتور و وصل کردن به کپسولهای اکسیژن قابل حمل، استفاده از آمبوبگ و در صورت در دسترس بودن وصل کردن بیمار به دستگاه اکسیلاتور
- قطع کردن خطوط وریدی از پمپ انفوزیون
- قطع کردن کاتترهای داخل وریدی از ترانسدیوسرها (مبدلها) و کیسه های فشارنده
- جدا کردن کانکتورهای الکتروکاردیوگرام از مانیتورینگ کنار تخت و وصل کردن آنها به مانیتورینگهای پرتابل
- ✓ به منظور محافظت بیماران در برابر شعله های آتش هنگام تخلیه، بیماران با پتوهای پشمی پوشانده شوند و بیمارانی که قادر به راه رفتن هستند باید یکجا جمع شوند، دستان یکدیگر را بگیرند و همراه با یکی از کارکنان بخش در جلوی آنها و یکی به دنبال آنها از پله ها به سمت پایین هدایت شوند.
- ✓ برای جابجایی بیماران غیر سرپایی در پله ها همه نیروهای موجود باید جهت کمک به انتقال این بیماران به پایین پله ها و بیرون از ساختمان بسیج شوند. در انتقال این بیماران توجه به نکات زیر ضروری است:
- برای انتقال هر بیمار غیر سرپایی در پله ها 4 تا 6 نفر در نظر گرفته شود.
- همه کارکنان بیمارستان (شامل نگهداری، رختشویخانه، حراست و انتظامات، امور اداری و کارکنان بخش درمان) باید جهت کمک در فرآیند جابجایی همکاری نمایند.
- ✓ برای جابه جایی بیماران از روش های زیر می توان استفاده نمود:
- جابجایی 2 نفره که 2 نفر دستان خود را به یکدیگر قلاب نموده و بیمار روی دستان آنها مینشینند. (این روش برای جابجایی افراد نحیف و سالخورده در پله ها مفید است.
- استفاده از وسایل حمل مخصوص برای استفاده در پله های اضطراری شامل برانکاردهای موجود (برانکاردهای برزنتی تاشو و یا لانگ بکبورد از روش های جابه جایی بیماران است که بیماران با استفاده از بندهایی که در سوراخهای کناری این وسایل

وارد میشود، به لانگبک بورد بسته میشوند.

○ برای بیمارانی که قادر به راه رفتن نیستند ولی میتوانند بنشینند، یک صندلی با قابلیت سرخوردن در پله ها یا صندلی استرایکر که میتواند روی پله ها با یک نفر کنترل شود، مناسب است.

○ استفاده از درگ شیت (یک صفحه کشنده که زیر تمامی تشکها قرار داده میشود) میتواند کمک کننده باشد.

استفاده از این وسیله میتواند زمان موردنیاز برای تخلیه بیماران غیر سرپایی را به طور چشمگیری کاهش دهد.

✓ در هنگام تخلیه بیمارستان بستن اکسیژن و دیگر گازهای پزشکی و تجهیزاتی که ممکن است به عنوان سوخت در

آتشفروزی عمل کند، ضروری است. هر اتاق عمل داری مانیفولدهایی است که از طریق آن میتوان گازهای پزشکی را قطع

نمود. کارکنان بایستی نسبت به محل این مانیفولدها آگاهی داشته باشند تا بلافاصله پس از صدور دستور تخلیه، از این طریق

گازهای پزشکی را قطع نمایند.

✓ در هنگام تخلیه باید وسایل الکتریکی از برق جدا شوند، یک روش جایگزین و ارزان قیمت نصب سیستم خودکار است که

برق تمام وسایل الکتریکی را به غیر از تجهیزات پزشکی ضروری قطع میکند.

انتقال به مناطق تجمع ایمن

✓ محل تجمع امن ثابت بیمارستان فضای باز حیاط در قسمت پارکینگ پرسنل و پارکینگ پزشکان که با تابلو سبز مشخص

شده است.

✓ توصیه می شود یک منطقه تجمع اختصاصی برای بیماران اتاق عمل، بخشهای مراقبت ویژه و بخش نوزادان در نظر گرفته

شود تا بعد از انجام تخلیه، هر چه سریعتر به مرکز درمانی دیگری انتقال داده شوند.

✓ بهتر است در منطقه تجمع، کارکنان و بیماران هر یک از بخشها به صورت جداگانه در کنار هم جمع شوند.

✓ جا به جایی و انتقال افراد به تجمع توسط تیم عملیات پاسخ آتش نشانی و با همکاری تیم تخلیه بیمارستان و سایر

سازمانهای متولی از قبیل جمعیت هلال احمر و... صورت می گیرد.

✓ در صورت نیاز به انتقال و تخلیه بیماران دارای تجهیزات پزشکی خاص که حمل و نقل آنها نیازمند کمک شخصی دارای

دانش پزشکی می باشد، فرمانده حادثه و یا هماهنگ کننده تخلیه اقدامات لازم جهت همکاری با تیم عملیاتی امدادگران آتش

نشانی به منظور انتقال ایمن افراد نیازمند تخلیه را انجام می دهند.

