

کتابچه ایمنی بیمار

بیمارستان شهید بقایی دو

۱۴۰۳

معصومه یزدان پرست

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

بیمارستان بقایی دو

ایمنی بیمار چیست ؟

ایمنی بیمار از نظر سازمان بهداشت جهانی نرساندن آسیب های اجتماعی به بیمار در طول فرایند مراقبتهای پزشکی می باشد.

فرهنگ ایمنی بیمار چیست ؟

در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است .

اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقا ایمنی بیمار :

۱. ایجاد فرهنگ و بستر سازی : بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.
۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید : بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی تاکید و تمرکز کنید.
۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو یکپارچه کنید : برای مدیریت خطرات ، سیستم ها و فرایندهای ایجاد کنید و خطا ها را شناسایی و ارزیابی نمایید .
۴. گزارش دهی را تشویق کرده و ارتقا دهید
۵. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده و با آنها ارتباط برقرار کنید و به حرف آنها گوش دهید.
۶. درس های ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید و کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.
۷. راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید و درس هایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات ، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید .

مسئول ایمنی بیمار:

آقای دکتر بیژن کیخایی : مسئول ایمنی بیمار و مسئول فنی بیمارستان

خانم معصومه یزدان پرست : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

توجه : پرسنل بایستی از شرح وظایف کارشناس ایمنی و هماهنگ کننده ایمنی آگاهی داشته باشند.

بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار :

در این مرکز برنامه بازدید مدیریتی ایمنی بیمار با هماهنگی مدیریت محترم بیمارستان سالانه تنظیم و ابلاغ میگردد که در این مرکز با اولویت روزهای دوشنبه مشخص شده است و در صورت تغییر بعلت های مختلف در تاریخ مقرر از قبل به بخش اطلاع داده می شود و با هماهنگی مدیریت و سایر اعضا به روزهای دیگری موکول میشود. بازدید مدیریتی با حضور تیم ایمنی از هر بخش انجام میشود. در این بازدید هیچ گونه ارزیابی انجام نمیشود و پرسنل حاضر در شیفت به بیان پیشنهادات و مشکلات ایمنی و خطاهای روزهای گذشته در ارتباط با بیماران می پردازند. و پس از آنکه مشکلات مطرح شده در کمیته ایمنی بررسی شد نتایج و اقدامات اصلاحی به اطلاع مسئول بخش و پرسنل رسانده میشود.

توجه : پرسنل بایستی از صورتجلسات و اقدامات اصلاحی و بازخورد هایی که در راستای بازدید مدیریتی در بخش آنها انجام شده است، آگاهی داشته باشند. اعضا بازدید کننده شامل:

- ✓ مسئول فنی بیمارستان (مسئول ایمنی)
- ✓ مدیر درمان
- ✓ مدیریت بیمارستان
- ✓ مدیردفتر پرستاری
- ✓ مسئول بهبود کیفیت
- ✓ مدیریت خطر و بحران
- ✓ مسئول خدمات
- ✓ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

سئوالات مطرح شده در بازدید مدیریتی ایمنی :

۱. با در نظر گرفتن روزهای گذشته آیا شما مشکلی را مشاهده کرده اید که منجر به طولانی شدن مدت بستری بیمار شده باشد و یا میتواندسته به بیمار آسیب برساند و بموقع شناسایی شده است؟
۲. آیا خود اظهاری خطا که منجر به توبیخ شده باشد تا کنون مشاهده کرده اید؟
۳. آیا کمبود وسایل و تجهیزات تا کنون منجر به ارائه نشدن خدمات به بیماران شده است؟
۴. چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمنی تر شدن خدمات در بخش می گردد؟
۵. آیا حاضرید خود یا یکی از نزدیکانتان از این کیفیت خدمات که ارائه میشود استفاده کنند؟
۶. مراحل پذیرش و بستری و ترخیص را در نظر بگیرید و طی کدام یک از جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند؟
۷. آیا می توانیم از آسیب به بیمار پیشگیری کنیم ؟
۸. به چه صورت می توان بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار را اثر بخش تر نمود؟

خطای مراقبتی بالینی (Medical Error):

هر نوع خطایی که در فرایند ارائه خدمات و مراقبت سلامت رخ دهد و چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد.

لیست خطاهایی که باید گزارش شود:

❖ خطاهای مراقبتی و بالینی: (بطور مثال)

- ✓ سقوط از تخت
- ✓ عدم توجه به تغییرات بیمار و گزارش آنها
- ✓ جدی تلقی نکردن شکایت بیمار
- ✓ عدم توجه به زخم بستر و ارزیابی نادرست بیمار
- ✓ قصور در گزارش بموقع به پزشک
- ✓ عدم پیگیری دستورات پزشک معالج نظیر مشاوره یا پروسیجری
- ✓ عدم توجه به خونریزی بدنبال جدا شدن آنژیوکت
- ✓ سوختگی بدنبال استفاده از وسایل گرمایشی در بخش نظیر کیف آب گرم
- ✓ عفونت های بیمارستانی

❖ خطاهای دارویی: (بطور مثال)

- ✓ تجویز داروی اشتباه برای بیمار
- ✓ عدم وارد کردن دارو در کاردکس
- ✓ اشتباه در وارد کردن دوز دارو در کارت دارویی یا کاردکس
- ✓ دستور دارویی ناخوانا
- ✓ بجای صفر از نقطه در دستور دارویی استفاده شود
- ✓ دارو به اشتباه حذف شود
- ✓ عدم توجه به مسمومیت و عوارض دارویی
- ✓ اشتباه در سرعت انفوزیون دارو
- ✓ دادن دارو به بیمار اشتباه
- ✓ فراموشی در ثبت دارو در پرونده
- ✓ دستور دارویی ناقص
- ✓ روش تجویز اشتباه دارو

- ✓ عدم اجرای دستور دارویی
- ✓ عدم تطابق کارت دارویی با کاردکس
- ✓ عدم توجه به دستور دارویی STAT
- ✓ عدم تجویز دارو در زمان مناسب
- ✓ عدم توجه به شباهت دارویی
- ✓ در کاردکس و کارت دارویی فواصا زمانی دارو با ساعت مشخص نشده باشد
- ✓ محاسبات دارویی غلط
- ✓ عدم توجه به تداخل دارویی

❖ خطادر ثبت : (بطورمثال)

