

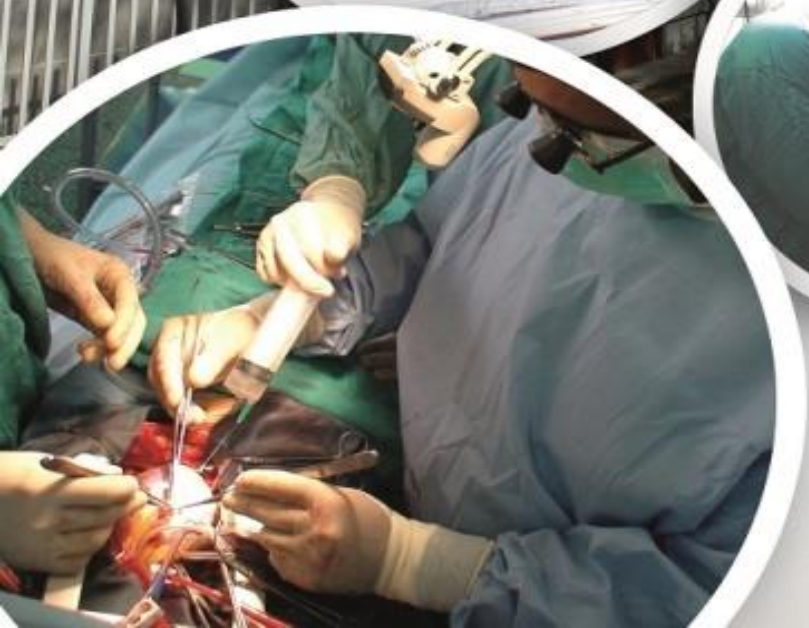


فصلیه علوم پزشکی
مدرسه پزشکی دانشگاه شهید مدنی شیراز



مرکز آموزش و پژوهش
Shariati Medical
Research Training Center

کتابچه خط مشی های مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی



گردآوری شده:
دقت بهبود کیفیت مرکز

فهرست خط مشی ها در استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۸

ردیف	محور	شماره سنجه	عنوان خط مشی	صفحه کتاب	صفحه
فهرست					
۱	رهبری و مدیریت کیفیت	الف-۱-۶-۸	تدوین خط مشی و روش "مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت"	۲۰	۳
۲	مدیریت خطر حوادث و بلایا	الف-۲-۵-۱	تدوین خط مشی و روش "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران"	۵۶	۶
۳	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف-۵-۵-۷	تدوین خط مشی و روش "کنترل و صیانت از پروندههای بالینی در نقل و انتقال بین بخشها /واحدها"	۸۸	۸
۴	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۳-۶	تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی	۱۱۸	۱۰
۵	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۳-۷	تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی	۱۱۸	۱۲
۶	مراقبتهای حاد و اورژانس	ب-۲-۱-۳	تدوین خط مشی و روش "مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"	۱۴۴	۱۴
۷		ب-۲-۱-۴	تدوین خط مشی و روش "نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه"	۱۴۴	۱۶
۸		ب-۲-۵-۴	تدوین خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری"	۱۵۲	۱۹
۹	حمایت از گیرنده خدمت	ج-۱-۱-۷	تدوین خط مشی و روش "نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار /خانواده /مراجعه کننده"	۲۱۳	۲۱
۱۰	گیرنده خدمت	ج-۱-۵-۱	تدوین خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان با حداقلهای مورد انتظار	۲۱۹	۲۴

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناشی از ارائه خدمات / مراقبت

شماره ویرایش: ۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

کد سند: M/Pol/1
تعداد صفحه: ۱ از 3

تعاریف :

Nevrer event = هرگز نباید اتفاق بیفتد

No harm = خطای بدون آسیب

Near missed = نزدیک به وقوع آسیب

Sentinel event = منجر به آسیب

FMEA = تکنیک تجزیه و تحلیل (شناسایی) حالات بالقوه خطا و آثار آن با هدف پیشگیری از وقوع (آینده نگر) ،

RCA = تحلیل علل ریشه ای وقایع و اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی (گذشته نگر)

خط مشی :

این مرکز با روشهای گزارش گیری خطا ، RCA ، FMEA جهت پیشگیری از وقوع خطا ، تلاش می نماید تا محیط آرام و امن و بدون عارضه برای بیماران فراهم نماید تا خدمات سلامت ارائه نماید .

صاحبان فرآیند و ذینفعان: پرسنل درمانی و بیماران

دامنه خط مشی: بخشهای درمانی و پاراکلینیکی

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول فنی/ایمنی

روش اجرای خط مشی:

۱. سرپرستار یا مسئول بخش یا واحد موارد غیر ایمن بخش یا واحد خود را شناسایی نمایند (FMEA) و با مدیر خدمات پرستاری و مسئول فنی دفتر بهبود کیفیت مکاتبه مینمایند.
۲. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عوامل بروز خطاها را از بخش ها و واحدها جمع آوری ، جمع بندی و دسته بندی نماید .
۳. رئیس بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسه ای موارد اعلامی (شناسایی موارد غیر ایمن) از طرف بخش های مربوطه را به روش های fmea تحلیل می نمایند .
۴. رئیس بهبود کیفیت گزارش تحلیل fmea را به تیم رهبری و مدیریت گزارش و بعد از اخذ مجوز جهت اجرایی نمودن تصمیمات ، در بخش ها ابلاغ می نماید .
۵. پزشکان و پرسنل بخشهای درمانی و پاراکلینیکی ، گزارش خطا که از نظر شدت آسیب به بیمار Sentinel event بوده بلافاصله در فرم مخصوص خطا ثبت نموده و به سوپروایزر کشیک و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع می دهند .
۶. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با هماهنگی جلسه RCA تشکیل می دهد .

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناشی از ارائه خدمات / مراقبت

کد سند: M/Pol/1

شماره ویرایش: ۱

تعداد صفحه: 2 از 3

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

۷. کلیه اعضا دعوت شده به جلسه RCA جهت بارش افکار جهت شناسایی عوامل دخیل در خدمت یا مراقبت در جلسه شرکت می نمایند .
۸. اعضای ثابت کمیته مرگ و میر ، بعد از شناسایی علل ریشه ای خطا ، اقدامات پیشگیرانه ، برای پیشگیری از تکرار واقعه تدوین می نمایند .
۹. دبیر کمیته مرگ و میر مصوبات جلسات پیشگیری کننده را در مدت زمان تعیین شده ارزیابی ، پایش و گزارش می نماید .
۱۰. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موارد عدم انطباق را به تیم مدیریت و رهبری گزارش می نمایند .
۱۱. مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سناریوهای گزارشات خطای ماهانه و نتیجه RCA های انجام شده در مرکز با فرمت مخصوص اشتراک گذاری ، جهت درس گیری از خطا و پیشگیری از تکرار موارد مشابه به بخشها ارسال می نماید .
۱۲. خطاهای تحویلی پرتکرار منجر به عارضه نیز بصورت هفتگی جمع بندی شده و همچنین تحلیل گزارشات خطاهای مرکز جهت آگاهی کادر درمانی از روند گزارش دهی خطا در جلسات هفتگی Learn & Share به اشتراک گذاشته می شود .
۱۳. جلسه مشترک بین مسئول فنی / ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مدیریت خطر و مسئول بهبود کیفیت و مسئول مربوط مانند مدیر پرستاری، مسئول تجهیزات پزشکی، مدیر دارویی و .. ، موضوعات پیشنهادی با محوریت مسئول فنی / ایمنی پیشنهاد و تصویب، برنامه ریزی و اجرا می شود .
۱۴. پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول مربوط از جمله مدیر پرستاری، تجهیزات پزشکی، دارویی و سایر است و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید .

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناشی از ارائه خدمات / مراقبت

شماره ویرایش: ۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

کد سند: M/Pol/1
تعداد صفحه: 3 از 3

امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

پایش و ارزیابی خطا و عدم تکرار موارد مشابه

منابع / مراجع : کتاب استانداردهای ایمنی ویرایش چهارم

جدول اسامی:

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
دبیر کمیته مرگ و میر	سوسن یگانه	رئیس بهبود کیفیت	علیرضا واحدپور
کارشناس ایمنی	حکیمه پاکروی	مدیر خدمات پرستاری	محمدعلی شیخ علیزاده
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

شماره ویرایش: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: 98/10/25

کد سند: M/Pol/2
تعداد صفحه: ۱ از ۲

تعاریف :

در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه، توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی (مانند مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری) در شرایط بحران برای کلیه بیماران .

خط مشی : تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
صاحبان فرآیند و ذینفعان:

دامنه خط مشی: کلیه بیمارستان

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی:

مدیر بیمارستان، ریاست بیمارستان، رئیس بهبود کیفیت، مسئولین بخشها و واحدها، دبیر کمیته بحران و بلایا

بخشها و واحدهای حیاتی بیمارستان:

بخشهای حیاتی بیمارستان شامل: آنژیوگرافی، اتاق عمل، اورژانس، بخشهای ویژه مثل ICU و CCU، آزمایشگاه، رادیولوژی، می باشد.

لازم است لیستی از خدمات ضروری و بخشهای حیاتی بیمارستان در اختیار کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا قرار گرفته و از دسترسی به اقلام ضروری و حیاتی مورد نیاز برای تداوم خدمات در این بخشها در هر شرایط و موقعیتی اطمینان حاصل شود. منابع مورد نیاز بغیر از فضای فیزیکی آب، برق، اکسیژن و سوخت بایستی برای ۷۲ ساعت تامین شود. مسئولین کلیه واحدها علی الخصوص آنژیوگرافی، اتاق عمل، اورژانس، بخشهای ویژه، آزمایشگاه، رادیولوژی از در دسترس بودن تجهیزات پزشکی کافی و جایگزین حتی الامکان برای ۷۲ ساعت اطمینان حاصل شود.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

تجهیزات و لوازم پزشکی جهت انجام آنژیوگرافی و سایر پروسیجرها، انواع مانیتورها و DC SHOCK ها، داروهای احیا، اتاق عمل مجهز و سیار، تفاهم نامه ها، چک لیست های کنترلی واحد تأسیسات و سایر اقلام ضروری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

روش اجرایی:

- ۱- ریاست بیمارستان لیست تمامی خدماتی که در بیمارستان انجام می شود را در اختیار دارد و بر اساس نیاز آنها را اولویت بندی می کند.
- ۲- ریاست بیمارستان در لیست مذکور خدمات اساسی بیمارستان (یعنی آنهایی که باید در همه زمین در هیر شیرایینی نییز در دسیترس باشند) را مشخص می نماید.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

کد سند: M/Pol/2

شماره ویرایش: ۲

تعداد صفحه: ۲ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: 98/10/25

۳- ریاست بیمارستان جهت تعیین منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تأمین آن ها بخصوص برای ریزه های دارای شرایط بحرانی و سایل و رده های های آسیب پذیر (مانند کودکان، افراد مسن و از کار افتاده) در شرایط عادی با همکاری دبیر کمیته مدیریت خطر و بلایا تفاهم نامه هایی باموضوع های مختلف (از جمله تأمین نیروی انسانی، تأمین تجهیزات پزشکی، تیامین آمیبیون، تأمین پزشک متخصص جراح، تأمین وسایل ررمایشی و سرمایشی، خدمات آزمایشگاهی و ...) با ارگان های داخلی شهرستان و بیمارستان های معین امضاء می کند.

۴- ریاست بیمارستان جهت اطمینان از وجود داروهای حیاتی در زمان بحران تفاهم نامه ای با هلال احمر امضاء می نماید.

۵- ریاست بیمارستان جهت حصول اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا در شرایط عادی چک لیست هایی برای کنترل وجود ذخیره آب در منبع آب، سوخت گازوییل برای ژنراتور، وجود کپسولهای اکسیژن پر در انبار تأسیسات طراحی و در اختیار مسئول تأسیسات قرار می دهد و به صورت راندوم بر کار وی نظارت می کند.

۶- ریاست بیمارستان قدرت نگهداری ۴ جسد به مدت ۲۴ ساعت دارد و مسئولیت نگهداری اجساد زیر ۲۴ ساعت بر عهده بیمارستان است.

۷- ریاست بیمارستان جهت حصول اطمینان از دفع ضایعات خطرناک بیمارستانی، دستگاه امحاء زباله را فعال نگه می دارد.

منابع / مراجع :

مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت د حوادث و بلایا / تألیف دکتر حمید رضا خانکه ۱۳۹۳.

جدول اسامی:

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
		دبیر کمیته بحران و بلایا	حسنعلی لطف اللهی
		رئیس اداره بهبود کیفیت	علیرضا واحدپور
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها و واحدها

کد سند: M/Pol/3

تعداد صفحه: ۱ از ۲

شماره ویرایش: ۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعاریف :

خط مشی : نگهداری و صیانت از پرونده بیماران و اطلاعات بالینی (فیزیکی و الکترونیکی) و توجه به اهمیت موضوع در زمان انتقال بین بخشها با مشارکت صاحبان فرآیند از اهم سیاستهای بیمارستان می باشد.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: پزشکان، پرستاران، کارکنان واحد فناوری اطلاعات سلامت و مسئولین سایر بخشها

دامنه خط مشی: بخشهای بالینی، پاراکلینیکی، فناوری اطلاعات سلامت، ترخیص و درآمد

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول واحد فناوری اطلاعات سلامت، سرپرستاران، مسئول ترخیص و درآمد

روش اجرای خط مشی:

بخشهای بالینی:

- ۱- مسئول بخش پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) را در دسترس افراد غیرمجاز قرار ندهد.
- ۲- مسئول بخش جهت انتقال پرونده از فرد یا افراد قابل اعتماد استفاده نماید.
- ۳- مسئول بخش اجازه ندهد پرونده توسط بیمار یا همراه بیمار از بخش خارج شود.
- ۴- مسئول بخش سوابق قبلی بیماران بستری در بخش را که از بایگانی تحویل گرفتند حداکثر ظرف ۴۸ ساعت عودت نماید.

