



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران
بیمارستان لولاگر

کتابچه خط مشی و روش بیمارستان لولاگر

دفتر بهبود کیفیت

با مشارکت صاحبان فرایند

تاریخ بازنگری شهریور 96

اختصارات خط مشی ها:

معنی	اختصار	لاتین	ردیف
بیمارستان لولاگر	L	Lolagar	1
مدیریت و رهبری	M&L	Management and Leadership	2
حقوق گیرنده خدمت	PR	Patient Rights	3
بخش بلوک	LU	Labor Unit	4
بخش مراقبت ویژه قلب	CCU	Coronary care unit	5
اتاق عمل	OR	Operation Room	6
تدارکات	PRO	Procurements	7
خط مشی و روش	pp	Policy@Procedure	8
رادیولوژی	RAD	Radiology	9
کنترل عفونت	IC	Infection Control	10
بخش های بالینی	cl	Clinical	11
ویرایش اول	A		12
ویرایش سوم	C		13

ردیف	خط مشی و روش	شماره صفحه
1	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطة بیمار	4
2	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطة کارکنان	7
3	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی معاملاتی	11
4	تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات	16
5	دستورات مراقبتی و درمانی تلفری در موارد ضروری	19
6	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	21
7	نحوه و اندیکاسیون پذی ش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	24
8	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	28
9	رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطة اتاق عمل مانند: اتاق زائمان، جراحی های سرپایی، اسکوپ ها	30
10	اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین	33
11	اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها	35
12	ارزش گذاری و فرهنگ گذاری رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان بالینی	38
13	خط و مشری و روش راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان	40
14	خط و مشری و روش رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	43
15	حمایت از گروه های آسیب پذی و جمعیت های در معرض خطر	46
16	مدیریت مادران پرخطر	49

عنوان سند: مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه بیمار

کد خط مشی: L M&L -PP-01-B

نام بخش:	مدیریت و رهبری	دامنه خط مشی:	کلیه بخشها و واحدها		فرد پاسخگو:	مدیر بیمارستان
تاریخ تدوین:	95/5/10	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/10	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 3
تاریخ ابلاغ:	95/5/21	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/21		نحوه ارزیابی خط مشی	بازدید های میدانی و پایش برنامه عملیاتی

بیانیه خط مشی	<p>اهداف: کاهش بستری مکرر بیماران در بیمارستان - افزایش کیفیت زندگی بیمار - کاهش هزینه های درمانی - ارتقاء کیفیت خدمات در بیمارستان - پیشگیری از بهاری ها - تغیی نگرش درمان</p> <p>چرایی: لزوم حفظ سلامتی و ارتقاء آن جهت افزایش رصایتمندی و کیفیت زندگی بیماران.</p> <p>سیاست: ارائه آموزش های لازم با توجه به نیازهای شناسایی در هر بخش درمانی - شناسایی بیماران نیازمند به مداخلات ارتقا سلامت و آموزش ایشان - حیطه های مورد آموزش در جهت پیشگیری شامل پیشگیری از چاقی، دیابت، فشار خون، سکنه مغزی و سرطان ، ترک دخانیات و تغذیه سالم می باشد.</p>
تعاریف	<p>سلامت، تنها فقدان ناتوانی و بیماری نبوده بلکه طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، شامل سلامت کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی می باشد.</p> <p>ارتقا سلامت: عبارت است از روند توانمند سازی افراد برای حفظ، کنترل و بهبود سلامتییشان.</p>
روش اجرایی	<p>1- به صورت فصلی آمار علل بستری بیماران به تفکیک بخش های درمانی استخراج شده و نیازهای انجام فعالیت های ارتقا سلامت بیماران توسط مسئول آموزش به بیمار و مسئولین بخشها استخراج می شود.</p> <p>2- پمفلت آموزشی مرتبط با نیاز بیماران توسط سوپر وایزر آموزشی با مشارکت پرسنل بخش ها تهیه شده و در کلیه بخش ها، در اختیار بیماران قرار می گیرد.</p> <p>3- آموزش بدو ورود، حین بستری، و زمان ترخیص بیمار در رابطه با بهاری، تداخلات دارویی، تاریخ مراجعات بعدی و سای فعالیت ها و مراقبت ها ی لازم از بهار در منزل توسط پزشک و پرستار به بیمار داده میشود و مکتوب میگردد.</p> <p>4- فاکتورهای خطر (کشیدن سیگار، سابقه مصرف مواد، سابقه بیماریهای زمینه ای فشار خون، دیابت.....، وجود بیماری سرطان در بستگان نزدیک، وجود سابقه سکنه مغزی و قلبی</p>