اعزام و انتقال بیماران به سایر مراکز درمانی

تعداد و نوع مؤسسات پذیرنده بیماران به ابعاد بیمارستان که تخلیه میشود و شرایط بیماران بستگی دارد و فرمانده بیمارستان

مسئول تعیین موسسه پذیرنده بیماران است. در اعزام و انتقال بیماران توجه به نکات زیر ضروری است.

✓ در نزدیکی منطقه تجمع لازم است محلی برای سوارشدن بیماران جهت انتقال به بیمارستانهای پذیرنده در نظر گرفته شده

است.

✓ در اعزام بیماران نیازمند مراقبتهای ویژه و همچنین بیماران اتاق عمل نزدیکترین و در دسترسترین بیمارستانها جهت

پذیرش بیماران باید مدنظر قرار گرفته شده است. در صورت عدم امکان پذیرش بیماران پرخطر در بیمارستانهای نزدیک، لازم

است حداقل این بیماران در این بیمارستانها پایدارسازی شده و سپس برای اعزام آنها به بیمارستانهای دورتر اقدام گردد.

✓ اگرچه بیماران بخشهای مراقبتهای ویژه در تخلیه فوری آخرین بیمارانی هستند که بیمارستان را ترک میکنند، اما بایستی

اولین کسانی باشند که به دیگر مراکز درمانی منتقل میشوند. انتقال این بیماران به دیگر مراکز درمانی نسبت به سایر بیماران

بالاترین اولویت را دارد.

کدهای اضطراری بیمارستان

شماره سند : MA-FO-06	عنوان سند	 مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی اکباتان
شماره ویرایش : A	کدهای اضطراری بیمارستان	
۹۹	کد احیاء بالین و کودکان	
۸۸	کد احیاء نوزاد	
۵۵	کد مادر نیازمند توجه ویژه	
۱،۲،۳	کد امدادی	
۱۲۵	کد آتش نشانی	
۱۰۰	کد تخلیه	
۲۴۷	کد سگته حاد قلبی	
۷۲۴	کد سگته حاد مغزی	
۳۵۰	کد امداد هوایی	
۴۵۰	کد اغتشاشات	
۵۰۰	کد تغییرات آب و هوایی	
۹۹۹	کد حوادث ترافیکی	
۳۲۴	کد حمایت از اهداء عضو بیماران مرگ مغزی	
۶۶	کد خونریزی شدید	

برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر

هدف از اجرای برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر تغذیه انحصاری کودکان با شیر مادر در ۶ ماه اول زندگی و تداوم شیر مادر همراه با غذاهای کمکی تا پایان ۲ سالگی است و فقط در موارد معدودی که شیر خواران به دلایلی از شیر مادر محروم می شوند تغذیه مصنوعی توصیه می شود.

استراتژی ها :

۱- ارتقاء آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی

۲- راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک

۳- حمایت از مادران شیرده

ارتقاء آگاهی خانواده ها و جامعه به لحاظ مزایای بی نظیر بهداشتی، تغذیه ای، ایمنولوژیکی، روانی عاطفی و اقتصادی تغذیه با شیر مادر، اولین گامهای این برنامه که از سال ۱۳۶۵ برداشته شده بود، از سال ۱۳۷۰ همزمان با نهضت جهانی ترویج تغذیه با شیر مادر برای اجرا در کشور مدون گردید. در راستای تداوم برنامه، فعالیتهای آموزشی، حمایتی و خدماتی زیر می بایست تقویت و اجرا گردد:

۱- آموزش کارکنان:

کارکنان بهداشتی درمانی می بایست دوره های استاندرد تغذیه با شیر مادر را ببینند. گذراندن دوره مشاوره شیردهی به منظور کسب مهارتهای لازم در برقراری ارتباط با مادران و حل مشکلات شیردهی نیز ضروری است و می تواند راهگشای بسیاری از مشکلات فعلی مادران باشد. برگزاری دوره های بازآموزی بر حسب نیاز سنجی آموزشی کارکنان باید مورد توجه قرار گیرد.

۲- اجرای قانون ترویج تغذیه با شیر مادر:

به منظور حمایت از مادران شاغل شیرده و بهره مندی از ۶ ماه مرخصی زایمان یک ساعت مرخصی ساعتی روزانه، استفاده از مهد کودک و امنیت شغلی لازم است قانون ترویج تغذیه با شیر مادر تقویت شود و بر اجرای آن توسط کمیته های مربوطه دانشگاهی نظارت به عمل آید.

۳- اجرای اقدامات دهگانه در بیمارستانهای دوستدار کودک:

اقدامات دهگانه بعنوان معیارهای جهانی برای شروع موفق شیردهی در بخشهای زنان و زایمان بیمارستانها و زایشگاهها از سوی سازمان جهانی بهداشت و یونسف اعلام شد و متعاقب آن راه اندازی بیمارستانهای دوستدار کودک در کشور ما از سال ۷۱ آغاز شد و اولین بیمارستانها با گذراندن آموزشهای لازم به اجرای ۱۰ اقدام پرداختند و لوح دوستدار کودک را دریافت نمودند. شواهد و مدارک از سراسر جهان حاکی از آن است که اجرای ۱۰ اقدام در بیمارستانها نقش کلیدی در شروع موفق شیردهی دارد که تاثیر بسزایی بر تداوم شیردهی نیز دارد است.