ترخیص و درآمد:

- ۱- مسئول واحد ترخیص طبق لیست ترخیصها پرونده ها را تحویل بایگانی مدارک پزشکی می دهد.
- ۲- مسئول واحد ترخیص درخواست هر پرونده را با ارائه رسید کتبی از بایگانی تحویل می گیرد.
- ۳- کارکنان واحد ترخیص و درآمد هیچ پرونده ای را بدون اطلاع بایگانی به غیر تحویل نمی دهند.
- ۴- مسئول واحد ترخیص، نظارت لازم بر نگهداری از پرونده ها(بویژه پرونده فوتی) را تا اتمام مراحل رسیدگی بیمه بعمل می آورد.

بایگانی مدارک پزشکی:

- ۱- مسئول بایگانی طبق لیست پذیرش ها باید موجودیت پرونده ها را در بایگانی بررسی نماید.
- ۲- مسئول بایگانی فقط با اخذ رسید کتبی معتبر پرونده را به سایر بخش یا واحدها تحویل می دهد.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها و واحدها

کد سند: M/Pol/3
تعداد صفحه: ۲ از ۲

شماره ویرایش: ۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

۳- مسئول بایگانی پیگیربهای لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را بصورت مستمر، انجام می دهد.

۴- مسئول بایگانی از دستورالعمل وزارتی در تمامی مراحل بایگانی و ارائه اطلاعات پیروی می نماید.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

منابع / مراجع :

آیین نامه ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی

جدول اسامی:

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
		مسئول فناوری اطلاعات سلامت	مجید جودی
		مسئول سپاس	زینب امن زاده
		مسئول بایگانی	شهناز خانمحمدی
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(روش اجرایی مدون)



عنوان روش اجرایی مدون: استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی (دارویی)

شماره ویرایش: ۳	کد سند: M/Pro/4
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	تعداد صفحه: ۱ از ۲

تعاریف: مهار شیمیایی به معنای استفاده از داروهای خاص جهت کاهش بیقراری و افزایش همکاری بیمارانی است که نیاز به مراقبت های طبی و درمانی دارند.

هدف: حفظ ایمنی بیماران و اجتناب از آسیب بیمار به خود

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کارکنان - بیماران

دامنه روش اجرایی مدون: بخشهای بستری و پاراکلینیکی

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک و پرستار مسئول اجرای روش اجرایی، رئیس بخش و سرپرستار بخش مسئول نظارت بر اجرای روش اجرایی می باشند. شیوه انجام کار:

- ۱- پرستارمسئول بیمار،بیمار را از نظر نیاز به مهار (فیزیکی/ شیمیایی) ارزیابی کرده و به پزشک معالج اطلاع دهد.
- ۲- پزشک معالج پس ازویزیت و ارزیابی بیمار، دستوراستفاده از دارو جهت مهار شیمیایی بیمار، دوز ، راه مصرف و مدت محدود استفاده ازآن را دربرگ دستورات ثبت نماید.
- ۳- پرستارمسئول بیمار ،دستور پزشک مبنی بر استفاده از دارو جهت مهار شیمیایی بیمار را چک کرده و درکاردکس ثبت نماید.
- ۴- پرستار مسئول بیمار ، در صورت هوشیار و اوربانته بودن بیمار ، دلیل استفاده از دارو را به او توضیح دهد.
- ۵- پرستار مسئول بیمار دستور دارویی داده شده را مطابق استاندارد مربوطه اجرا نماید.
- ۶- سرپرستار/ پرستار مسئول شیفت، تمهیدات لازم جهت بستری بیمار، در تخت و اتاق مناسب (در معرض دید) را مهیا کند.



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(روش اجرایی مدون)



عنوان روش اجرایی مدون: استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی (دارویی)

شماره ویرایش: ۱	کد سند: M/Pro/4
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	تعداد صفحه: ۲ از ۲

- ۷- پرستار مسئول بیمار ، ضمن بالا کشیدن نرده های کنار تخت ، محیط بی سر و صدا و آرامی را برای بیمار فراهم سازد.
- ۸- پرستار مسئول بیمار ، بیمار را درطول شیفت مرتباً از نظر علائم حیاتی، افت سطح اکسیژن خون شریانی و عوارض احتمالی نظیر افت فشارخون ، برادیکاردی ، هذیان و... ارزیابی کرده و هریک ساعت ثبت نموده و در صورت نیاز به پزشک مربوطه گزارش نماید.
- ۹- پرستار ، نام، دوز و راه مصرف داروی استفاده شده برای مهار شیمیایی بیمار و علت ، مدت و نتیجه مصرف آن را در گزارش پرستاری ثبت نماید .
- ۱۰- پزشک معالج بیمار، علت استفاده از داروی استفاده شده برای مهار شیمیایی رادبرگ سیریماری ثبت نماید.
- مستندات مرتبط: دستورالعمل داروهدی ، شرح حال ، سیریماری ، گزارش پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی مدون: پایش منظم عملکرد تیم درمانی توسط روءسای بخش ، سرپرستاران

منابع / مراجع :

۱- راهنمای بالینی پرستاری - زیر نظر اعظم گیوری - ۱۳۸۸

۲- تجارب بیمارستانی

۳- استانداردهای اعتباربخشی ویرایش سوم

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
رئیس اداره بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	علیرضا واحدپور	مدیر خدمات پرستاری	محمد علی شیخ علیزاده
سرپرستار جراحی مردان	رقیه پور علی	سوپروایزر بالینی	سعیده رنجبر
سرپرستار ICU1	رقیه زاهدی	مدیر تختههای مرکز	دکتر محمد رضا تابان
سرپرستار ccu3	قمر السادات فقیه	سوپروایزر آموزشی	مرضیه حسین زاده
سرپرستار ICU2	فاطمه کریمی	سرپرستار ccu2	آذر متین پور
کارشناس مسئول ایمنی	حکیمه پاکروی		
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر تختههای مرکز	دکتر تابان



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(روش اجرایی مدون)



عنوان روش اجرایی مدون: استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی

کد سند: M/Pro/5

شماره ویرایش: ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تعاریف: مهار فیزیکی به معنای استفاده از ابزار و وسایل جهت محدود کردن بیماران بیقرار می باشد.

هدف: حفظ ایمنی و جلوگیری از صدمه احتمالی بیمار، به خود و کارکنان

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کارکنان، بیماران، همراهان

دامنه روش اجرایی مدون: بخشهای بالینی

مسئولیت ها و اختیارات: پزشک و پرستار مسئول اجرای روش اجرایی، رئیس بخش و سرپرستار بخش مسئول نظارت بر اجرای روش اجرایی می باشند.