<p>در بیمار یا بستگان نزدیک....، جاقی در بیماران) در ارزیابی اولیه توسط پزشک یا پرستار در زمان پذیرش شناسایی می شوند.</p> <p>5- نیازهای بیماران در برگه ارزیابی اولیه توسط پرستاران بخش ثبت می گردد.</p> <p>6- کلیه آموزشهای ارائه شده به بیماران توسط پرستار به بیمار داده شده و در پرونده بیمار (گزارش پرستاری) ثبت می کند.</p> <p>7- کلاس های آموزش هماهنگی در کلینیک دیابت و مامایی جهت مراجعین برگزار شده و به ایشان در خصوص مباحث ارتقا سلامت آموزش داده می شود.</p> <p>8- واحد بهداشت محیط از نصب تابلو های منع مصرف سیگار در بخش ها مطمئن بوده و پرستاران آموزش لازم را به بیماران مرتبط ارائه می کند.</p> <p>9- عوامل تهدید کننده ی محیطی توسط پرستاران و مسئول ایمنی و هماهنگ کننده ایمنی شناسایی و گزارش شده تا در کاهش مخاطرات بیماران در بیمارستان سهیم باشند.</p> <p>10- مراکز حمایتی توسط منشی بخش یا پرستار بیمار جهت مراجعه به ایشان در زمان ترخیص داده می شود.</p> <p>11- پیگیری پس از ترخیص در خصوص بیماران پر خطر توسط پرستار بخش در خصوص ارزیابی آموزشهای ارائه شده و پاسخ به سؤالات جدید انجام می شود.</p> <p>12- آزمایشات معوقه بیمار طبق روش اجرائی مربوطه توسط پرستار پیگیری و در صورت داشتن مشکل جهت انجام پیگیری های لازم به بیمار اطلاع رسانی شود.</p> <p>13- مشاوره تغذیه در بیماران بستری طبق نظر پزشک انجام می شود و بیماران در معرض خطر توسط پرستار به کلینیک تغذیه راهنمایی می شود.</p> <p>14- رعایت شستشو و بهداشت دست بر اساس موقعیت های بچهن آمده و پروتکل انجام میگردد و به بیماران هم در این خصوص با نصب پوستر ها در کنار سینک دستشویی و پمفلت آموزشی، آموزش لازم ارائه می شود.</p> <p>15- استفاده از انگشت شناسایی و معرفی پرسنل به بیمار، جهت آرامش روحی بیمار در کلیه بخش های درمانی انجام میشود.</p> <p>16- هفته ای 2روز کلاسهای آموزش همگانی جهت مراجعین به بیمارستان در خصوص پیشگیری از سرطان سگته قلبی و مغزی و پیشگیری از دیابت و فشار خون به زبان ساده و قابل فهم آموزش داده می شود.</p> <p>17- در کلاسهای آموزش همگانی، غربالگری بیماران با توجه به علائم آموزش داده شده به ایشان، انجام گرفته و به تخصص های مربوطه توسط مسئول آموزش ارجاع میشود.</p> <p>18- پایش رضایت سنجی و اثربخشی آموزش به بیمار بصورت فصلی انجام می گیرد.</p>	
---	--

منابع	دستورالعمل های داخلی بیمارستان	امکانات و تسهیلات	پمفلتهای آموزشی - مشاوره ها - پوستر بهداشت دست -
لیست ذینفعان	بیماران - خانواده بیماران - مسئول واحد تغذیه - بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای - از مایشگاه - رادیولوژی - کنترل عفونت -	صاحبان فرایند	کلیه پرسنل بالینی - پزشکان - پرستاران - منشی بخش - مسئول آموزش - مامای مسئول آموزش - مسئول تغذیه - مسئول بهداشت

محیط -			
--------	--	--	--

تهیه کنندگان	یداله رشیدی مریم بابا بی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد زهره طاهرزاده شیوا یوسف زاده	سمت	مدیر بیمارستان مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت مسئول کنترل عفونت مسئول آموزشی همگانی	امضاء	تهیه کنندگان انور فاطمه فاطمی فاطمه قاسمی	زهراسادات نوری	سمت	مسئول بهداشت حرفه ای مسئول هماهنگ کننده ایمنی مسئول بهداشت محیط	امضا
تایید کننده:	یداله رشیدی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیر مسئول بهبود کیفیت	امضا					
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا					