- ✓ خطا در ثبت پروسیجری های انجام شده
- ✓ عدم ثبت دقیق جذب و دفع مایعات
- ✓ ناقص بودن مدارک جهت ترخیص یا انتقال بیمار
- ✓ خطادر ثبت علایم حیاتی
- ✓ خطا در ثبت فرایند مشاوره
- ✓ خطادر ثبت در کاردکس
- ✓ ناقص بودن گزارش پرستاری
- ✓ خطادر ثبت دستورات تلفنی
- ✓ ناخوانا بودن دستورات پزشک
- ✓ نسخه نویسی ناقص پزشک
- ✓ ثبت ناقص فرایند تزریق خون

❖ خطا در تزریقات و خونگیری :

- ✓ تزریق خون اشتباه
- ✓ تزریق خون به بیمار اشتباه
- ✓ عدم ثبت وارزیابی عوارض خون
- ✓ نقص در فرایند تزریق خون و ثبت توسط دو پرستار
- ✓ نمونه گیری از بیمار اشتباه
- ✓ نمونه گیری از دستی که سرم دریافت می کند
- ✓ عدم ارسال بموقع نمونه خونی که گرفته شده به آزمایشگاه
- ✓ ترانسفوزیون خون بیش از ساعت استاندارد

❖ خطاهای سیستمی و تجهیزات : (بطور مثال)

- ✓ خرابی دستگاه
- ✓ کمبود دستگاه
- ✓ عدم مهارت در بکارگیری دستگاه
- ✓ عدم حفاظ مناسب تخت

❖ خطاهای پاراکلینیکی : (بطور مثال)

- ✓ حمل ناصحیح نمونه به آزمایشگاه
- ✓ عدم اعلام بموقع نتایج آزمایش بحرانی
- ✓ خطای نتایج آزمایش
- ✓ عدم اعلام نمونه اورژانسی
- ✓ ناقص بودن درخواست پاراکلینیکی
- ✓ عدم ثبت درخواست در سیستم
- ✓ عدم هماهنگی در ارجاع بیمار پرخطر در انتقال به واحد تصویربرداری

روش های گزارش خطا :

همکاران محترم به منظور نهادینه کردن هر چه بهتر فرهنگ خطا و گزارش دهی خطا با رویکرد سیستمی و بدون تنبیه و سرزنش ، از همه شماعیزان با هر سطح مدرک و تحصیلات خواهشمندیم در صورت دیدن یا بروز خطاها در امر گزارش دهی آن کوشا باشید. بدیهی است خود اظهاری در جهت شناسایی گلو گاههای بروز خطا از ارزش ویژه ای برخوردار است.

در این مرکز به دو روش خطاهای بالینی گزارش میشوند :

- ✓ از طریق سایت بیمارستان بقایی دو : وارد سایت دانشگاه علوم پزشکی اهواز که شوید بیمارستان بقایی دو را انتخاب کنید و در بالای صفحه فرم های الکترونیکی ، فرم گزارش خطا را انتخاب کرده و پس از پرکردن گزینه ارسال را بزنید.
- ✓ از طریق پرکردن فرم های کاغذی که در پوشه خطاهای بالینی در تمامی بخش ها هست و در صندوق ایمنی بیمار بیندازید.

توجه : در صورت آسیب به بیمار در طی خطا مراتب جهت بررسی و ریشه یابی و کمک به رفع آسیب های وارده به بیمار به اطلاع کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و یا سوپروایزر شیفت رسانده شود .

ریشه یابی یا RCA خطا: (Root causes Analys)

خطاهای منجر به آسیب و خطاهای پرتکرار و مرگ و میرهای مشکوک در این بیمارستان در اسرع وقت توسط تیم RCA مورد تجزیه و تحلیل و ریشه یابی قرار می گیرد و اقدامات اصلاحی یا نتایج جهت پیشگیری از بروز مجدد آن بصورت بیاموزیم RCA به اشتراک گذاشته میشود و آموزش داده میشود .

بررسی خطاها:

خطاهای جمع آوری شده در این مرکز هر ماه در کمیته ایمنی بررسی خطاها مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و به همراه بیاموزیم ها جهت جلوگیری از تکرار خطاهای مشابه به اشتراک گذاشته میشود.

ارزیابی پیشگیرانه خطا یا FMEA

بصورت آینده نگر فرایندهای پرخطر موجود در بخش را بررسی و جهت پیشگیری اقدام اصلاحی صورت می گیرد. ارزیابی پیشگیرانه سال ۱۴۰۳ در مورد زیر صورت گرفته و ابلاغ شده است.

- نقل و انتقال ایمن بیمار

وقایع ناخواسته ۲۹ گانه تهدید کننده حیات یا Never Event

در صورتی که هر کدام از موارد ۲۹ گانه زیر اتفاق بیفتد بدون هیچگونه پنهان کاری سریعاً بایستی در طی همان شیفت به سوپروایزر کشیک جهت هماهنگی با کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و ارسال به معاونت اطلاع داده شود. تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. فرم گزارش وقایع ناخواسته در دفتر پرستاری موجود است و بایستی همراه با ذکر کد مربوطه تکمیل و ارسال گردد. ومسئول بخش نیز جهت جبران خسارت جسمی و روحی و مالی وقایع ناخواسته رخ داده شده مراتب را به واحد مددکاری بیمارستان اطلاع دهد.

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد...)

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی(کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)

- کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،.....
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی..)
- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،..)
- کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله ، ...)
- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
- کد ۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

❖ توجه : در بیمارستان بقایی دو طی سال ۱۴۰۳ وقایع ناخواسته رخ داده شده شامل موارد ذیل می باشد.

- ✓ سقوط از تخت کد ۲۴
- ✓ خطاهای دارویی منجر به آسیب یا کد ۱۳
- ✓ ترانسفیوژن خون اشتباه کد ۱۴
- ✓ خودکشی یا اقدام به خودکشی بیمار کد ۱۲
- ✓ نمونه گیری شریانی اشتباه کد ۹

بیست استاندارد الزامی ایمنی بیمار :

۱. ایمنی بیمار در بیمارستان بقایی دو یک اولویت استراتژیک است و در قالب برنامه عملیاتی در حال اجراست.
۲. مسئول فنی بیمارستان بعنوان مسئول ایمنی بیمار با اختیارات لازم و پسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
۳. مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقا فرصت ها بطور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی را به اجرا میگذارد.
۴. یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده ایمنی بیمار منصوب میشود.
۵. بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید .
۶. بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.
۷. بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.
۸. بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین و ارتقای ضد عفونی و استریلیزاسیون می باشد.
۹. جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی ، کادر بالینی با مهارت و دانش لازم بصورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند.
۱۰. پزشک قبل از هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرات و منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و بیمار با حضور پرستار (شاهد) بر گه رضایت نامه را امضا می نماید.
۱۱. قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی یا تجویز دارو و یا انتقال خون ، هویت کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر از جمله نوزادان بیماران دچار اختلالات هوشیاری و سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز می گردد. و هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار جهت شناسایی استفاده نمی شود.
۱۲. بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی و بحرانی آزمایشات ، خط ارتباطی همواره آزاد (هات لاین) پیش بینی کرده است.
۱۳. بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد.