۴- پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک:

به منظور جلوگیری از افت کیفیت برنامه در بیمارستانها پس از دریافت لوح دوستدار کودک، سیستم پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانها به عنوان معیارهای جهانی طراحی شده است. در سال ۱۳۷۹ دو مجموعه راهنمای پایش و ارزیابی مجدد تدوین و به دانشگاهها ارسال گردیده شد. با توجه به بازنگری اقدامات دهگانه در سال ۸۳ مجموعه پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانها

نیز بازنگری شده که با همکاری معاونین بهداشتی و درمان در سراسر کشور به اجرا در آمده است. مسئولین ذیربط در حوزه معاونت درمان و بهداشت کارگاه آموزشی پایش و ارزیابی مجدد بیمارستانهای دوستدار کودک را گذرانده اند .

پایش توسط خود بیمارستان با نظارت مرکز بهداشت شهرستان و همکاران حوزه معاونت درمان (واحد پرستاری یا مامایی) انجام می شود . ارزیابی مجدد توسط مرکز بهداشت استان با نظارت کمیته دانشگاهی اجرا می شود. بنابراین عملکرد بیمارستانها در بخشهای زنان و زایمان ، بخشهای اطفال و نوزادان براساس اقدامات دهگانه سنجیده می شود و براساس نتایج مداخلات لازم صورت می گیرد.

نکته مهم : نتایج ارزیابی مجدد بیمارستان های دوستدار کودک در کسب ۴۵ امتیاز مربوط به درجه بندی بیمارستان ها موثر می باشند.

ده اقدام بیمارستان دوستدار کودک :

سیاست مدون ترویج تغذیه با شیر مادر در معرض دید کلیه کارکنان نصب و به آن ها ابلاغ شده باشد و برای اطمینان از ارتقاء کیفیت خدمات، به طور مستمر توسط کمیته بیمارستانی ترویج تغذیه با شیر مادر پایش شود.

کلیه کارکنان به منظور کسب مهارت های لازم برای اجرای این سیاست آموزش های قبل از خدمت و مکرر حین خدمت ببینند. مادران باردار را در زمینه مزایای تغذیه با شیرمادر، چگونگی شیردهی و تداوم آن، عوارض تغذیه مصنوعی، بطری و گول زنک آموزش دهند.

به مادران کمک کنند تا تماس پوست با پوست را از لحظه تولد و تغذیه نوزاد با شیر مادر را در ساعت اول تولد شروع کنند و در کلیه بخش ها برنامه تجویز دارو و انجام آزمایشات و اعمال جراحی به گونه ای طراحی گردد که اختلال در تغذیه از پستان مادر ایجاد نکند.

به مادران روش تغذیه با شیر مادر و چگونگی حفظ و تداوم شیردهی را (در صورت بیماری مادر یا شیرخوار، اشتغال مادر) نشان دهند و برای حل مشکلات شیردهی کمک و حمایت کنند.

به شیرخواران سالم در ۶ ماه اول عمر به جز شیر مادر و قطره ویتامین، هیچ گونه غذا یا مایعات دیگر مانند آب یا آب قند ندهند. (مگر در صورت ضرورت پزشکی)

برنامه هم اتاقی مادر و شیرخوار را در طول شبانه روز اجرا کنند و در بخش های اطفال تسهیلات لازم برای اقامت شبانه روزی مادران و نیازهای فیزیکی و عاطفی آنان را تامین نمایند.

مادران را به تغذیه برحسب میل و تقاضای شیرخوار با شیر مادر تشویق، کمک و حمایت کنند.

مطلقاً از بطری و پستانک (گول زنک) استفاده نکنند.

تشکیل گروه های حمایت از مادران شیرده را پیگیری نمایند و اطلاعاتی در مورد گروه های حامی و مراکز مشاوره شیردهی در اختیار والدین قرار دهند.

استاندارد پوشش کارکنان

نکته :

۱- دارا بودن کارت شناسایی عکس دار که روی سینه نصب شده و حاوی نام و نام خانوادگی و سمت فرد می باشد و از فاصله یک متری قابل خواندن است جهت کلیه پرسنل درمانی ، اداری ، پشتیبانی و خدماتی الزامی و جزء استاندارد پوشش کارکنان می باشد

۲- پوشیدن دمپایی جلو باز از هر نوع و شلوار غیر پارچه ای مغایر با استاندارد پوشش است .

۳- رعایت حجاب اسلامی ، عدم دارا بودن آرایش و زیورآلات نامتعارف و ناخن مصنوعی الزامی است .