عنوان سند: مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه کارکنان

کد خط مشی: L M&L -PP-02-B

نام بخش:	مدیریت و رهبری	دامنه خط مشی:	کلیه بخشهای بستری و سرپایی - کلینیک، پاراکلینیک، واحدهای پشتیبانی		فرد پاسخگو:	مدیر بیمارستان
تاریخ تدوین:	95/5/10	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/10	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 3
تاریخ ابلاغ:	95/5/21	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/21		نحوه ارزیابی خط مشی	ارزیابی و پایش خطرات شغلی متناسب با هر بخش

بیانیه خط مشی	<p>اهداف: تأمین و ارتقاء سطح سلامت نیروی کار - پیشگیری از آسیب های شغلی کارکنان - کاهش غیبت از کار - افزایش کیفیت زندگی کارکنان - افزایش رضایتمندی کارکنان در محیط کاری</p> <p>چرایی: لزوم حفظ سلامتی کارکنان جهت افزایش کیفیت کار در محیط بیمارستان - افزایش رضایتمندی کارکنان - در اختیار داشتن نیروی کار سالم، بارور و با انگیزه و متناسب سازی کار و محیط کار با انسان</p> <p>سیاست: انجام معاینات بدو ورود - انجام معاینات دوره ای کارکنان - شناسایی مخاطرات شغلی در محیط کار - آموزش کلیه پرسنل در خصوص پیشگیری از بیماریها و مواجهات شغلی - رعایت اصول ایمنی و سلامت شغلی - اصول بهداشتی در هنگام کار، تغذیه سالم و با کیفیت - برنامه رژیم غذایی مناسب</p>
تعاریف	<p>آلاینده ها به پنج دسته تقسیم می شوند. عوامل فیزیکی (نور صدا گرما ارتعاش و.....)، عوامل شیمیایی (بخار گازها مایعات و.....)، عوامل ارگونومیکی (فضای محیط کار تطبیق فضای محیط کار با بدن انسان مانند کار با کامپیوتر همچنین کار ایستاده، کار نشسته و ...)، عوامل مکانیکی (حوادث و اتفاقات که برای افراد پیش می آید. روانی (استرس) فشار روانی تنیدگی یا استرس در روان شناسی به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس زا یا عامل تنیدگی نامیده می شود. استرس یک فشار روانی و احساسی بیش از حد تحمل فرد است.</p>
	<p>1- آلاینده های محیط کار با توجه به آلاینده های هر بخش با پیگیری و نظارت مسئول بهداشت حرفه ای توسط شرکتهای معتبر مراکز بهداشت اندازه گیری می شود.</p> <p>2- نتایج سنجش آلاینده های محیط کار توسط مسئول بهداشت حرفه ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با استانداردهای موجود مقایسه شده و پیرو آن اقدامات اصلاحی اتخاذ می</p>

روش اجرایی

گردد.

3- مسئول بهداشت حرفه ای پس از ارزیابی عوامل زیان آور محیط کار با همکاری کلیه مسئولین بخشها و واحدهای بیمارستان در طول سال نسبت به ارزیابی ریسک کلیه بخشها و واحدها اقدام می نماید.

4- مسئول بهداشت حرفه ای با طرح ارزیابی عوامل زیان آور محیط کار و نتایج خطرات شناسایی شده از ارزیابی ریسک در طول سال براساس اهمیت اولویت نسبت به کنترل عوامل زیان آور با مشخص کردن مسئولیت ها، زمان اجرا و تجهیزات مورد لزوم اقدام می نماید.

5- مسئول بهداشت حرفه ای با همکاری اعضای کمیته حفاظت فنی در طول سال نسبت به اثر بخشی اقدامات کنترلی عوامل زیان آور با ارزیابی مجدد عوامل زیان آور اقدام نموده و نتایج را جهت پی گیری مجدد در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار اقدام می نماید.