۱۴. بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، و راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.
۱۵. بیمارستان تمیزی و ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر تضمین می نماید.
۱۶. بیمارستان گاید لاین ها و دستورالعمل ها در مورد ایمنی خون و فراورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرا می کند.
۱۷. بیمارستان سیاست های تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و جراحی ایمن را اجرا می کند.
۱۸. بیمارستان دارای سیستم دارو دهی ایمن است (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان) و در زمینه انتخاب دارو و خرید و تامین دارو و نگهداری و انبار دارو و دستور و آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستورالعمل مشخصی دارد.
۱۹. بیمارستان دارای استاندارد محیط ایمن می باشد. (بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، کارکنان و همراهان بیماران دارد به خصوص در بخش های اورژانس و ویژه)
۲۰. بیمارستان دارای سیستم دفع مناسب پسماند بیمارستانی می باشد و دارای گاید لاین برای تفکیک و دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی و تیز و برنده و شیمیایی و ... است.

تجهیزات ضروری و پشتیبان بخش

تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در ارائه خدمات به بیمار ، این تاخیر می تواند ایمنی بیمار را به مخاطره بیندازد . این لیست مورد تایید مسئول بخش و مسئول فنی بیمارستان و مسئول تجهیزات پزشکی در تمام بخش ها و واحدهای درمانی موجود می باشد. و پرسنل بخش مربوطه بایستی از لیست مربوطه و بخش پشتیبان آن اطلاع داشته باشند . این تجهیزات در ابتدای هر شیفت توسط مسئول شیفت چک شده و در دفتر چک تجهیزات ضروری مستند میگردند. در مورد ترالی اورژانس نیز تمام داروها و تجهیزات موجود در آن در ابتدای شیفت چک و مستند میگردد و تاریخ انقضا هریک از آنها بصورت ماهیانه چک شده و موارد نزدیک به انقضا از ترالی خارج و جایگزین میگردد. قابل ذکر است تاریخ و ساعت چک دستگاههای بخش نظیر دی سی شوک و نوار قلب بایستی با تاریخ و ساعت واقعی تطابق داشته باشد و پرینت چک دستگاه نیز مستند گردد.

توجه : قابل ذکر است کار با تجهیزات بخش از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

دستورالعمل نتایج بحرانی

آزمایشات بحرانی یا Panic value به نتایجی اطلاق می شود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر به سزایی در حیات بیمار یا تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری را داشته باشد .

در راستای اجرای استانداردهای الزامی ایمنی این مرکز نیز فرایند پاسخ گویی به نتایج بحرانی را اجرا می کند. لیست محدوده بحرانی آزمایشات با تایید مسئول فنی بیمارستان و مسئول فنی آزمایشگاه به بخش ها ابلاغ شده است و در دسترس و معرض دید پرسنل قرار دارد و پس از ثبت مشخصات بیمار و جواب آزمایش که در محدوده بحرانی گزارش شده در دفتر بحران توسط کارشناس آزمایشگاه به مسئول شیفت پرستاری در بخش میرسد این جواب در دفتر آزمایشات بحرانی در بخش نیز با قید ساعت و زمان اطلاع ثبت میگردد و به پزشک معالج جهت اقدام فوری اطلاع داده میشود و اقدام انجام شده نیز تا حصول نتیجه نهایی پیگیری و درگزارش پرستاری و دفتر آزمایشات بحرانی نوشته میشود .

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی و بحرانی آزمایشات بالینی و پاتولوژی و تصویربرداری ، خط ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است. که در همه بخش ها با گوشی تلفن قرمز رنگ نشانه گذاری شده است.

توجه : پرسنل بایستی از لیست موارد بحرانی آزمایشگاه و سونوگرافی و رادیولوژی و پاتولوژی و دستورالعمل فوق الذکر و وجود و نحوه کار هات لاین آزمایشات بحرانی مطلع باشند.

دستورالعمل تستهای معوقه

در راستای اجرای استانداردهای الزامی ایمنی این مرکز نیز فرایند پاسخ گویی به تستهای معوقه را اجرا می کند.

تستهای معوقه به تست هایی گفته می شود که پس از ترخیص بیمار جواب آماده می شود. لیست آزمایشات معوقه به تایید مسئول فنی بیمارستان و مسئول فنی آزمایشگاه به بخش های درمانی ابلاغ شده است . در بخش دفتر آزمایشات معوقه تهیه شده تا لیست بیمارانی که زمان ترخیص جواب تستهای پاراکلینیکی آنها آماده نیست در آن ثبت شود. و منشی بخش از روی آن پیگیر تست های معوقه می گردد. و زمان ترخیص بیمار نام و نام خانوادگی و شماره تلفن وی در دفتر فوق ثبت می شود تا پس از آماده شدن جواب ها به وی اطلاع داده شود. و در زمان ترخیص نیز به بیمار آموزش داده می شود که جواب آزمایشات معوقه را پیگیری کند و از سوی دیگر برای این آزمایشات دو رسید صادر میشود که یکی از آنها جهت پیگیری منشی بخش در بخش می ماند و دیگری زمان ترخیص تحویل بیمار می گردد. پس از آماده شدن جواب موارد حیاتی تا ۲۴ ساعت به اطلاع بیمار رسانده شده و در صورت عدم پاسخ تا سه بار به فاصله هر ۲۴ ساعت پیگیری گردد. و این امر در دفتر معوقه نیز ثبت می گردد.

دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت :

دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشتی در سامانه اعتباربخشی بارگذاری شده اند . بطور نمونه چند مورد بصورت خلاصه شده ارائه می گردد این دستورالعمل ها به واحدها ابلاغ شده و بایستی اجرا گردد و کلیه پرسنل واحد درمانی از آنها آگاهی داشته باشند.