شیوه انجام کار:

- ۱- پزشک دستور استفاده از مهار فیزیکی و مدت محدود آن را در برگ دستورات ثبت نموده و در صورت نیاز، پس از ویزیت مجدد، آن را تمدید نماید.
- ۲- پرستار دستور پزشک مبنی بر استفاده از مهار فیزیکی و مدت محدود آن را چک نموده و در کاردکس ثبت نماید.
- ۳- پرستار مشخصات بیماری که قرار است تحت مهار فیزیکی قرار گیرد را به کمک بهیار بخش اطلاع دهد.
- ۴- کمک بهیار باید ریل تخت بیماران بیقرار را بالا بکشد.
- ۵- کمک بهیار بخش بیمار را با مچ بند شناسایی، شناسایی نموده و دستبند پارچه ای را تحت نظر پرستار (در دو دست و دو پا) ببندد.
- ۶- پرستار بیمار، در صورت هوشیار بودن بیمار، دلیل استفاده از مهار فیزیکی را به او توضیح دهد
- ۷- سرپرستار/ پرستار مسئول شیفت، تمهیدات لازم جهت بستری بیمار، در تخت و اتاق مناسب (در معرض دید) را مهیا کند.
- ۸- پرستار و کمک بهیار، بیمار تحت مهار فیزیکی را طی هماهنگی با سرپرستار /مسئول شیفت در معرض دید بستری نمایند.
- ۹- پرستار مسئول بیمار، بیمار را هر یکساعت از نظر رفع نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی نموده و به پزشک مربوطه گزارش دهد
- ۱۰- پرستار و کمک بهیار بخش، بیمار را مرتباً در طول شیفت، بررسی و ارزیابی کنند (مخصوصاً از نظر اندامهای تحت فشار و پوزیشن بیمار).
- ۱۱- پزشک معالج بیمار، نوع مهار فیزیکی و مدت آن را با ذکر دلیل در برگ سیر بیماری ثبت نماید.
- ۱۲- پرستار، نوع مهار فیزیکی و مدت آن را با ذکر دلیل، در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار، در صورت طولانی بودن زمان استفاده از مهار فیزیکی، جهت استفاده از تشک مواج در تخت بیمار اقدام نماید.



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(روش اجرایی مدون)



عنوان روش اجرایی مدون: استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی

شماره ویرایش: ۲	کد سند: M/Pro/5
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	تعداد صفحه: ۲ از ۲

مستندات مرتبط:

- ۱- ابزارهای مهار فیزیکی (کمربند، دستکش، مچ بند نرم و...) متناسب با بیماران، تشک موج
 - ۳- تخت بیمار، ساید ریل با کارکرد مناسب
- نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی مدون: پایش مرتب عملکرد تیم درمانی توسط رئیس بخش / سرپرستار بر منابع / مراجع:

۱- کتاب کمک بهیاری. اداره پرستاری وزارت بهداشت و درمان ۱۳۸۸

۲- تجارب بیمارستانی

۳- سنجه های اعتبار بخشی ملی ویرایش چهارم

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
مسئول بهبود کیفیت	علیرضا واحدپور	مدیر خدمات پرستاری	محمد علی شیخ علیزاده
سرپرستار جراحی مردان	رقيه پور علی	سوپروایزر بالینی	سعیده رنجبر
سرپرستار ICU1	رقيه زاهدی	مدیر تختهای مرکز	دکتر محمد رضا تابان
سرپرستار ccu3	قمر السادات فقیه	سوپروایزر آموزشی	مرضیه حسین زاده
سرپرستار ICU2	فاطمه کریمی	سرپرستار ccu2	آذر متین پور
		کارشناس مسئول ایمنی	حکیمه پاکروی
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر تختهای مرکز	دکتر محمد رضا تابان



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد سند: M/Pol/6

شماره ویرایش: ۱

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعاریف: منظور از مراقبتهای حاد در محور مراقبت و درمان، مراقبتهای مورد نیاز بیمارانی است که بصورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قلبی آنها شرایط بحرانی بروز می نماید. از این منظر تداعی کننده مراقبت های اورژانس نیز می باشد. این نوع مراقبتهای جهت رسیدگی فوری و بموقع برای حفظ و پایداری وضعیت حیاتی بیمار صورت می پذیرد، منظور از بیماران حاد در این خط مشی، بیماران در انتظار پذیرش بخش مراقبتهای ویژه می باشند که در حال حاضر در بخشهای غیر ویژه یا اورژانس بستری می باشند.

بیانیه سیاست/خط مشی: برای ارائه خدمات مناسب به بیماران حاد و پیشگیری از هرگونه عوارض ناخواسته احتمالی، لازم است بیماران فوق در اولویت اول در بخشهای ویژه بستری شوند (در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش های ویژه، طبق نظر مدیر تخت مرکز اقدام خواهد شد)، پزشک معالج یا رزیدنت لازم است بیمار را در اسرع وقت ویزیت نموده و اقدامات درمانی لازم را قبل از انتقال بیمار به بخش ویژه شروع نماید. همچنین لازم است مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ از نظر سطح هوشیاری، علائم حیاتی، فشارخون متوسط شریانی، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی و ریتم قلبی بصورت مستمر صورت گرفته و در صورت ایجاد تغییرات به پزشک معالج یا رزیدنت اطلاع داده شود. در بخش های غیر ویژه لازم است امکانات و تجهیزات مرتبط با مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم موجود بوده و بخش های پشتیبان نیز مشخص باشد.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: پرسنل درمانی

دامنه خط مشی: بخش های بستری - اورژانس - اکو- آندوسکوپی - آزمایشگاه تنفسی- دیالیز و بخشهای سرپایی دارای پزشک و پرستار
فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: روسای بخش ها

روش اجرای خط مشی:

۱. پزشک معالج بیمار / رزیدنت در برخورد با بیماران حاد در بخش های غیر ویژه (مطابق دامنه خط مشی) بلافاصله بیمار را ویزیت و مداخلات لازم قبل از انتقال بیمار به بخش ویژه را شروع می نماید.
۲. پرستار مسئول بیمار، بیمار را از نظر شاخص های فیزیولوژیک شامل: علائم حیاتی، فشار خون متوسط شریانی، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی به فواصل ربع تا یک ساعت بر اساس وضعیت بیمار تحت نظر قرار می دهد و ریت و ریتم قلبی بیمار بطور مداوم مانیتورینگ می شود و هرگونه موارد غیر طبیعی را ثبت نموده و سریعاً به پزشک مربوطه گزارش می دهد.
۳. پزشک معالج بیمار در برخورد با بیماران حاد، هماهنگی لازم جهت انتقال بیمار به بخش ویژه را انجام داده و در صورت عدم وجود تخت در بخش های ویژه، با مدیر تخت های مرکز هماهنگ می شود.
۴. مدیر تخت های مرکز در صورت عدم وجود تخت در بخش های ویژه جهت انتقال بیماران حاد با پزشکان بخش جهت انتقال بیماران و فراهم نمودن تخت هماهنگی لازم را انجام می دهد.
۵. پرسنل درمانی، مانیتورینگ و اقدامات درمانی - مراقبتی را تا لحظه تحویل بیمار به بخش ویژه بصورت مداوم انجام می دهند.