پزشک :

آقایان : روپوش سفید ، شلوار مشکی

خانم ها : روپوش سفید ، مقنعه و شلوار مشکی

مترون :

آقایان : بلوز و شلوار سرمه‌ای ، سه نوار نقره ای بر روی لبه آستین یا جیب

خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه ای ، کفش سرمه ای یا مشکی ، سه نوار نقره ای بر روی لبه آستین

سوپروایزر :

آقایان : بلوز و شلوار سرمه‌ای ، دو نوار نقره ای بر روی لبه آستین یا جیب

خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه ای ، کفش سرمه ای یا مشکی ، دو نوار نقره ای بر روی لبه آستین

سرپرستار :

آقایان : بلوز و شلوار سرمه‌ای ، یک نوار نقره ای بر روی لبه آستین یا جیب

خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه ای ، کفش سرمه ای یا مشکی ، یک نوار نقره ای بر روی لبه آستین

کارشناس پرستاری :

آقایان : بلوز و شلوار سرمه‌ای ، کفش سرمه ای یا مشکی

خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه ای ، کفش سرمه ای یا مشکی

بهبیار :

آقایان : روپوش ، شلوار و کفش سفید

خانم ها : مقنعه ، روپوش ، شلوار ، جوراب و کفش سفید

کمک پرستار :

آقایان : روپوش و شلوار کرمی با نوار یاسی در محل جیب و یقه

خانم ها : روپوش و شلوار کرمی با نوار یاسی در محل جیب و یقه و مقنعه یاسی

پرسنل اتاق عمل :

داخل اتاق عمل :

آقایان : بلوز و شلوار سبز ، یک نوار نقره ای بر روی لبه آستین یا جیب

خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سبز ، یک نوار نقره ای بر روی لبه آستین

پرسنل بیهوشی و اتاق عمل :

آقایان : روپوش و شلوار سبز ، کفش مخصوص اتاق عمل
خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سبز ، کفش مخصوص اتاق عمل
خارج اتاق عمل :
سرپرستار :

آقایان : بلوز و شلوار سرمه‌ای ، یک نوار نقره‌ای بر روی لبه آستین یا جیب
خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه‌ای ، کفش سرمه‌ای یا مشکی ، یک نوار نقره‌ای بر روی لبه آستین
پرسنل بیهوشی / اتاق عمل :

آقایان : روپوش سفید و شلوار مشکی یا سرمه‌ای
خانم ها : روپوش سفید ، مقنعه و شلوار مشکی یا سرمه‌ای

کارشناس مامائی :

داخل اتاق زایمان :

روپوش و شلوار بنفش ، مقنعه مشکی ، کفش مخصوص بخش زایمان
خارج از اتاق زایمان :

روپوش سفید ، مقنعه و شلوار مشکی

کارشناس و کاردان آزمایشگاه :

آقایان : روپوش سفید و شلوار مشکی

خانم ها : روپوش سفید و شلوار و مقنعه مشکی

کارشناس و کاردان رادیولوژی :

آقایان : روپوش سفید و شلوار مشکی

خانم ها : روپوش سفید و شلوار و مقنعه مشکی

لندری :

آقایان : روپوش سفید و شلوار سفید

خانم ها : روپوش سفید و شلوار و مقنعه طوسی

: CSSD

آقایان : روپوش و شلوار سبز

خانم ها : روپوش و شلوار و مقنعه سبز

منشی / اپراتور :

آقایان : روپوش و شلوار قهوه‌ای

خانم ها : روپوش ، شلوار قهوه‌ای و مقنعه مشکی

خدمات :

آقایان : روپوش و شلوار طوسی با سر جیب و سر آستین آبی

خانم ها : روپوش و شلوار طوسی با سر جیب و سر آستین آبی ، مقنعه سرمه‌ای

راننده آمبولانس :

پیراهن فرم آبی و شلوار مشکی

تاسیسات :

آقایان : لباس فرم شرکت

نگهبان :

آقایان : پیراهن سفید دارای سردوش با ارم دانشگاه و آرم حفاظت فیزیکی روی یک بازو ، شلوار سرمه ای دارای یک نوار آبی هر دو طرف از کمر تا پایین

امحاء پسماند :

لباس فرم سرهمی

سایر پرسنل :

آقایان : پیراهن و شلوار پارچه ای
خانم ها : مقنعه ، مانتو و شلوار اداری

آئین نامه اخلاق حرفه ای (نحوه رفتار و پوشش حرفه‌ای) اعضای هیات علمی و فراگیران

این آئین نامه به صورت داخلی، در کمیته تیم مدیریت آموزش ، تحت نظارت ریاست محترم مرکز ، مسئول محترم واحد حراست و معاونت محترم آموزشی تهیه گردید. اجرای کلیه مندرجات آئین نامه توسط کلیه فراگیران و اعضای محترم هیات علمی شاغل در این مرکز لازم الاجرا بوده و رعایت مفاد آن توسط واحد آموزش فراگیران با نظارت معاون محترم آموزشی / مدیر گروه آموزشی مرکز مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

آئین نامه شامل ۱۰ بند به شرح ذیل می باشد:

۱- الزامات پوشش (پوشش حرفه‌ای) :

۱) کلیه پزشکان و فراگیران بالینی الزامیست در طول مدت حضور در محیط‌های درمانی بیمارستان از لباس فرم مخصوص به خود استفاده نمایند.