6- مسئول بهداشت حرفه ای به صورت دوره ای در طول سال از کلیه بخشها و واحدهای بیمارستانی بازدید نموده و پس از ثبت نواقص ایمنی و بهداشتی و مطرح در کمیته در حفاظت فنی با همفکری اعضای کمیته نسبت به رفع نواقص اعلام شده اقدام می نماید

7- مسئول بهداشت محیط در طول سال نسبت به تهیه پمفلتهای آموزشی و علائم ایمنی عدم استعمال دخانیات در بخشها و واحد ها اقدام می نماید. واحد آموزش نسبت به برگزاری دوره آموزشی مهارت حل مساله و کنترل استرس را جهت کلیه کارکنان برگزار می نماید.

8- کلیه پرسنل جدید بیمارستان در هر بخش / واحد توسط مسئول بخش / واحد یا مسئول آموزش به مسئول بهداشت حرفه ای جهت ارجاع و انجام معاینات بدو استخدام راهنمایی می شود.

9- معاینات قبل از استخدام (آزمایش کلی - تست ریه - تست اسپرومتری - تست اپنومتري و تست اعتیاد به مواد مخدر) توسط پرسنل با راهنمایی و پیگیری مسئول بهداشت حرفه ای انجام می شود.

10- پیگیری لازم جهت انجام معاینات دوره ای کارکنان توسط مسئول بهداشت حرفه ای و مدیریت بیمارستان انجام می شود.

11- در صورتی که تیتراآنتی بادی هپاتیت کمتر از حد مجاز بود هماهنگی لازم جهت تزریق واکسن هپاتیت B با مشارکت مسئول کنترل عفونت انجام می شود.

12- پس از انجام معاینات دوره ای ، بیماریهای شغلی به تفکیک هر بخش / واحد توسط مسئول بهداشت حرفه ای انجام میشود و نیازهای آموزشی با توجه به مخاطرات شغلی مربوط به هر گروه شغلی تعیین می شود.

13- به صورت سالیانه جزوات آموزشی مرتبط در خصوص پیشگیری و یا کنترل بیماری ها ، توسط واحد بهداشت حرفه ای و آموزش تهیه و جهت مطالعه در اختیار کلیه پرسنل قرار می گیرد.

14- کلاسهای آموزش ایمنی و سلامت شغلی ، اصول ارگونومی در ادارات ، پیشگیری از بیماریهای مزمن (مانند دیابت، فشارخون...) جهت کارکنان با مشارکت واحد آموزش و بهداشت حرفه ای در بیمارستان انجام می شود.

<p>۱۵- آموزش در مورد نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی برای گروه های پرستاری در کلاس های توجیهی بدو ورود توسط مسئول کنترل عفونت و در مورد سایر رده های شغلی توسط مسئول بهداشت حرفه ای صورت می گیرد</p> <p>16- پمفلت یا بروشورها ایمنی و سلامت شغلی، اصول ارگونومی در ادارات توسط واحد بهداشت حرفه ای به صورت سالیانه تهیه و جهت مطالعه در اختیار کلیه پرسنل قرار می گیرد.</p> <p>17- پمفلت پیشگیری از فشار خون و دیابت توسط واحد آموزش به صورت سالیانه تهیه و جهت مطالعه در اختیار کلیه پرسنل قرار می گیرد.</p> <p>18- فرآیند مواجهات شغلی (مانند: نیدل استیک،...) مشخص شده است و پیگیری های لازم در این زمینه توسط واحد کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای انجام می شود.</p> <p>19- آموزشهای لازم در خصوص اقدامات مورد نیاز در مواجهات شغلی در بدو ورود توسط واحد کنترل عفونت به کلیه پرسنل ارائه می شود.</p> <p>20- فرآیند گزارش حوادث و شبه حوادث و فرم های مربوطه توسط مسئول بهداشت حرفه ای تهیه شده و به کلیه بخش ها جهت ارائه گزارش توسط مدیریت ابلاغ می شود.</p> <p>21- مسئول بهداشت حرفه ای در صورت ارائه گزارش یا نامه از کلیه بخشها و واحدها در طول سال مبنی بر وجود بیماری یا نواقص ایمنی و بهداشتی محیط کار پس از بررسی های لازم با بازدید از محیط های کار، مصاحبه با کارکنان و تهیه فرم شکوائیه مراتب را براساس اهمیت اولویت در کمیته حفاظت فنی مطرح نموده و با همکاری اعضای کمیته در خصوص رفع نواقص اعلام شده اقدام می نماید.</p> <p>22- مسئول بهداشت حرفه ای با همکاری مسئول تغذیه در انتهای سال با انجام معاینات دوره ای و شناسایی افراد پرخطر با توجه به BMI آنان برنامه ریزی لازم را جهت مشاوره و تغذیه سالم کارکنان پرخطر انجام میدهند.</p> <p>23- مسئول بهداشت حرفه ای در شش ماه اول سال با تهیه فرم استرس شغلی، پس از تعریف حجم نمونه ارزیابی استرس را جهت کلیه کارکنان انجام داده و پس از طرح نتایج ارزیابی در کمیته حفاظت فنی نسبت به انجام راه حل های کنترلی با همفکری اعضای کمیته اقدام می نماید.</p> <p>24- واک راندهای ایمنی با هماهنگی مسئول هماهنگ کننده ایمنی توسط مسئول ایمنی، ریاست و مدیریت بیمارستان انجام شده و اقدامات اصلاحی پیرو شناسایی مخاطرات در واک راندهای مربوط اتخاذ میشود.</p> <p>25- پیگیری اجرای مصوبات مربوطه توسط مسئول هماهنگ کننده ایمنی انجام میشود و گزارش اجرا یا عدم اجرای مصوبات به کمیته مدیران اجرایی ارجاع می شود.</p> <p>26- مسئول پیگیری برنامه های ارتقای سلامت کارکنان در بیمارستان، مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان می باشد.</p>	
---	--