استانداردهای مرتبط با شناسایی صحیح بیماران

Patient identification

۱- پرسنل پذیرش در بدو ورود بیمار در واحد تشکیل پرونده می دهند و با دریافت دفترچه بیمه ، کارت شناسایی و با سؤال از همراه بیمار، اطلاعات را به طور صحیح در پرونده بیمار ثبت کرده و دستبند شناسایی را تنظیم می نماید. پرسنل پذیرش ، دستبند شناسایی را صادر و پس از کنترل اطلاعات توسط خود بیمار یا ولی قانونی وی پرونده و دستبند را روی دست غالب به شکلی که باعث فشردگی دست بیمار نشود بسته و امضا می گیرند . رنگ دستبند سفید و مندرجات روی آن شامل نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد ، تاریخ بستری با قید ساعت و نام پدر و نام بخش و شماره پرونده است.)

۳- پرستار پذیرش دهنده پس از تحویل پرونده به بخش مربوطه مشخصات مندرج در پرونده را با سؤال از بیمار کنترل نموده و با پرسش از بیمار به صورت فعال و با دستبند شناسایی تطبیق می نماید و در خصوص ضرورت دائمی بستن مچ بند در طول مدت بستری نگهداری و علت استفاده به بیمار آموزش داده و در پرونده ثبت می نماید .

۴- پرستار پذیرش دهنده ، بیمارانی را که با پرونده بستری از سایر بخش ها به بخش مربوطه منتقل می گردند را مندرجات دستبندشان را با بررسی پرونده و ارتباط کلامی موثر با خود بیمار مطابقت می دهد. از خود بیمار نام و مشخصات را پرسیده و با دستبند مطابقت می دهد ، هرگز از شماره تخت و اتاق در شناسایی بیمار در زمان تحویل و تحول استفاده نشود .

۵- پزشک و پرستار و سایر کادر بالینی و پاراکلینیکی در ابتدای هر اقدام درمانی ، مراقبتی و تشخیصی مشخصات بیمار را از خود بیمار و در صورت کودک و یا عدم هوشیاری از همراه بیمار پرسیده و با دستبند مطابقت می دهند و در ابتدای هر شیفت خود را به بیمار معرفی می کند.

۶- پرسنل کادر درمان قبل از انتقال بیمار به واحدهای پاراکلینیکی از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل نمایند.

۷- سرپرستار و پرستار مسئول شیفت هنگام تحویل و تحول بین شیفتها دستبند شناسایی بیماران را چک می کنند.

۸- سوپروایزر در هر شیفت به صورت راندوم برخی از بیماران را از نظر وجود دستبند صحیح کنترل می نماید.

۹- پرسنل بخش برای شناسایی بیمار از شماره اتاق یا تخت استفاده نمی کنند و با پرسش از خود بیمار و مطابقت با دستبند بیمار وی را شناسایی می کنند و حتما دو شناسه و ارتباط کلامی با بیمار را در نظر می گیرند.

۱۰- پرستار بیمار، هر شیفت مشخصات دستبند را از نظر خوانا بودن نوشته ها چک می کند و در صورت مخدوش شدن بلافاصله توسط پرستار پیگیری تا دستبند جدید گرفته شود و روی دست بیمار نصب گردد و در صورت باز کردن دستبند جهت اقدام درمانی بلافاصله توسط فردی که دستبند را باز کرده مجدد با تطابق مشخصات بسته می شود.

۱۱- پرستار بیمار پس از ارزیابی بیمار بر اساس معیارهای ابلاغ شده بیماران در معرض خطر سقوط از تخت، خطر آمبولی، خودکشی، سوء تغذیه، تشنج، زخم بستر و... را شناسایی کرده و برچسب کد مورد نظر را مطابق با آیتم ارزیابی شده روی دستبند می چسباند به نحوی که روی مشخصات بیمار مخدوش نشود و کاملاً قابل رویت باشد و دستبند را روی دست بیمار نصب می کند.

(آمبولی: D.V.T / سقوط: F.R / زخم بستر: B.S / سوء تغذیه: M.N / تشنج: S.Z / خودکشی: S.R)

۱۲- پرستار در صورت هرگونه حساسیت دارویی و یا غذایی نیز پس از ارزیابی دستبند قرمز را از پذیرش تحویل و روی دست بیمار نصب می نماید.

۱۳- دستبند هنگام ترخیص از بیمار تحویل گرفته و در سطل زرد عفونی دفع می شود.

❖ شناسایی بیمار با کاهش سطح هوشیاری و یا مجهول الهوية :

۱۴- پرستار در مورد بیماران با کاهش سطح هوشیاری مشخصات بیمار را با پرسش از همراهان و تطابق با پرونده و دستبند بیمار چک می کند.

۱۵- پرسنل کادر درمان در مورد کودکان شناسایی را با پرسش از همراه بیمار انجام می دهند.

۱۶- پرسنل پذیرش و کادر درمان برای بیماران مجهول الهوية نیز با قید مجهول الهوية روی دستبند و تطابق با شماره پرونده روی دستبند با پرونده بیمار شناسایی را انجام می دهند و در مورد بیماران با اختلال روانی نام بیمارستان ضروری است.

❖ شناسایی بیمار با تشابه اسمی :

۱۷- پرستار پذیرش دهنده از عبارت احتیاط بیمار با نام مشابه بر روی کاردکس بیمار و جلد پرونده بیماران یا شیشه آزمایش بیمار استفاده می نماید.

۱۸- پرسنل پذیرش از نام پدر و شماره پرونده علاوه بر سایر شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی استفاده می کنند.