-لباس فرم باید به صورت پاکیزه ، مرتب و با دکمه‌های بسته بوده ، کوتاه و بدن نما نباشد. (پوشش غیرمتمعارف نباشد).

- پوشش در محیط بالینی - آزمایشگاهی خاص، مانند اتاق عمل و بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌بایست کاملاً بر طبق استاندارد تعریف شده در آن بخش و با رعایت حجاب و پوشش کامل اسلامی باشد.

۲) به دلیل افزایش انتقال عفونت ، آسیب به افراد ، تجهیزات و یا جلب توجه، استفاده از هرگونه آرایش و بلندی ناخن‌ها ممنوع است.

۳) پوشیدن جوراب به جهت حفظ بهداشت در محیط‌های آموزشی و بهداشتی ضروری است.

۴) به منظور کاهش صدمه به پا و پیشگیری از انتقال عفونت، کفش باید جلو بسته باشد.

۵) در محیط بالینی نصب کارت (اتیکت) شناسایی سمت چپ و بالای لباس فرم الزامی است. عکس و نام و نام خانوادگی، آرم دانشگاه، رشته و سمت باید به صورت متحدالشکل بر روی اتیکت ، بطوریکه قابل رؤیت باشد، نصب گردد.

۶) پوشیدن کفش جلو بسته، بدون صدا با پاشنه کوتاه و جوراب مناسب الزامی است

۷) از پوشیدن دمپایی در محیط های بالینی باید خودداری شود.

۸) از پوشیدن روپوش اتاق عمل ، خارج از اتاق عمل پرهیز کنند.

۹) برای دانشجویان خانم، استفاده از مقنعه با پوشش کامل موها و رعایت ضوابط شرعی، ضروری است.

۱۰) ظاهر افراد در محیط های آموزشی و درمانی باید بدون آرایش باشد.

۱۱) استفاده از زیورآلات آشکار-به استثنای حلقه ازدواج-مجاز نیست.

۱۲) ناخن ها باید کوتاه، مرتب و تمیز باشند.(داشتن لاک و ناخن مصنوعی مجاز نیست).

۱۳) استعمال عطر و ادکلن با بوی تند در محیط های آموزشی و درمانی مجاز نیست.

۲- مقررات انضباطی

۱) رعایت ثبت ساعات ورود و خروج در تایمکس طبق مقررات بیمارستان

۲) رعایت سلسله مراتب اداری

۳) معرفی خود جهت شروع کار به واحد کارگزینی «پزشکان» و جهت شروع ترم تحصیلی به واحد آموزش «فراگیران» و عدم حضور در بخش بدون معرفی نامه / کارت شناسایی

۴) عدم استفاده از تلفن همراه در مجاورت تجهیزات پزشکی الکترونیکی، اماکن استریل، بخش های ویژه و بالین بیمار.

۵) دانشجویان باید از ایجاد هرگونه اختلال به هنگام تدریس استاد و فراگیران خودداری نمایند، مصادیق اخلال در هنگام تدریس مانند:

- ورود به کلاس بعد از استاد

- خوردن و آشامیدن

- بلند صحبت کردن، خندیدن و ایجاد سروصدا

- جویدن آدامس

۶) استعمال انواع دخانیات در محیط های آموزشی و بالینی اکیدا ممنوع است.

۳- ارتباط با بیمار و همراهان

- (۱) شناسایی صحیح بیمار
- (۲) معرفی خود به بیمار
- (۳) در صورت عدم اشراف فراگیر یا متخصص به زبان بیمار از ابتدا از همراهان یا بستگان درجه اول به عنوان مترجم یا رابط استفاده شود.
- (۴) رعایت همجنس و یا همگون بودن حتی الامکان در غیر اینصورت با حضور فرد ثالث از بستگان یا همراهان.
- (۵) اختصاص وقت مناسب جهت مذاکره با همراهان در خصوص سیر بیماری و روند آن.
- (۶) در محیط های درمانی ، گفت و گو باید آرام و همراه با ادب باشد و از سرو صدای بلند در حضور بیماران باید پرهیز شود.
- (۷) دانشجویان و دستیاران باید اسرار بیماران را حفظ کنند.

۴- ارتباط با کارکنان و مسئولین

- (۱) معرفی خود به کارکنان
- (۲) رعایت سلسله مراتب اداری و سطوح مدیریتی
- (۳) رعایت شئون اخلاقی در ارتباط با کارکنان
- (۴) انعکاس و گزارش موارد مشکلات ارتباطی با کارکنان به مقام مافوق (معاون آموزشی مرکز ، مدیر پرستاری ، مسئول بخش مربوطه و.....)