<p>بودجه لازم جهت انجام آلاینده ها و معاینات دوره ای- فرم های معاینات دوره ای _ اولیه- جزوات آموزشی پیشگیری و کنترل بیماری ها- کلاس های آموزشی- پمفلت یا بروشورهای آموزشی</p>	<p>امکانات و تسهیلات</p>	<p>سجده های اعتباربخشی- سیاست بیمارستان- برخی از فرآیندهای بیمارستان-</p>	<p>منابع</p>
---	--------------------------	---	--------------

لیست ذینفعان	بیمارستان - کلیه کارکنان بیمارستان -	صاحبان فرآیند	مسئول بهداشت حرفه‌ای - واحد آموزش - واحد کنترل عفونت - مسئولین بخش‌ها - مدیریت - مسئول هماهنگ کننده ایمنی -
-----------------	--------------------------------------	---------------	--

تهیه کنندگان	یداله رشیدی مریم بابایی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد زهرا سادات نوری انوری نسیم نصیریپور	سمت	مدیر بیمارستان مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت و آموزش مسئول بهداشت حرفه ای مسئول مالی	امضاء	تهیه کنندگان	فاطمه فاطمی	سمت	مسئول هماهنگ کننده ایمنی	امضا
تایید کننده:	یداله رشیدی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیر مسئول بهبود کیفیت	امضا					
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا					

کد خط مشی: L M&L -PP-03-B

عنوان سند: انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی معاملاتی

نام بخشی:	مدیریت و رهبری	دامنه خط مشی:	مدیریت - مسئول امور قراردادها-رئیس مالی-		فرد پاسخگو:	مدیر بیمارستان
تاریخ تدوین:	95/5/12	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/12	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 4
تاریخ ابلاغ:	95/5/31	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/31		نحوه ارزیابی خط مش	نظارتی-مستندات موجود