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد سند: M/Pol/6

شماره ویرایش: ۱

تعداد صفحه: ۲ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵



امکانات و تسهیلات مورد نیاز: دستگاه مانیتورینگ- فشارسنج- ترمومتر- پالس اکسی متری و توالی احیا
نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش: ۱- ارزیابی عملکرد پرستار توسط سرپرستار و ارائه بازخورد لازم
۲- ارزیابی عملکرد پزشک توسط معاون آموزشی و ارائه بازخورد لازم

منابع / مراجع: راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان ها ویرایش سال ۹۵

تجربیات بیمارستانی

جدول اسامی :

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
مسئول واحد بهبود کیفیت	علیرضا واحدپور	رئیس بخش داخلی	دکتر حسین ساطع
سرپرستار	فریبا میزانی	رئیس بخش داخلی	دکتر الناز جوانشیر
سرپرستار	رویا قاسم زاده	رئیس بخش داخلی	دکتر حسین نامدار
سرپرستار	لیلا کاظمی	رئیس بخش جراحی	دکتر بابک نصیری
سرپرستار	آذر متین پور	رئیس بخش جراحی	دکتر احمدرضا جودت
سرپرستار	قمرالسادات فقیه	رئیس بخش اورژانس	دکتر محسن عباس نژاد
سوپروایزر	مرضیه حسین زاده	مدیر خدمات پرستاری	محمدعلی شیخ علیزاده
کارشناس مسئول ایمنی بیمار	حکیمه پاکرو	سوپروایزر آموزشی	مرضیه حسین زاده
		سوپروایزر آموزشی	بهرام قادری
		سوپروایزر بالینی	سعیده رنجبر
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر خدمات پرستاری	محمدعلی شیخ علیزاده

	مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز (خط مشی و روش)	
عنوان خط مشی: نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه		
شماره ویرایش: ۲ تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	کد سند: M/Pol/7 تعداد صفحه: ۱ از ۳	

تعاریف :

بیانیه سیاست/خط مشی :

صاحبان فرآیند و ذینفعان: پرسنل درمانی ، بیماران

دامنه خط مشی: ICU , CCU, PICU , ICU جراحی قلب , ICU ریه

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر تختها در مرکز (Bed Manager)

روش اجرای خط مشی:

پذیرش بیماران به آی سی یو با هماهنگی پزشک معالج بیمار و یا پزشک بیهوشی مقیم و پرستار مسئول شیفت ، با در نظر گرفتن شرایط بیمار از نظر پذیرش صورت می گیرد و ترخیص از آی سی یو بصورت مستقیم انجام نمی گیرد و بصورت انتقال به سایر بخش ها می باشد مگر در موارد خیلی نادر که به دستور پزشک صورت می گیرد. در آی سی یو اولویت پذیرش با بیماران اتاق عمل می باشد . در آی سی یو با هماهنگی پذیرش و پزشک اورژانس و یا پزشک اینترونشن با سرپرستار بخش های مبدا و مقصد در شیفت صبح و در سایر شیفت ها با هماهنگی با مسئول شیفت انجام می گیرد. بنابراین با توجه به موارد فوق اندیکاسیونهای بستری در بخش های ویژه عبارتند از:

در ICU جراحی قلب و PICU :

- ۱- پذیرش بیمار به ICU یا از طریق اتاق عمل ، یا آنژیوگرافی و یا از طریق سایر بخش های بستری صورت می گیرد، لازم به ذکر است در برخی موارد در PICU بیماران جهت انجام عمل جراحی از سایر مراکز بصورت مستقیم پذیرش می شوند.
- ۲- در پذیرش بیمار از اتاق عمل ، بیمارانی پذیرش می شوند که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند .
- ۳- در پذیرش بیمار از آنژیوگرافی ، بیمارانی پذیرش می شوند که تحت آنژیو پلاستی (جراحیهای بسته مانند دایسکشن آئورت ، کوآرکتاسیون،بیماران انتوبه،بیمارانی که حین آنژیو افت ساچوریشن یا افت فشار داده یا حملات spell دارند ویا ارست قلبی و تنفسی داشتند،بیماران سیانوتیک،PDA, ASD VSD) قرار گرفته اند و بنا به تشخیص و دستور پزشک بیمار باید در آی سی یو بستری گردد.
- ۴- در پذیرش بیمار از سایر بخش ها ، بیمارانی پذیرش می شوند که پس از عمل جراحی و انتقال بیمار از آی سی یو به بخش ، بیمار دچار مشکلاتی نظیر دیسترس تنفسی ، ادم ریه، پنوموتوراکس ، هموتوراکس و دیس ریتمی شود و پزشک معالج و یا پزشک مقیم بیهوشی ، دستور انتقال بیمار را به آی سی یو بدهد.

در ICU ریه :

- ۱- بیماران با مشکلات نارسائی تنفسی حاد و یا حاد اضافه شده به نارسائی مزمن ، که نیاز به مراقبت ویژه بخصوص از نظر تنفسی می باشد ، بستری می گردد.

در CCU :

بیماران MI ، UA ، DHF ، PTE ، تامپوناد قلبی ، اختلالات هدایتی خطرناک ، آریتمی های بطنی خطرناک ، مسمومیت با دیگوکسین ، آنوریسم شدید آئورت، دایسکشن آئورت،
 ترخیص در بخش CCU بصورت مستقیم انجام نمی گیرد مگر در موارد خاص که عبارتند از :

- ۱- ترخیص بیمار با رضایت شخصی
- ۲- ترخیص بیمار جهت انتقال به سایر مراکز
- ۳- فوت



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه

شماره ویرایش: ۲	کد سند: M/Pol/7
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	تعداد صفحه: ۲ از ۳

پذیرش در ICU جراحی قلب و PICU

- ۱- در پذیرش بیمار از اتاق عمل ، پرستار مسئول شیفت قبل از ورود بیمار ، اطلاعات لازم در مورد بیمار و علت پذیرش وی در آی سی یو را از مسئول اتاق عمل کسب می نماید.
- ۲- در پذیرش بیمار از بخش آنژیو گرافی ، پرستار مسئول شیفت قبل از پذیرش بیمار ، اطلاعات لازم در مورد بیمار و علت پذیرش وی در آی سی یو را از مسئول آنژیوگرافی کسب و در صورت داشتن اندیکاسیون بستری و نیز دستور کتبی پزشک معالج ، در صورت وجود تخت خالی ، پذیرش لازم را می دهد.
- ۳- در پذیرش بیمار از سایر بخش ها ، پرستار مسئول شیفت قبل از پذیرش بیمار ، اطلاعات لازم در مورد بیمار و علت پذیرش وی در آی سی یو را از پزشک معالج و یا پزشک بیهوشی مقیم که دستور انتقال بیمار را به آی سی یو می دهد ، کسب کرده و در صورت وجود تخت خالی ، با دستور کتبی پزشک اقدام به پذیرش بیمار می نماید.
- ۴- در پذیرش بیمار به PICU از سایر مراکز شهر تبریز الف-فرایند با درخواست مشاوره برای بیماران اطفال جهت جراحی در مرکز مبدا شروع شده ، برگه های مشاوره توسط رابطه به منشی گروه جراحی داده شده پس از نوشتن جواب مشاوره جراحی توسط جراح آنکال یک برگ از مشاوره ها جهت نوبت دهی در بخش PICU نگه داشته شده در صورت دستور جراحی جهت بستری در بخش PICU ، در لیست نوبت دهی برای پذیرش قرار می گیرد. ب-پذیرش از سایر شهرستانها صرفا با دستور رئیس بخش PICU انجام می شود - پذیرش بیماران اطفال جهت درمان طبی و آنژیوگرافی با دستور کتبی پزشکان کار دیپلوماژیست انجام می شود.