۵- حفظ حریم خصوصی بیماران و همراهان

- (۱) معاینه بیمار در مکان مناسب (استفاده از پرده، پاروان، اتاق معاینه، طرح انطباق)
- (۲) معاینه در حضور پرسنل همگن یا همراه بیمار
- (۳) هنگام معاینه ، مراقبت پوشاندن سایر مناطق غیرضروری

۶- حفظ اطلاعات بیماران

- (۱) عدم صحبت راجع به اسرار بیمار در حضور سایر بیماران و همراهان و نیز عدم انتقال اطلاعات بدون هماهنگی و رضایت بیمار به سایرین
- (۲) عدم ارائه اطلاعات بیمار به جز خانواده درجه یک

۷- رعایت مقررات بخش مربوطه

- (۱) معرفی فراگیر پزشک به مسئول بخش
- (۲) الصاق اتیکت شناسایی
- (۳) احترام به پرسنل و مسئول شیفت
- (۴) پر کردن سربرگ پرونده‌ها هنگام نوشتن پرونده

۸- رعایت مقررات اداری

- (۱) ورود و خروج به بخش
- (۲) عدم مشاجره در بخش با پرسنل و همگروهان
- (۳) عدم استفاده از موبایل بر بالین بیمار
- (۴) مهر و تأیید هرگونه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی (دستورات پزشک ، شرح حال و)

۹- رعایت موازین شرعی

- (۱) پرهیز از خنده و شوخی بی‌مورد
- (۲) پرهیز از همراهی با جنس مخالف (همکار خانم و آقا)
- (۳) رعایت پوشش ، اخلاق حرفه ای و

۱۰- پاسخگویی به بیماران و همراهان

- (۱) معرفی خود به بیمار
- (۲) ارائه توضیحات لازم به بیمار «تکمیل فرم ضایع آگاهانه توسط پزشکان یا فراگیران»

❖ کلیه دانشجویان خارجی نیز ملزم به رعایت مفاد آیین نامه می باشند .

راهنمای الزامات نظام بیمه ای و درمانی

تعاریف:

بیمه: واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می‌رود.

بیمه گر: شرکت، سازمان یا موسسه ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرار داد ذکر شده است قرار می‌دهد.

بیمه شده: فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) میتواند از مزایای خدمات سلامت بهره مند گردد.

فرانشیز: قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.

سهم بیمه پایه: قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه این گونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می‌نماید.

تعرفه: نرخ خدمت یا کالای خاصی است که بر اساس ملاحظات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه یا تحصیل هدف مشخصی تعدیل می‌گردد.

بیمه گزار: شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه، خدمات معینی را بر اساس قرارداد منعقد با بیمه گر دریافت می‌نماید.

عواملی که منجر به کسورات می‌شود:

مخاطبین: پزشکان و فراگیران پزشکی مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده های بالینی

• نداشتن استحقاق درمان

• کامل نبودن شرح عمل، مشاوره ها و دستورات پزشکی توسط پزشک

• مهر و امضا رزیدنت سال ۱ و ۲ بر روی برگه مشاوره و ویزیت و.....

• درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جز اسناد مهم محسوب می‌شود و در صورت عدم درج زمان در شرح عمل ۱۰ درصد حق العمل جراح به صورت غیرقابل برگشت کسر می‌گردد.

• زمان شروع و اتمام بیهوشی و مدت زمان ماندگاری در ریکاوری می‌بایست حتما ثبت گردد.

- کلیه مستندات پرونده باید بدون خط خوردگی و با خودکار آبی یا مشکی درج گردد.
- در صورت وجود اشتباه در نگارش مستندات با درج لفظ **error** جمله باطل شده را مشخص کنید و بطوریکه کلمات قابل خواندن باشد، خط ابطال روی مستندات کشیده و از مخدوش کردن غیرقابل رویت مستندات خودداری کنید.
- دستورات پزشک باید صرفاً توسط رزیدنت سال سوم و بالاتر یا اتند مربوطه نگاشته شود.
- در صورتیکه دستور پزشک توسط اینترن یا رزیدنت سال اول و دوم درج گردد، حتماً باید توسط اتند مربوطه یا رزیدنت سال سوم، مهر و تأیید گردد.
- دستورات پزشک باید واضح، شفاف و بدون ابهام و خط خوردگی، با ذکر تاریخ و ساعت، قید گردد.
- مشاوره‌ها باید صرفاً توسط رزیدنت سال سوم و بالاتر یا اتند مربوطه نگاشته شود.
- مشاوره‌های منجر به جراحی برای جراح قابل محاسبه بوده اما ویزیت جراح انجام دهنده جراحی در پرونده‌های جراحی قابل درخواست و اخذ نخواهد بود.
- دستور درخواست انجام اقدامات پاراکلینیک باید به طور کامل نوشته شود. بطور مثال در دستور انواع سی تی اسکن می بایست اسپیرال یا غیراسپیرال بودن تصویر و چگونگی زاویه انجام و پوزیشن بیمار قید گردد.
- در دستورات رادیولوژی می بایست زاویه تصویر گرافی و پوزیشن بیمار قید گردد.
- در دستورات و آزمایشات در صورت استفاده از علائم اختصاری آزمایش در خصوص آزمایشات غیر روتین و جدید اصطلاح آزمایش به صورت کامل قید گردد.
- در صورت تداوم پروسه درمان قبلی لفظ **(RPO تکرار دستورات در انتهای هر دستور قید گردد)**.
- جهت اتمام یک دستور اعم از دارویی و غیر دارویی بایستی لفظ **D.C** در دستور مربوطه به طور واضح، قید گردد.
- شرح حال بیمار از زبان خود بیمار و شفاف و واضح قید گردد.
- ثبت کامل مشخصات سر برگ اوراق پرونده در هنگام نوشتن تمامی مستندات مربوطه اعم از: برگه‌های شرح حال، سیر بیماری، برگه دستورات پزشک، درخواست مشاوره، شرح عمل جراحی و کلیه پروسیجرهای انجام شده و سایر برگه‌های پرونده بالینی الزامیست.
- جهت کلیه پروسیجرهای انجام شده مانند **L.P**، سونداژ، **NG tube** و... نوشتن برگه شرح عمل الزامیست.
- نوشتن کامل گزارش اقدام انجام شده و قید تک تک موارد بررسی شده در تمامی گزارشات ضروریست. (به عنوان مثال؛ در **Report** سونوگرافی شکم و لگن می بایست کلیه اعضاء بررسی شده در **Report** سونوگرافی قید گردد حتی موارد نرمال).
- کد های عمل جراحی و بیهوشی (پایه و تعدیلی) طبق کتاب ارزش نسبی وارد گردد.