اهداف: ضرورت تبیین انواع معاملات و مشخص نمودن نحوه عقد قراردادها برای اثر بخشی بیشتر سیستم / مشخص بودن و الویت بندی معیارهای اجرای پروژه از لحاظ زمانی، کیفیت و هزینه / انجام معاملات کفنی بر اساس ضوابط مالی - عقد هر نوع معامله متناسب با استاندارد های تخصصی لازم چرایی: ضرورت تبیین قوانین در قراردادها و رعایت قوانین موجود / امکان توجیه اقتصادی پروژه سیاست: عقد قرارداد با پیمانکاران / الویت بندی معیارهای تعیین کننده و اثرگذار در تصمیم گیری	بیانیه خط مشی
کارفرما: ریاست بیمارستان لولاگر کارفرما میباشد و شخص حقوقی امضاء کننده پیمان است. پیمانکار: کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی خصوصی یا دولتی خارج از مجموعه بیمارستان لولاگر که به منظور انجام برخی فعالیت ها در بیمارستان مشغول به کار هستند.	تعاریف
1- در خصوص انتخاب، تمدید یا لغو قرارداد واحدهای واگذار شده، 45 تا 60 روز قبل از اتمام قرارداد، به دانشگاه توسط مسئول اداری با امضای ریاست، جهت تعیین تکلیف در خصوص تمدید قرارداد یا اخذ مجوز جهت اطلاع رسانی برآورد قیمت پایه انجام می گردد. 2- پیمانکاران طرف قرارداد با این مرکز، دارای ویژگی های زیر می باشند: پابند به قانون کار جمهوری اسلامی ایران، آیین نامه پیمانکاری وزارت کار رفاه و امور اجتماعی، دستورالعمل رعایت الزامات HSE، قانون نظام مهندسی و کنترل ساختمان (پروژه های عمرانی)، مصوبات شورای عالی انفورماتیک (مختص قراردادهای فناوری اطلاعات)، دستورالعمل اداره کل تجهیزات پزشکی (مختص قراردادهای تجهیزات پزشکی و خدمات پشتیبانی و نگهداری تجهیزات)، بخشنامه ها و دستورالعمل های اجرایی معاونت محترم درمان (مختص قراردادهای تجهیزات پزشکی و خدمات پشتیبانی و نگهداری تجهیزات) 3- فراخوان مناقصه جهت انتخاب پیمانکاران به روش زیر انجام می شود: الف- مفاد فراخوان مناقصه حداقل باید شامل موارد زیر باشد: 1- نام و نشانی مناقصه گزار 2- نوع و کمیت و کیفیت کالا یا خدمات 3- نوع و مبلغ تضمین شرکت در مناقصه 4-	روش اجرایی

محل، زمان و مهلت دریافت اسناد، تحویل و گشایش پیشنهادها 5- مبلغ برآورد شده معامله و مبانی آن (در صورتی که تعیین آن میسر یا به مصلحت باشد). در مواردی که فهرست بهای پایه وجود دارد، برآورد مطلوب طبق فهرست یاد شده تهیه می شود.

فراخوان مناقصه عمومی باید به تشخیص مناقصه گزار از یک تا سه نوبت حداقل در یکی از روزنامه های گثیرالنتشار کشوری یا استان مربوط منتشر گردد. مناقصه گزار می تواند علاوه بر موارد مذکور از طریق سایر رسانه های گروهی و رسانه های ارتباط جمعی یا شبکه های اطلاع رسانی نیز فراخوان را منتشر نماید.

ب- در آگهی مناقصه باید تصریح گردد که نقشه ها و برگ شرایط و اسناد مناقصه و مشخصات معامله در محل معین موجود است و پیشنهاد دهندگان باید یک نسخه از آن را دریافت و با قید قبولی امضاء کرده و به پیشنهاد خود ضمیمه و تسلیم نمایند.

4- اسناد مناقصه جهت انتخاب پیمانکاران به شرح زیر می باشد :