منبع: راهنمای شناسایی صحیح بیماران وزارت بهداشت مرداد ۹۲

استانداردهای مرتبط با تحویل و تحول صحیح بیماران (Patient hand over)

۱. مدت زمانی مناسب برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد.
۲. قبل از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران ، تقسیم بیماران و فعالیت ها توسط سرپرستار /مسئول شیفت بخش تعیین و به اطلاع کارکنان می رسد.
۳. بمنظور ایجاد آمادگی در بیماران جهت مشارکت در فرایند تحویل و تحول به بیماران اطلاع داده میشود و در راستای حفظ حریم خصوصی بیماران لازم است افراد متفرقه از بالین بیماران دور شوند .
۴. در هنگام تحویل و تحول سرپرستار یا مسؤل شیفت قبل به همراه پرستار مسؤل بیمار در شیفت قبل و پرستار شیفت بعد بر بالین بیمار حضور یابند و پرستار مسؤل هر بیمار به وی معرفی شود .
۵. در طول فرایند تحویل بیماران کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.
۶. برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری از تکنیک مناسب مانند SBAR بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس استفاده کنید.
۷. در زمان تحویل و تحول بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات در محیطی دور از بالین بیمار و با صدای آهسته تبادل شود. این اطلاعات می تواند شامل نتایج آزمایشاتی نظیر ایدز و یا هپاتیت ، قرار داشتن بیمار در گروههای پرخطر اجتماعی نظیر سالمندان ، زندانیان و اقدام به خودکشی و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.
۸. انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و مختصر و مفید باشد.
۹. کارکنان شیفت قبل باید از ارائه اطلاعات مربوط به ایمنی بیمار نظیر سقوط از تخت و زخم فشاری و اعلام نتایج حیاتی و پاراکلینیک و غیرهبه کارکنان نوبت بعد اطمینان حاصل کنند.
۱۰. به هنگام تحویل بالینی راههای وریدی ، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت عملکرد توسط پرستار شیفت بعدی بررسی شود. این بررسی به کارکنان شیفت قبل فرصت میدهد توضیح بیشتری بدهند.

۱۱. در طی فرایند تحویل بیمار ، کارکنان شیفت بعد باید از ایمن بودن تجهیزات و محیط بیمار از جمله در دسترس بودن و صحت عملکرد زنگ احضار پرستار ، دستگاه ساکشن ، اکسیژن ، بدسایدهای تخت و ارتفاع تخت اطمینان حاصل کنند.

۱۲. اطلاعات مربوط به بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی و یا تشخیصی به سایر واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان یا خارج از بیمارستان منتقل شده اند نیز باید به کادر پرستاری نوبت بعد گزارش شود.

۱۳. بمنظور اجرای درست و کامل فرایند تحویل نوبت کاری ضروری است هنگام تحویل نوبت کاری انتقال بیماران از سایر بخش ها و واحدها به جز موارد اورژانسی و حیاتی صورت نگیرد.

۱۴. در صورت عدم حضور پرستار مسئول (اعزام/پاس شیر/ماموریت / پاس ساعتی)پرستار جانشین موظف به تحویل بیمار باشد. . تحویل بیمار به پرستار جانشین در صورت ترک محل کار حتی به مدت کوتاه و ثبت در دفتر تقسیم کار و گزارش پرستاری صورت می گیرد.

۱۵. علاوه بر تحویل بیماران در بالین ، موارد ذیل توسط مسئول شیفت قبل به سرپرستار و یا مسئول شیفت بعد تحویل می شود :

- آمار بیماران پذیرش شده و ترخیص شده و تعداد کل بستری
- گزارش وقایع ناخواسته
- وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری
- داروهای مخدوموجود در بخش

۱۶. ضروری است در تحویل نوبت کاری سرپرستار هنگام تقسیم کار در دفتر تقسیم کنترل تجهیزات پزشکی ضروری و کنترل یخچال دارویی و کنترل تعداد و تاریخ انقضا استوک دارویی بخش را لحاظ کند.

منبع : دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری ابلاغی وزارت بهداشت دی ماه

تکنیک تحویل و تحول بیمار SBAR

وضعیت ذهنی بیمار، راه هوایی، اکسیژناسیون، گردش خون، پوست زخم فشاری، تغذیه، راه وریدی، کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی	Situation وضعیت	۱
شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار	Background تاریخچه	۲
یافته های مربوط به علایم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری	Assesment بررسی	۳
توصیه برای اقدامات بعدی و پیگیری ها مانند اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری، آزمایشات و گرافی ها و.....	Recommendation توصیه ها و پیگیریها	۴

استانداردهای مرتبط با ترانسفوزیون خون و فراورده

بیمارستان بقایی دو بعنوان بیمارستان خون و انکولوژی از مصرف کنندگان عمده خون و فراورده در استان است و لزوم توجه و حساسیت پرسنل را می طلبد.

۱. آگاهی کادر درمان از دستورالعمل تزریق خون ایمن و آگاهی از پوستر همویژلانس
۲. نمونه گیری از بیمار و ریختن نمونه در شیشه آزمایش و چسباندن برچسب حاوی اطلاعات به لوله آزمایش و چسباندن برچسب حاوی اطلاعات به لوله آزمایش باید مستمر و بی وقفه توسط یک پرستار و بر بالین بیمار صورت گیرد و بلافاصله بعد از نمونه گیری برچسب بدقت زده شود برچسب باید حاوی اطلاعات نام و نام خانوادگی و شماره پرونده و تاریخ و زمان نمونه گیری و نام آزمایش باشد. در نمونه گیری کراس مچ درج نام نمونه گیر بروی برچسب شیشه آزمایش الزامی است
۳. قبل از انتقال کیسه فراورده پرستار باید از آمادگی بیمار برای شروع تزریق خون و داشتن یک خط وریدی مناسب و وجود دستبند شناسایی و چک دستور تزریق خون در پرونده و گرفتن رضایت آگاهانه از بیمار اطمینان حاصل کند.
۴. درجه حرارت باکس حمل فراورده به بخش باید کنترل شده و زمان حمل و نقل خون به واحد بیش از ۱۰ دقیقه نباشد.
۵. شناسایی دقیق بیمار با استفاده از دستبند شناسایی و توسط دو پرستار و طبق دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار قبل از ترانسفوزیون صورت می گیرد. همزمان تایید هویت بیمار با پرونده نیز صورت گیرد.
۶. کیسه خون نباید قبل از تزریق بیمار بیش از نیم ساعت خارج از یخچال نگهداشته شود. و تزریق گلبول یا PC در شرایط غیر اورژانسی باید حداکثر در ۴ ساعت از زمان خارج کردن خون از یخچال به پایان برسد.
۷. بررسی و انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون توسط دو نفر
۸. بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن
۹. قبل از ترانسفوزیون خون بایستی اطلاعات مربوط به گروه خون ABO و RH برچسب شماره کیسه خون کیفیت کیسه خون نظیر هرگونه نشت یا آسیب در کیسه خون رنگ غیر طبیعی خون (بنفش یا ارغوانی) وجود لخته ، وجود کدورت تاریخ انقضا ، کیسه باد کرده و هر گونه عدم تطابق و یا نقص در هر یک از موارد ذکر شده کیسه به بانک خون عودت داده شود.
۱۰. توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی عدم انطباق و انجام هماهنگی
۱۱. اندازه گیری علایم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از شروع تزریق خون و ۱۵ دقیقه و نیم ساعت و یک ساعت بعد از تزریق خون بایستی انجام گردد و در صورتی که هر یک از پارامترها نسبت به میزان طبیعی تغییر کرده باشد مورد توجه قرار گیرد.