• کد های عمل جراحی و بیهوشی به دلیل بررسی های بالینی ناظرین بیمه بایستی مطابق شرح عمل بوده و از بکارگیری کد های نامرتب و اضافه جهت جلوگیری از کسورات خودداری گردد.

• کد های تعدیلی بیهوشی صرفاً در موارد دارای اندیکاسیون قید گردد به عنوان مثال کد اورژانس فقط در مواردی قید گردد که تأخیر عمل جراحی خطر جانی جهت بیمار به همراه دارد.

• از بکارگیری کد های با عنوان عمل مستقل به عنوان کد دوم در کد های جراحی خودداری گردد.

• در صورت وجود بستری شدن بیمار در اتاق های ایزوله دلیل ایزوله شدن بیمار باید در پرونده در قسمت دستورات پزشک ذکر شود .

درصد کد های جراحی طبق پروتکل اعلامی وزارت بهداشت به شرح ذیل رعایت گردد:

➤ پروتکل فعلی شامل؛

• ۱۰۰٪ کد اول برش از یک محل

• ۵۰٪ کد دوم

• ۲۵٪ کد سوم

• ۱۰٪ کد چهارم

➤ جهت برش از محل جداگانه

• ۱۰۰٪ کد اول

• ۸۰٪ کد دوم

• ۵۰٪ کد سوم

• ۲۵٪ کد چهارم

• ۱۰٪ کد پنجم می باشد.

• در خصوص اینکه جراح مسئول بیمار به هر علت نیاز به کمک جراح داشته باشد ۲۰ درصد به ارزش نسبی نهایی با رعایت شرایط ذیل اضافه می گردد.

-در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح به رزیدنتهای سال ۳ و بالاتر و اتند دوم تعلق می گیرد.

لیست اعمال جراحی که نیاز به کمک جراح دارد توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اعلام خواهد شد و تا زمان اعلام لیست ، خدمات زیر K ۳۰ مشمول این کد تعدیلی نمی باشند . بدیهی است جهت خدماتی که براساس عملکرد گذشته مراکز درمانی کمک جراح درخواست نمی شده است این کد قابل گزارش و محاسبه نمی باشد.

• گزارش پرستاری باید کاملاً مستند و از نوشتن گزارشات کلیشه ای خودداری گردد.