ب) پذیرش در ICU ریه

- ۱- جهت پذیرش در آی سی یو ریه ، ابتدا از بخش مبدا مشاوره ای برای اساتید بخش ریه جهت انتقال ارسال می گردد و پزشک مربوطه پس از ویزیت بیمار ، در صورت تائید و وجود تخت خالی ، اجازه پذیرش به بیمار را می دهد.
- ۲- در صورت پذیرش از اورژانس که اساتید ریه دستور بستری بیمار را می دهند به آی سی یو ریه منتقل می گردد.

ج) پذیرش در CCU

۱. متصدی پذیرش ، طی هماهنگی با سرپرستار یا منشی در شیفت صبح ، و در شیفت عصر و شب طی هماهنگی با مسئول شیفت آمار تخت های خالی و آمار بیماران تحت ونتیلاتور (MV) را اخذ و پذیرش بیمار را انجام می دهد.
۲. متصدی پذیرش، بیماران را به نوبت در یکی از سی سی یو های مرکز بر اساس تعداد بیماران ونتیلاتوری پذیرش می نماید.
۳. پذیرش بیماران از اورژانس ، با تشخیص پزشک اورژانس صورت می گیرد.
۴. پذیرش بیمار از بخش آنژیوگرافی با تشخیص پزشک اینترونشن / پزشک الکتروفیزیولوژیست و با توجه به مراقبت ویژه قلبی عروقی انجام می شود.
۵. پذیرش از بخش های بستری برای بیماران دچار شرایط بحرانی قلبی عروقی و نیازمند به مراقبت های ویژه به تشخیص رزیدنت ارشد قلب و با هماهنگی مسئول پذیرش و مسئولین شیفت مبدا و مقصد انجام می شود.
۶. سوپروایزر کشیک در صورت نیاز در مدیریت بیماران ونتیلاتوری، براساس چیدمان نیروی انسانی، مداخله و تصمیم گیری می نماید.



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه

شماره ویرایش: ۲	کد سند: M/Pol/7
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵	تعداد صفحه: ۳ از ۳

د) ترخیص از بخش های ویژه :

ترخیص بیماران از آی سی یو و سی سی یو بصورت مستقیم انجام نمی گیرد ، بیماران بنا به دستور پزشک معالج به طرق ذیل منتقل می شوند:

از ICU با دستور پزشک معالج و تایید پزشک بیهوشی به بخش جراحی ، CCU و یا ICU ریه

از PICU به بخش کودکان

از ICU ریه به بخش مبدا

از CCU به بخش داخلی یا جراحی قلب و یا ICU ریه

در صورت نیاز به ترخیص مستقیم بیمار از بخش های ویژه ، پس از هماهنگی با واحد بیمه جهت رویت بیمار ، پرونده بیمار توسط منشی بخش تنظیم شده و توسط رابط بخش به واحد ترخیص ارسال شده و پس از تسویه حساب توسط همراه بیمار ، برگه ترخیص به بخش تحویل و بیمار مرخص می گردد

امکانات و تسهیلات مورد نیاز: تخت ویژه ، کامپیوتر، نیروی انسانی ،فرم های انتقال و مشاوره ، مستندات پرونده و تجهیزات پزشکی

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش: پایش دوره ای اندیکاسیون ها بر عهده مدیر تخت بیمارستان (Bed Manager) و گزارش آن به ریاست مرکز میباشد.

منابع / مراجع : تجربیات بیمارستانی همکاران ، سنجه های اعتبار بخشی

جدول اسامی :

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
سرپرستار CCU2	آذر متین پور	Bed manager	دکتر محمد رضا تابان
سرپرستار ICU ریه	فاطمه مراد پور	مدیر خدمات پرستاری	محمد علی شیخ علیزاده
سرپرستار PICU	شعله صداقت	سوپروایزر بالینی	سعیده رنجبر
کارشناس مسئول ایمنی	حکیمه پاکروی	سوپروایزر آموزشی	مرضیه حسین زاده
		مسئول واحد بهبود کیفیت	علیرضا واحد پور
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	Bed manager	دکتر محمد رضا تابان



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: شناسایی بموقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری

کد سند: M/Pol/8

شماره ویرایش: ۱

تعداد صفحه: ۱ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعاریف: منظور از بیماران بدحال و اورژانسی، بیمارانی میباشند که به درمان و مراقبت فوری در بخش های بستری (غیر از بخش اورژانس) نیاز دارند.

بیانیه سیاست/خط مشی:

۱- لیستی از تشخیص، معیارهای شناسایی بیماران بدحال و اورژانسی و چگونگی رسیدگی به آنها، توسط رئیس و سرپرستار بخش تهیه شده و و سالانه بازنگری گردد.

۲- لیست فوق به پیوست خط مشی جاری در دسترس کارکنان (پزشکان، پرستاران) بوده و آگاهی لازم را در مورد آن داشته باشند.

۳- بیماران بدحال و اورژانسی توسط پزشکان و پرستاران و با توجه به لیست فوق، ارزیابی و شناسایی شده و اقدامات لازم بلافاصله صورت گیرد.

۴- مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران فوق مطابق خط مشی مربوطه تا انتقال بیمار به بخش ویژه در بخش بستری صورت گیرد.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: پزشکان، کارکنان پرستاری بخشهای بستری

دامنه خط مشی: بخشهای بستری

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر خدمات پرستاری

روش اجرای خط مشی:

۱- رئیس و سرپرستار بخش، معیارهای شناسایی بیماران بدحال و اورژانسی و چگونگی رسیدگی به آنها را تهیه و در دسترس پزشکان و کارکنان بخش قرار می دهند.

۲- سرپرستار بخش از آگاهی کلیه ی کارکنان بخش در مورد لیست و اقدامات فوق الذکر، با کنترل روزانه و دوره ای پرسنل و ارائه بازخورد های لازم و ثبت در چک لیست عملکرد پرسنل اطمینان کسب می نماید.

۳- پرستار مسئول بیمار، ضمن ارزیابی بیمار و با مشاهده علائم بدحالی، بلافاصله جهت ویزیت بیمار به پزشک معالج / رزیدنت سال بالا اطلاع می دهد.

۴- پرستار مسئول بیمار، تا رسیدن پزشک، اقدامات ضروری مورد نیاز (گرفتن خط وریدی، باز کردن راه هوایی، مانیتورینگ قلبی، گرفتن نوار قلبی، پالس اکسی متری، پوزیشن مناسب و ...) را انجام می دهد.

۵- پزشک معالج / رزیدنت سال بالا، بلافاصله (تا یک تا دو دقیقه مورد انتظار است)، بیمار را ویزیت نموده و دستورات لازم را ثبت می نماید.