۱۲. نظارت مستمر پرستار در ۵ دقیقه اول و حضور در بالین و در ۱۵ دقیقه بعد از طریق مراجعه و ارزیابی بیمار
۱۳. قبل از شروع تزریق خون باید به بیماران درباره علایم و نشانه های عوارض ناخواسته خون مانند لرز ، راش ، گرگرفتگی ، تهوع ، درد در محل تزریق و یا قفسه سینه و عضلات و احساس ناخوشی عمومی ، تنگی نفس و ادرار تیره و اهمیت گزارش سریع آن آموزش داده شود.
۱۴. قطع فرایند تزریق خون در صورت بروز واکنش و اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و گزارش عوارض خون
۱۵. تمامی فراورده های خونی باید از طریق ست تزریق خون که دارای فیلتر می باشد تزریق شود و هر کیسه خون باید با یک ست جداگانه تزریق گردد و در موارد تجویز پزشک از ست فیلتر دار کم لکوسیت استفاده شود.
۱۶. هیچ گونه دارو و محلول تزریقی نباید به فراورده خون اضافه گردد زیرا ممکن است منجر به همولیز یا لخته شدن خون گردد.
۱۷. سرعت تزریق خون به حجم خون و وضعیت بالینی بیمار بستگی دارد در بیماران با کم خونی یا مشکلات قلبی و در کودکان تجویز حجم دقیق و مدت زمان تزریق باید مدیریت دقیق شود.
- ثبت تاریخ و ساعت شروع و پایان ترانسفوزیون خون و فراورده و حجم و ترکیب فراورده و بررسی های انجام شده قبل و حین و بعد از تزریق خون توسط پرستار و علایم بالینی بیمار و واکنش های ناخواسته به تزریق خون و پیامدهای آن در پرونده بیمار الزامی است.

استانداردهای استفاده از داروهای مشابه

(تشابه لفظی-تشابه ظاهری - تشابه اسمی)

۱. وجود لیست به روز تایید شده توسط ریاست بیمارستان و کمیته دارو درمان در بخش و توجه پرستار به این لیست نصب شده در بخش جهت جلوگیری از خطای دارویی
 ۲. آگاهی کادر درمان از پوستر داروهای مشابه جدید نصب شده و ابلاغ شده در بخش
 ۳. تکمیل فرم شناسایی داروهای مشابه توسط پرستاری که متوجه ورود داروی مشابه به بخش میشود جهت اطلاع سایر همکاران از وجود داروی مشابه. و بروز رسانی فرم مربوطه.
 ۴. قرار دادن داروهای مشابه در باکس هایی با برچسب زرد رنگ
 ۵. در صورتی که داروی مشابه داروی پر خطر هم بود برچسب قرمز رنگ بر روی باکس دارویی الویت دارد .
 ۶. محدودیت تجویز داروهای مشابه و داروهای پر خطر بصورت تلفنی و شفاهی خصوصا داروهای دارای صدا و آوا و تلفظ مشابه و در موارد ضروری استفاده از تکنیک باز خوانی مجدد برای تایید مجدد داروی تجویز شده در حضور پرستار شاهد .
 ۷. عدم استفاده از اختصارات دارویی در ثبت داروهای مشابه توسط پزشک و پرستار
 ۸. استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه در دستور پزشک کاردکس و کارت دارویی
 ۹. استفاده از دستورالعمل دارودهی ۷ RIGHT
- داروی صحیح - بیمار صحیح - راه مصرف صحیح - زمان صحیح دوز صحیح - ثبت صحیح - حق کارکنان ، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی داده شده .

استانداردهای استفاده از داروهای با هشدار بالا

High Alert medication

۱. وجود لیست تایید شده داروهای پر خطر توسط ریاست بیمارستان و کمیته دارو و درمان بخش و نصب در اتاق دارو بخش و آگاهی کادر درمان از این لیست
۲. آگاهی از داروهای پر خطر ۱۲ گانه پر خطر
۳. ابلاغ برچسب گذاری داروهای پر خطر بر روی ویال از داروخانه و انجام آن توسط داروخانه قبل از ارسال دارو به بخش
۴. قرار دادن داروهای پر خطر در باکس هایی با اتیکت قرمز
۳. محدودیت تجویز داروهای پر خطر بصورت تلفنی و شفاهی
۴. چک مستقل دوگانه دستورات داروهای پر خطر توسط دو پرستار و تیک مارک دارو در دستورات پزشک
۵. آماده سازی و تزریق و ثبت داروی پر خطر توسط دو پرستار و تیک مارک آن در گزارش پرستاری .
۶. نگهداری دوزهای متفاوت داروهای پر خطر در باکس های جداگانه با شرایط محیطی مناسب با اتیکت قرمز رنگ (مانند دوز ۵۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ هزار هپارین در دمای اتاق جداگانه و انسولین پس از باز شدن ویال در یخچال در باکس جداگانه بمدت ۲۸ روز)
۷. آموزش اثربخش به بیمار در مورد عوارض دارویی
۸. آگاهی و عمل کردن کادر درمان در مورد قرار دادن ویال کلرور پتاسیم در قفسه جداگانه با سبد قرمز با اتیکت بزرگ و خوانا و کاملاً مجزا از سایر الکتروولیت ها
۹. استفاده از دستورالعمل داروهای RIGHT Y
- داروی صحیح – بیمار صحیح – راه مصرف صحیح – زمان صحیح دوز صحیح _ ثبت صحیح – حق کارکنان ، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی داده شده .
۱۰. دستور PRN برای مخدر گذاشته نمی شود.
۱۱. کمد مخدرها حفاظت شده و کلید در اختیار مسئول شیفت است. و تحویل و تحول آن در ابتدا و انتها شیفت مستند در دفتر انجام میشود.

استانداردهای مرتبط با محلولهای الکترولیت با غلظتهای بالا

۱- فراورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپر تونیک از نظر دوز و حجم و سرعت و طریقه مصرف با دستور دارویی درج شده در پرونده بیمار توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد .

۲- شناسایی دقیق بیمار قبل از تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

۳- فراورده های فوق از نظر دوز طریقه مصرف زمان مصرف ثبت صحیح دلیل مصرف و پاسخ به دارو توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد .

۳- کنترل و ثبت علایم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق

۴- آماده کردن فراورده های فوق در تریالی تزریقات تمیز قبل از تزریق

۵- بعد از رقیق شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا نصب بر چسب سرم پرخطر قبل از تزریق به بیمار الزامی است .

۶- در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا تاکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است در صورت نبود پمپ از میکروست برای تزریق محلول استفاده شود و در طول تزریق بیمار بطور مکرر مانیتور شود .

۷- قرار دادن ویال کلرور پتاسیم در قفسه جداگانه با سبد قرمز با اتیکت بزرگ و خوانا و کاملاً مجزا از سایر الکترولیت ها

۸- آگاهی و اجرای دستورالعمل داروهای مولتیپل دوز ابلاغی واحد مدیریت دارویی بیمارستان بقایی دو

اصول دارودهی صحیح به بیمار بر اساس دارو دهی صحیح 7 Right

۱. **بیمار صحیح :** از بیمار می خواهیم در صورت هوشیار بودن خود را معرفی کند و نام بیمار را با دستبند شناسایی و کارت دارویی بیمار مطابقت می دهیم در این میان در شناسایی بیماران با اسامی مشابه و مجهول الهویه و اطفال و بیمار غیر هوشیار نیز دقت میشود.
۲. **داروی صحیح :** کارت دارویی با دستورات پزشک و کاردکس تطابق داده میشود و و داروی بیمار از نظر نام دارو (ژنریک و تجاری) تاریخ انقضا و تطابق با داروی آماده شده کنترل میشود. در هنگام دادن داروهای پرخطر کنترل و آماده سازی و دادن دارو با حضور دو پرستار انجام می گیرد.
۳. **زمان صحیح دارو :** در زمان درست و طبق دستور پزشک دارو داده میشود در این میان به دستورات DC دارو و HOLD شدن دارو و یا STND BY شدن دارو توجه می شود. اگر بیمار به هر دلیلی از مصرف دارو امتناع کرد باید به پزشک معالج بیمار اطلاع رسانی شود. و در گزارش پرستاری قید شود. و در مورد داروهای خوراکی از خوردن داروها توسط بیمار اطمینان حاصل نمائید.
۴. **راه مصرف صحیح دارو :** دارو به روش صحیح داده میشود و به شرایطی که پزشک جهت دادن یا ندادن دارو و یا شرایط خاص در دستورات خود مرقوم نموده، توجه نمود.
۵. **دوز مصرف صحیح دارو :** دوز دارویی آماده شده به بیمار بایستی با دوز دارویی دستور داده شده توسط پزشک مطابقت داشته باشد. در صورت کاهش و یا افزایش دوز دارویی و دستور جدید باید در کارت دارویی اعمال شود.
۶. **ثبت صحیح دارو :** مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار در گزارش پرستاری و پرونده. در مورد داروهای پرخطر مرحله ثبت نیز با حضور دو پرستار و مهر پرونده توسط هر دو صورت می گیرد.
۷. **حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار :** در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی داده شده پس از دادن دارو به بیمار به عوارض دارویی خاص که ممکن است ایجاد شود توجه میشود. و در صورت بروز هر گونه عوارض پیگیری و فرم ADR نیز پر و ارسال میگردد.

- داروهای فاقد برچسب دور ریخته میشود.
- داروهایی را که ۱۰۰٪ نمی دانید چیست به بیمار نمی دهید.
- آگاهی از دستورالعمل مولتیپل دوز
- آگاهی از لیست داروهای ضروری و حیاتی و خودبخود متوقف شونده

- داروهای تاریخ گذشته بخش با صورتجلسه به داروخانه بازگردانده میشود.

توجه : بدلیل درخواست داروی روزانه داروی تاریخ گذشته نخواهیم داشت جز در موارد داروهای تریالی اورژانس که با تنظیم صورتجلسه به داروخانه عودت داده میشود. داروی جدید تحویل گرفته میشود.

مهار شیمیایی

۱. آگاهی از دستورالعمل مهار شیمیایی موجود در فایل اعتباربخشی
۲. بررسی سابقه حساسیت دارویی و آلرژی بیمار
۳. حتما در پرونده بیمار دستور مهار نوشته شود.
۴. مهار در کوتاهترین زمان ممکن باشد.
۵. حین مهار حریم خصوصی بیمار حفظ شود.
۶. جهت داروهای سداتیو جهت مهار دستور PRN گذاشته نشود.
۷. علایم حیاتی بیمار ارزیابی شود و پاسخ به درمان بیمار بررسی شود و در گزارش پرستاری ثبت شود.

مهار فیزیکی

۱. وجود دستورالعمل مهار فیزیکی و آگاهی پرستار از آن واقع در فایل اعتباربخشی
۲. طبق دستور پزشک با ساعت شروع و پایان و ذکر اندام نیازمند به مهار
۳. استفاده از ابزار مهار فیزیکی استاندارد
۴. تمهیدات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط و یا زخم بستر در بیمار
۵. کنترل سیستم های عصبی و عروقی اندامها و اعضا مجاز در مهار فیزیکی
۶. حفظ حریم خصوصی بیمار حین مهار فیزیکی

توجه : در مادران باردار و افراد با اختلال حرکتی مهار ممنوع است.

ترخیص ایمن (SMART)

- ✓ اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص و ثبت دستور ترخیص
- ✓ ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری آنان
- ✓ مدیریت و مراقبت و درمان بیمار پس از صدور ترخیص تا هنگام ترک بیمارستان
- ✓ نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و خدمات مستمر حین انتقال
- ✓ مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در خلاصه پرونده و نسخه دارویی بیمار
- ✓ آموزش اثر بخش بیمار حین ترخیص بر اساس پوستر ۸ راه حل ساده ایمنی نصب شده در اتاق همه بیماران از قبیل داروهای مصرفی و زمان مراجعه مجدد و خود مراقبتی
- ✓ شناسایی بیماران آسیب پذیر و معرفی به واحد مددکاری جهت پیگیری پس از ترخیص
- ✓ معرفی بیماران با ریسک خطر بالا به واحد آموزش به بیمار جهت پیگیری پس از ترخیص