- در گزارش پرستاری از خودکار آبی یا مشکی بدون خط خوردگی استفاده گردد.
- گزارش پرستاری شامل حال عمومی بیمار و کلیه و کلیه مشاهدات و اقدامات انجام شده پرستار در حین شیفت از بیمار باشد.
- کلیه دستورات پزشک باید ممهور به مهر باشد.
- کلیه دستورات باید توسط پرستار شیفت با خودکار رنگ متضاد دستور چک و شماره گذاری و با امضاء و تاریخ و مهر پرستار مربوطه چک گردد.
- دستورات تلفنی پزشک باید در گزارش پرستاری با تأیید نفر دوم شیفت قید گردد.
- دستورات تلفنی پزشک باید در اسرع وقت در برگه دستورات پزشک توسط پزشک مربوطه درج گردد.
- در صورت احیاء قلبی ریوی بیمار باید کلیه اقدامات احیاء در دستورات پزشک درج گردد.
- ضروریست مدت زمان انجام احیاء با قید ساعت و تاریخ در برگه دستورات پزشک قید گردد.
- در خصوص تجویز داروهای گران قیمت مانند ؛ **IVIG**، سورفکتانت و ... بایستی مستندات مربوط به تشخیص بیماری (اندیکاسیون) ضمیمه پرونده باشد و ضمائم و مدارک مربوط به این تجویز دارو به صورت واضح میزان تجویز و نحوه تجویز ذکر گردد و حتما بررسی گردد که اصالت دارو در سیستم **HIS** و داروخانه تأیید شده باشد و باید مهر و امضاء زنده اتند را دارا باشد.
- چک داروها و لوازم مصرفی از نظر تعداد غیر معارف و اصالت دارو ها و لوازم حتما گرفته شود و در صورت عدم دریافت اصالت با واحد داروخانه چک گردد .
- تعداد آزمایشات ، گرافی ها ، سونوگرافی ها و ... تعداد در خواست پزشک و تعداد انجام شده چک گردد . تمامی مستندات پرونده باید دقیقاً براساس زمان انجام در پرونده چیده شود . در صورت اعزامی بودن خدمت باید به صورت ارجاعی ثبت گردد برگه تعرفه باید گذاشته شود . کلمه ارجاعی جلوی دستورات پزشک باشد .
- تمامی مستندات پرونده باید مهر و امضاء زنده ی پزشک مرتبط با خدمت انجام شده را دارا باشد و در قسمت های درمانی باید مهر و امضاء زنده پزشک ویزیت کننده یا معالج را دارا باشد.
- براساس مصوبه اعلام شده از طرف سازمانهای بیمه، نسخه نویسی با استفاده از برگه های دفترچه یا سر برگ مراکز جهت ویزیت یا درخواست های پاراکلینیک تا پایان آذر ماه ۱۴۰۰ مجاز و قابل استفاده بوده و از ابتدای دی ماه ۱۴۰۰ کلیه مراکز بهداشتی درمانی می بایست نسخ درمانی را به صورت تمام الکترونیک با اخذ کد رهگیری انجام دهند و سازمانهای بیمه تعهدی برای پرداخت نسخ غیر الکترونیک بعد از تاریخ یاد شده نخواهند داشت. این دستورات عمل جهت هماهنگی های لازم و اجرای موارد فوق می باشد.
- لازم به ذکر است که پیرو دستورالعمل فوق با همکاری و هماهنگی واحد درآمد با سازمانهای بیمه، تسهیلات لازم جهت تسریع در اخذ کد نسخ الکترونیک برای کلیه فراگیران واجد شرایط امکانپذیر می باشد.

مستندسازی فرم‌ها در پرونده‌های پزشکی

پرونده پزشکی بیمار زمانی می‌تواند پاسخ‌گوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد که اطلاعات آن از کیفیت لازم برخوردار باشند و این موضوع دقیقاً وابسته به کیفیت یادداشت‌ها و محتویات داخل پرونده است که توسط مستندسازان ثبت می‌شود. تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم‌های مذکور می‌توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد. بنابراین با توجه به استانداردهای کشوری در زمینه مستندسازی پرونده‌ها و الزام رعایت آن توسط گروه‌های مستندساز، با هدف استاندارد سازی فرایند مستندسازی و آگاهی از اصول آن به عنوان یک نیاز مهم قانونی و حرفه‌ای برای کلیه مستندسازان، خط‌مشی و راهنمای داخلی مستندسازی فرم‌های پرونده پزشکی در مرکز آموزشی درمانی تخصصی و فوق تخصصی کودکان اکتاتان تهیه و تدوین شده است.

اصول کلی مستندسازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی:

به طور کلی در مستندسازی فرم‌های پرونده‌های پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است. گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف) مسنولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)، ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)، پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت‌های پرستاری) و ت) سایر گروه‌های مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی و ...)

اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی) به شرح ذیل می‌باشد:

۱- کلیه فرم‌های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

۲- از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

۳- اطلاعات سر برگ فرم‌های (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و...) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

۴- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستندساز تأیید و تصدیق گردد.

۵- در تمامی گزارش‌ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.

۶- مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند. بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستندسازی استفاده نشود.

۷- مستندات و ثبتیات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان‌ها و گفته‌های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

۹- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود. (خصوصاً برگه گزارش عمل جراحی)

۱۰- کلیه مستندات بایستی واضح ، مداوم و پیوسته باشد . رعایت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

۱۱- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد . ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود Error و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۲- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد . منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

۱۳- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود

۱۴- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیربیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

۱۵- اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد . گزارشهای مشاوره، آزمایشگاه و رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است ، نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشها پیگیری ثبت گردد.

۱۶- در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۷- کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی مستندسازی فرم ها در پرونده پزشکی :

بررسی پرونده ها از دو جنبه کمی و کیفی در صورت امکان پیش از ترخیص و نهایتاً ۴۸ ساعت پس از ترخیص بیمار. لازم به ذکر است نواقص پرونده ها نهایتاً تا ۱۴ روز پس از ترخیص باید برطرف شوند.

**امید داریم که لحظاتی پر از موفقیت ، سرشار از
علم اندوزی و مهربانی را با هم بگذرانیم.**

با سپاس

معاونت آموزشی مرکز آموزشی درمانی اکباتان