۶- پرستار مسئول بیمار، بلافاصله دستورات پزشک را اجرا و ثبت می کند.



مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)



عنوان خط مشی: شناسایی بموقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری

کد سند: M/Pol/8

شماره ویرایش: ۱

تعداد صفحه: ۲ از ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

۷- پزشک معالج / رزیدنت سال بالا / پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار در صورت نیاز به انتقال بیمار به سایر بخشها و واحدها ، مطابق

دستورالعمل های نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران اقدام می نماید .

امکانات و تسهیلات مورد نیاز: لیست معیارهای تشخیصی و چگونگی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

- نظارت بر نحوه شناسایی و رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی توسط سرپرستار بخش در طول شیفت

- نظارت موردی بر نحوه رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی توسط سوپروایزرهای بالینی در طول شیفت

منابع / مراجع : راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان ها ویرایش سال ۹۵

تجارب بیمارستانی

جدول اسامی :

نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت
دکتر حسین ساطع	رئیس بخش داخلی	افخم ورقایی	سوپروایزر آموزشی
ناصر خضلولوی اقدم	رئیس بخش داخلی	سعیده رنجبر	سوپروایزر بالینی
دکتر حسین نامدار	رئیس بخش داخلی	علیرضا واحدپور	مسئول بهبود کیفیت
دکتر بابک نصیری	رئیس بخش جراحی	قمرالسادات فقیه	سرپرستار
دکتر احمدرضا جودت	رئیس بخش جراحی	سوسن یگانه	سرپرستار
دکتر فریبرز اکبرزاده	معاون آموزشی	فائزه کاظمی	سرپرستار
محمد علی شیخ علیزاده	مدیر خدمات پرستاری		
نام و نام خانوادگی تایید کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت
محمد علی شیخ علیزاده	مدیر خدمات پرستاری	دکتر ناصر صفایی	رئیس مرکز

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته که منجر به خسارت برای بیمار/خانواده و مراجعین

کد سند: M/Pol/9

تعداد صفحه: ۱ از ۳

شماره ویرایش:

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعاریف :

هدف اولیه از سیستم های گزارش دهی وقایع ناخواسته یادگیری از تجارب سایر نظام های بهداشتی و درمانی است. آنچه اهمیت دارد توجه به این نکته است که این سیستم به تنهایی سبب بهبود ایمنی بیماران نمی شود بلکه بازخورد مناسب به گزارشات است که منجر به تغییر و ارتقاء سیستم ها و روش های موجود می گردد. کدهای ۲۸ گانه مواردی است که تمامی تیم های درمانی موظف اند در صورت بروز هر یک گزارش آن را در اسرع وقت اعلام نمایند تا در اسرع وقت نسبت به بروز آسیب های بیشتر به بیمار پیشگیری به عمل آید.

خط مشی : این مرکز با اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته به بیمار و خانواده وی سعی در جلب رضایت و در صورت نیاز حمایت های لازم و جبران خسارت را در دستور کار دارد.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: مسئولین بخش های درمانی و بیماران و خانواده های ایشان

دامنه خط مشی: کلیه بخش های ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول ایمنی بیمار- مسئول حقوق گیرنده خدمت
روش اجرای خط مشی:

۱. پزشک/ پرستار بیمار و یا پزشک معالج ملزم است کلیه موارد ۲۸ گانه ذیل که تهدید کننده حیات در درمان بیماران است را گزارش نمایند و در اسرع وقت اقدامات مداخله ای لازم جهت پیشگیری از آسیب پایدار اقدام نمایند.
۲. پزشک معالج و مسئول بیمار به محض وقوع آسیب منجر به آسیب پایدار به صورت ارتباط صادقانه به بیمار و همراه وی اطلاع رسانی می کنند.
۳. پزشک / پرستار بیمار در خصوص بروز آسیب به بیمار عذرخواهی خود را به بیمار و خانواده وی اظهار می نمایند.
۴. پزشک و پرستار مسئول بیمار گزارش خطای آسیب به بیمار را به صورت گزارش خوداظهاری خطا به کارشناس ایمنی بیمار تحویل می نمایند.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته که منجر به خسارت برای بیمار/خانواده و مراجعین گردد.

کد سند: M/Pol/9

تعداد صفحه: ۲ از ۳

شماره ویرایش:

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

۵. کارشناس ایمنی گزارش خطای منجر به آسیب پایدار را به مسئول ایمنی اطلاع داده بر اساس تصمیم مسئول فنی اقدامات مداخله ای جهت کاهش میزان پایداری آسیب به بیمار انجام میگیرد.
۶. کارشناس ایمنی جلسه فوری RCA را تشکیل داده با حضور تیم ایمنی اقدامات مداخله ای و فرایندهای رو به بهبود تصمیم گیری می شود.
۷. مسئول فنی، پرستار مسئول بیمار و یا پزشک معالج جلسه ای جهت پیش بینی سازوکار جبران خسارت به بیمار را تشکیل می دهند.
۸. چنانچه فرد خاطی گزارش خطا را بدون واگهی در اسرع وقت به کارشناس ایمنی بیمار گزارش نماید در برخوردهای اداری مشمول تخفیف های ویژه قرار می گیرد.
۹. مدیر بیمارستان با در نظر گرفتن وقایع ناخواسته ای که جبران خسارت باعث هزینه های اضافی برای بیمار می شود را مدیریت نماید و حق دریافت وجه از بیمار را ندارد.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده و مراجعین گردد.

کد سند: M/Pol/2

شماره ویرایش:

تعداد صفحه: ۳ از ۳

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

منابع / مراجع :

جدول اسامی:

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر	معاون آموزشی	دکتر فریبرز اکبرزاده
رئیس بخش اکو	مهرنوش طوفان	مسئول حقوق گیرنده خدمت	مریم بیغرض
مترون	محمدعلی شیخ علیزاده	مسئول ایمنی بیمار	حکیمه پاکروی
مسئول بهبود کیفیت	علیرضا واحد پور	سوپروایزر آموزش	مرضیه حسین زاده
روانشناس مرکز	خانم بلوکی	مسئول مددکاری	فاطمه فتحی
مسئول حراست	حمید اکبری		
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: تدوین خط مشی و روش مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

کد سند: M/Pol/10

تعداد صفحه: ۱ از ۳

شماره ویرایش: ۲

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعاریف :

گروههای هدف مددکاری: شامل کلیه افرادیست که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت می کنند و یا نیازمند این خدمات هستند. مانند: بیماران آسیب پذیر، بیماران مجهول الهویه، بیماران دارای معلولیت، مادران باردار پرخطر، افراد بی بضاعت و تحت پوشش سازمانهای حمایتی، بیماران خاص و صعب العلاج، جمعیت های در معرض خطر (کودک آزاری، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین) افراد با سوء مصرف مواد و افراد مجهول الهویه.