الف- تمامی اسناد مناقصه باید به طور یکسان و به همه داوطلبان تحویل شود. ب- اسناد مناقصه باید شامل و حاوی موارد زیر باشد: 1- نام و نشانی مناقصه گزار 2- نوع و مبلغ تضمین مناقصه 3- محل و زمان و مهلت دریافت اسناد، تحویل پیشنهادها و گشایش آنها 4- مبلغ پیش پرداخت و تضمین حسن انجام کار 5- مدت اعتبار پیشنهادها حداکثر بیست روز به استثنای ایام تعطیل خواهد بود 6- شرح کار، مشخصات فنی بازرگانی، استانداردها، نوع، کمیت و کیفیت کالا یا خدمات، روش تهیه و مهلت مقرر برای تسلیم پیشنهادها و تعداد نسخه های آنها و روز و ساعت . محل قرائت پیشنهادها و همچنین مجاز و عدم مجاز بودن حضور پیشنهاد دهندگان یا نمایندگان آنها در جریان کمیسیون مناقصه 7- متن قرارداد شامل موافقت نامه، شرایط عمومی و خصوصی و ضمائم آنها در صورت لزوم 8- مدت و محل و نحوه تحویل کالا یا انجام کار و ترتیب عمل و میزان خسارت در مواردی که طرف معامله در تحویل کالا یا انجام کار کلا یا بعضا تاخیر نماید 9- تصریح اینکه بهای پیشنهادی باید به مبلغ مشخص یا بر اساس درصد کسر یا اضافه نسبت به واحد بهای اعلام شده تعیین و در پاکت در بسته و مهرور و یا امضاء پیشنهاد دهنده باشد، تسلیم شود 10- در صورتی که موضوع معامله عمده باشد ممکن است به میزان تضمین حسن انجام معامله از کالای مورد معامله دریافت شود و در اینصورت باید موضوع در آگهی قید گردد 11- تعیین زمان لازم برای پیشنهادها و تشخیص حائذ مناسب ترین بهاء و ابلاغ به برنده مناقصه ضرورت دارد 12- میزان پیش پرداخت در صورتی که به تشخیص واحد مناقصه گزار پرداخت آن به برنده مناقصه لازم باشد و ترتیب پرداخت و واریز آن 13- محل توزیع یا فروش نقشه ها و برگ شرایط و مشخصات در صورت لزوم 14- محل توزیع نمونه های ضمانتنامه و قرارداد (در صورتی که لازم باشد) برای آنکه ضمانتنامه عینا مطابق نمونه تنظیم، و نمونه قرارداد نیز با قید اینکه مورد قبول است، باید امضاء و ضمیمه پیشنهاد گردد تصریح این نکته که شرکت در مناقصه و دادن پیشنهاد به منزله قبول اختیارات و تکالیف تعیین شده واحد مناقصه گزار می باشد 15- تصریح این نکته که واحد مناقصه گزار مکلف است هر گونه قصور قانونی (اعم از بیمه، مالیات، عوارض و سایر موارد) که بابت معامله به طرف قرارداد تعلق می گیرد و موسسه قانونا مکلف به کسر آن می باشد را از بهای کارکرد یا کالای تحویلی در موقع پرداخت مطالبات او کسر نماید 16- سایر اسنادی که به تشخیص مناقصه گزار لازم باشد 17- واحد مناقصه گزار مکلف است سپرده شرکت در مناقصه را در صورتی که برنده مناقصه حاضر به انجام معامله نشود و همچنین سپرده نفر دوم را در صورتی که برای انجام معامله به او رجوع شود و از انجام معامله امتناع نمایند به نفع موسسه ضبط کند.

4- ترتیب تهیه و تسلیم پیشنهادها جهت انتخاب پیمانکاران به شرح زیر می باشد :

الف- شرکت کنندگان در مناقصه پس از دریافت یا خرید اسناد باید پیشنهادهای خود را به ترتیب زیر تهیه و به مناقصه گزار تسلیم کنند:

1- تهیه و تسلیم اسناد و پیشنهادها 2- تسلیم پیشنهادها در مهلت مقرر در فراخوان مناقصه 3- دریافت رسید تحویل پیشنهادها 4- مهلت قبول پیشنهادها در مورد مناقصات داخلی و بین المللی از آخرین مهلت تحول اسناد مناقصه به ترتیب نباید کمتر از ده روز و یکماه باشد.

5- شرایط تسلیم و تحویل پیشنهادها، جهت انتخاب پیمانکاران به شرح زیر می باشد :

الف- هیچ یک از شرکت کنندگان در مناقصه، به جز در مواردی که در اسناد مناقصه پیش بینی شده باشد، نمی توانند بیش از یک پیشنهاد تسلیم کنند. ب- شرکت کنندگان در مناقصه، اسناد مناقصه و پیشنهادهای خود را باید در پاکت های جداگانه و بسته شده شامل تضمین (پاکت الف) و پیشنهاد قیمت (پاکت ب) بگذارند و همه پاکت ها را در لفاف مناسب و در بسته و مهر شده قرار دهند. ج- مناقصه گزار موظف است در مهلت مقرر همه پیشنهادهای ارائه شده شرکت کنندگان را پس از دریافت، ثبت و تا جلسه بازگشایی از پاکت ها صیانت نمایند. هر گونه تسلیم، تحویل، اصلاح، جایگزینی و یا پس گرفتن پیشنهادها باید به صورت قابل گواهی و در مهلت و مکان مقرر در اسناد مناقصه انجام شود. د- در صورتی که به تشخیص دستگاه مناقصه گزار نوع معامله ایجاب نماید که نقشه یا برگ شرایط و مشخصات و نمونه های ضمانت نامه و قرارداد و با مدرک دیگری تهیه شود، قبل از نشر آگهی باید توسط موسسه تهیه شود.