مدیریت درد

- ✓ آگاهی پرسنل از دستورالعمل تسکین درد و اقدام طبق آن (در فایل اعتباربخشی موجود است)
- ✓ ارزیابی بیمار براساس معیار موجود در بخش و ثبت در گزارش پرستاری
- ✓ مدیریت درد و استفاده از روش های غیر دارویی نظیر آگاه سازی بیمار از عوارض داروها و مسکن ها و در رده پایانی از ضد التهاب های غیر استروئیدی و مخدر استفاده شود.
- ✓ به تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته این مخدرها نظیر آپنه توجه شود.
- ✓ در صورت استفاده از پمپ های مخدر تمهیدات لازم اندیشیده شود.
- ✓ ارزیابی مجدد بیمار و بررسی اثر بخشی دارو مخدر

دستورات شفاهی یا تلفنی

- ✓ پرستار مسئول بیمار ، با ارزیابی شرح حال کامل بیمار در شرایط اورژانسی در صورت نیاز و بروز مشکل جهت نجات بیمار با پزشک معالج تماس گرفته (در صورتی که دسترسی به پزشک معالج امکان پذیر نباشد) پرستار مسئول شیفت با تماس تلفنی دستورات پزشک را دریافت و ثبت می کند.
- ✓ پرستار جهت جلوگیری از سوء تفاهات از سوالات شفاف استفاده می کند.
- ✓ پرستار بیمار ، دستورات تلفنی را در حضور پرستار شاهد و قرار دادن تلفن روی آیفن و روی برگه می نویسد و دستورات را از روی برگه برای پزشک بازخوانی (Read back) می کند.
- ✓ پرستار بیمار ، پس از تایید پزشک بعد از بازخوانی دستورات تلفنی یا شفاهی را در برگ دستور پزشک ثبت می کند.
- ✓ پرستار مسئول شیفت و پرستار شاهد (پرستار بیمار یا سوپروایزر بالینی شیفت) دستورات تلفنی را مهر و امضا کرده و حتما ساعت و تاریخ می زند و با خط می بندد.
- ✓ پرستار مسئول بیمار دستورات داده شده را اجرا می کند
- ✓ پرستار در گزارش پرستاری ثبت می کند که چه موقع و چه ساعتی و چه کسی و با چه کسی صحبت شده است و چه اطلاعاتی گرفته شده است .
- ✓ پرستار موارد تلفنی را به غیر از پرونده در کاردکس هم ثبت می کند.
- ✓ پرستار بعد از انجام دستورات تلفنی و اجرای آن در صورت نیاز نتایج حاصله را به اطلاع پزشک می رساند.
- ✓ پرستار ، بیمار را هنگام تعویض شیفت یا شیفت بعد، تحویل و تحول بالینی می نماید و دستورات تلفنی گرفته شده را به پرستار شیفت بعد اطلاع می دهد.
- ✓ پرستار ، طی ۲۴ ساعت بعد از اخذ دستورات تلفنی باید دستورات تلفنی قید شده را در پرونده توسط مسئول شیفت به اطلاع و مهر و امضای پزشک معالج می رساند.

اخذ رضایت آگاهانه از بیماران جهت اقدامات تهاجمی

در مسیر تشخیص و درمان بیماری ها پاره ای از اوقات به انجام اقداماتی نیاز است که مستلزم ایجاد جراحت در بدن بیمار بوده و یا طی آن به برخی از بافت های بدن بصورت اجتناب ناپذیری آسیب گذرا و کم خطر می رسد و اغلب با مراقبت صحیح به تدریج بهبود می یابد. به این گونه اقدامات در اصطلاح علم پزشکی اقدامات تهاجمی گفته می شود. بیمار حق دارد قبل از اقدام تهاجمی طبق اطلاعاتی که پزشک درمانگر به وی ارائه می دهد ، انتخاب نماید که اقدام مزبور صورت پذیرد یا خیر. در چنین مواقعی پزشک می باید در زمینه علت و ضرورت ، و نحوه انجام و عوارض و اقدامات جایگزین اطلاعاتی را بصورت مختصر و مفید در اختیار بیمار قرار دهد و در صورتی که بیمار هوشیار نبوده و یا قدرت تصمیم گیری نداشته باشد ، اطلاعات فوق باید به همراه بیمار یا نماینده قانونی وی در میان گذاشته شود و در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار بنا به تشخیص پزشک نیاز به رضایت آگاهانه نیست. در این مرکز نیز لیست اقدامات تهاجمی نیازمند رضایت آگاهانه به کلیه واحدهای درمانی ابلاغ شده است. پس از اینکه این اطلاعات در اختیار بیمار یا ولی قانونی وی قرار گرفت بعد از دستور پزشک و اطمینان از آگاهی بیمار رضایت آگاهانه از بیمار توسط پرستار اخذ میشود.

- ✓ وجود لیست اقدامات تهاجمی و تشخیصی مشمول اخذ رضایت آگاهانه و نصب در معرض دید پرسنل
- ✓ رضایت آگاهانه در تمامی پروسیجری های تهاجمی بعد از دستور پزشک و دادن آگاهی از ولی یا وابسته درجه یک بیمار و قبل از انجام اقدام صورت می گیرد.

توجه : ثبت تاریخ و ساعت و نسبت فرد رضایت دهنده با بیمار و امضا پرستار و فرد شاهد در فرم ضروری است.

۹ راه حل ایمنی بیمار

سازمان بهداشت جهانی ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقای ایمنی بیمار ارائه داده که عناوین آنها عبارتند از :

۱. توجه به داروها با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجری صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت های بیمارستانی

توجه : اهمیت رعایت بهداشت دست به عنوان یکی از مهمترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و کاهش مقاومت میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود . و در این رابطه آگاهی از موارد شستن دست با آب و صابون (هند واش) و یا استفاده از محلول های ضد عفونی دست (هند راپ) و انجام هند راپ اسکرپ با محلول ضد عفونی دست با بنیان الکلی قبل از انجام پروسیجری های تهاجمی در بیمار با نقص سیستم ایمنی و آگاهی از پنج موقعیت شستن دست از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

از سوی دیگر با توجه به اهمیت دفع پسماندها آگاهی از انواع پسماند تولید شده در بخش و چگونگی دفع پسماندهای عفونی و نوک تیز و برنده و شیمیایی و غیر عفونی ضروری است.

تلفیق دارویی

- ✓ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در شرح حال
- ✓ تعیین داروهای مشمول تلفیق دارویی توسط مدیریت دارویی
- ✓ ذکر داروهای مصرفی بیمار در برگه ارزیابی اولیه توسط پرستار
- ✓ آموزش اثر بخش داروهای مصرفی به بیمار توسط پرستار و توانایی پاسخگویی بیمار