خط مشی : به منظور رعایت حقوق گیرندگان خدمت و تکریم ارباب رجوع و در راستای تحقق عدالت اجتماعی و پیشگیری از بستریهای مجدد لازم است بیماران نیازمند به خدمات مددکاری در بدو ورود شناسایی و پیرو آن خدمات حمایتی لازم را دریافت نمایند. بدین منظور ساستهای بیمارستان بشرح زیر است:

۱. بیمارستان بایستی نسبت به شناسایی افراد نیازمند، آسیب دیده، آسیب پذیر و معرض آسیب اقدام نماید.
۲. مددکار اجتماعی بایستی بیماران مذکور را مورد ارزیابی قرار داده و در صورتی نیاز جهت ارائه خدمات حرفه ای در چارچوب قوانین بیمارستان برنامه ریزی و اقدام نماید.
۳. مددکار اجتماعی در صورت امکان برای پیگیریهای بعد از ترخیص برنامه ریزی نماید.

هدف: شناسایی به موقع بیماران نیازمند خدمات مددکار اجتماعی و برنامه ریزی جهت ارائه خدمات حمایتی متناسب با نیاز مددجویان.

دامنه خط مشی و روش: کلیه واحدهای بالینی و غیر بالینی بیمارستان.

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کلیه بیماران مراجعه کننده به واحد مددکاری و خانواده آنها، کلیه بیماران بستری در بیمارستان، کلیه پرسنل شاغل

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول مددکاری

روش اجرای خط مشی:

۱. مددکاری فهرستی از گروههای هدف واحد مددکاری اجتماعی که در قسمت تعاریف آورده شده را تهیه کرده و از طریق اتوماسیون اداری در اختیار بخشهای بیمارستان قرار می دهد.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: تدوین خط مشی و روش مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

کد سند: M/Pol/10

شماره ویرایش: ۲
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

تعداد صفحه: ۲ از ۳

۲. سرپرستار، پرستار مسئول بخش و منشی بخش بیماران نیازمند به خدمات مددکاری را در سامانه HIS ثبت می نماید و یا از طریق تماس تلفنی به مددکاری اطلاع می دهد.
۳. مددکار اجتماعی راند بخش ها را به صورت یک روز در میان انجام می دهد.
۴. بیمار و یا همراه وی یا از طریق خود اظهاری و یا با نامه از طریق نهادهای دولتی و غیر دولتی خواهان بر خورداری از حمایت های خدمات مددکاری می باشند.
۵. مددکار اجتماعی پس از معرفی بیمار از بخش بر بالین بیمار حاضر می شود و بعد از جمع آوری اطلاعات از طریق مطالعه پرونده و مشاهده مدارک بیمار و مصاحبه با خود بیمار و همراهان وی مورد ارزیابی قرار داده و فرم مرتبط با پروتکل راند را تکمیل می کند.
۶. مددکار اجتماعی برای بیماران فاقد بیمه درمانی راهنمایی و هماهنگی های لازم را جهت اخذ بیمه انجام می دهد و تا حصول نتیجه پیگیری صورت می پذیرد (تلفنی، سوال از بخش، حضوری).
۷. مددکار اجتماعی برای بیماران خاص و صعب العلاج و مادران باردار پرخطر پس از فرایند ارزیابی و تایید نیازمندی به خدمات مددکاری مدیریت مورد با توجه به نوع نیاز در قالب مشاوره، با هماهنگی تیم روانشناسی مرکز خدمات مورد نیاز را ارائه می دهد.
۸. مددکار اجتماعی برای بیماران خاص و صعب العلاج و مادران باردار پرخطر پس از فرایند ارزیابی و تایید نیازمندی اقتصادی حامی یابی لازم را انجام می دهد.
۹. مددکار اجتماعی برای بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه پس از حضور بر بالین بیمار و مطالعه پرونده و بررسی مدارک همراه بیمار پیگیری های لازم را از طریق اورژانس و یا بیمارستان ارجاع دهنده و سایر افراد انجام می دهد.
۱۰. مددکار با هماهنگی حراست بیمارستان با پلیس ۱۱۰ تماس می گیرد تا با حضور در بیمارستان و تهیه صورتجلسه مراتب جهت تعیین هویت بیمار انجام شود.
۱۱. مددکاری از طریق تماس با اورژانس اجتماعی یا کارشناس حقوقی مرکز جهت اخذ دستور قضائی برای تحویل بیمار به بهزیستی اقدام نماید.
۱۲. مددکار اجتماعی برای جمعیت های در معرض خطر (کودک آزاری، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین) پس از ارزیابی و در صورت تایید abuse یا آزارو خشونت خانگی، توسط پزشک معالج و پزشک قانونی موضوع را به اطلاع اورژانس اجتماعی و کارشناسان بهداشت روان در معاونت درمان می رساند.

مرکز آموزشی، درمانی قلب و عروق شهید مدنی تبریز
(خط مشی و روش)

عنوان خط مشی: تدوین خط مشی و روش مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

کد سند: M/Pol/10

شماره ویرایش: ۲

تعداد صفحه: ۳ از ۳

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۰/۲۵

۱۳. مددکار اجتماعی پس از ارزیابی و تائید نیازمندی اقتصادی بیمار جهت حمایت مالی از بیماران بی بضاعت از طریق ارائه تخفیف در قالب اخذ تفیض و یا با هماهنگی با مدیریت و ریاست مرکز (تهیه صورتجلسه) و یا با حمایت یابی از طریق خیرین و نهادهای کمک رسان و جذب کمکهای نقدی برای بیماران اقدام می نماید.

۱۴. مددکار اجتماعی آمار مربوط به تخفیفات را در سامانه نیازمندان وزارت ثبت می کند.

۱۵. مددکار اجتماعی آمار خدمات ارائه شده در قالب پروتکل های مددکاری اجتماعی و تخفیفات را به معاونت درمان ارسال می کند.

۱۶. مددکار اجتماعی به صورت مرتب در جلسات و دوره های آموزشی برگزار شده از طرف معاونت درمان به جهت ارتقای سطح دانش و خدمات مددکاری شرکت می کند.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز: نیروی انسانی، شبکه اینترنت، شبکه تلفن، فضای فیزیکی مناسب.

منابع / مراجع: جزوات موجود و ابلاغی وزارت بهداشت، تجارب بیمارستان.

جدول اسامی:

سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان	سمت	نام و نام خانوادگی تهیه کنندگان
مدیر	سیامک کاشفی مهر	معاون آموزشی	فریبرز اکبرزاده
مترون	محمدعلی شیخ علیزاده	مسئول حقوق گیرنده خدمت	مریم بیغرض
رئیس اکو	مهرنوش طوفان	مسئول مددکاری	فاطمه فتحی
سوپروایزر آموزش	مرضیه حسین زاده	کارشناس ایمنی	حکیمه پاکرو
مسئول اعتبار بخشی و بهبود کیفیت	علیرضا واحد پور	روانشناس مرکز	لیلا بلوکی
مسئول حراست	حمید اکبری		
سمت	نام و نام خانوادگی تصویب کننده	سمت	نام و نام خانوادگی تایید کننده
رئیس مرکز	دکتر ناصر صفایی	مدیر مرکز	دکتر سیامک کاشفی مهر