6- گشایش پیشنهادها، جهت انتخاب پیمانکاران به شرح زیر می باشد :

الف- پیشنهادهای مناقصه گران در زمان و مکان مقرر گشوده می شود. ب- مراحل گشایش پیشنهادها به شرح زیر است: 1- تهیه فهرست اسامی دریافت کنندگان اسناد، پیشنهاد دهندگان، حاضران و شرکت کنندگان در جلسه 2- باز کردن پاکت تضمین (پاکت الف) و کنترل آن 3- باز کردن پیشنهاد قیمت و کنترل از نظر کامل بودن مدارک و امضای آنها و کنار گذاشتن پیشنهادهای غیر قابل قبول در مناقصات یک مرحله ای 4- تحویل پاکت های فنی بازرگانی به کمیته فنی بازرگانی در مناقصات دو مرحله ای 5- تهیه و تنظیم امضای صورتجلسه گشایش پیشنهادها توسط اعضای کمیسیون مناقصه. تحویل پاکت های قیمت و پاکت تضمین پیشنهادهای رد شده به مناقصه گزار برای استرداد به ذینفع. ج- در صورت برگزاری مناقصه دو مرحله ای مکان و زمان تشکیل جلسه گشایش پیشنهادهای قیمت، در جلسه این صورت پاکت های قیمت در یک لفاف لاک و مهر شده توسط مناقصه گزار صیانت می شود. د- مناقصه گزار می تواند در صورت تمایل از مناقصه گران یا نمایندگان آنها جهت حضور در جلسه گشایش پیشنهادهای مالی دعوت نماید.

7- ارزیابی مالی پیشنهادها با توجه به روش انتخاب مشاور باید پس از پایان یافتن ارزیابی کیفی مشاوران و ارزیابی فنی پیشنهادها انجام شود. در این روش ارزیابی مالی پیشنهادها بر اساس قیمت تراز شده انجام میشود. قیمت تراز شده طبق رابطه زیر محاسبه و تعیین می شود. قیمت تراز شده، قیمت پیشنهادی (درج شده در پاکت قیمت)، ضریب تاثیر امتیاز فنی، امتیاز فنی پیشنهادها (بین شصت تا صد امتیاز)

7- انعقاد قرارداد، جهت انتخاب پیمانکاران به شرح زیر می باشد :

الف- قرارداد با برنده مناقصه، باید پیش از پایان مدت اعتبار پیشنهادها منعقد شود. این مدت حداکثر برای یک بار و برابر مدت پیش بینی شده در اسناد مناقصه قابل تمدید است. در صورت عقد قرارداد با پیشنهاد دهنده اول تضمین پیشنهاد دهنده دوم مسترد می گردد. ب- چنانچه برنده اول از انعقاد قرارداد امتناع نماید و یا ضمانت انجام تعهدات را ارائه ننماید،

تضمین مناقصه وی ضبط و قرارداد با برنده دوم منعقد می گردد. در صورت امتناع نفر دوم، تضمین وی نیز ضبط و مناقصه تجدید با موضوع جهت طرح در کمیسیون ترک تشریفات مناقصه به رئیس دانشگاه و مقام مجاز از طرف ایشان پیشنهاد خواهد شد.

8- در معاملاتی که تحویل مورد معامله در مدت 15 روز میسر نباشد باید قرارداد منعقد شود. در قرارداد باید نکات زیر قید گردد:

نام متعاملین، مدت انجام تعهد و محل شرایط تحویل مورد معامله، ترتیب عمل و میزان خسارت در مواردی که برنده معامله در انجام تعهدات کلی یا جزئی تاخیر نماید، الزام تحویل کالا بر طبق نمونه ممهور در صورتی که تهیه نمونه لازم باشد در این صورت باید نمونه کالا با مهر طرفین معامله ممهور و نزد مناقصه گزار نگهداری شود، اقرار برنده معامله به اینکه از مشخصات کالا یا کار مورد معامله و مقتضیات محل تحویل کالا یا انجام کار اطلاع کامل دارد، اختیار مناقصه گزار نسبت به افزایش یا کاهش مورد معامله در مدت قرارداد تا میزان 25٪ مقدار مندرج در قرارداد، مشروط بر اینکه کلیه محاسبات فنی نسبت به این افزایش یا کاهش متناسب رعایت و تطبیق شود، بهای مورد معامله و ترتیب پرداخت آن، در مواردی که انجام کار بر اساس واحد بها باشد برآورد و در قرارداد ذکر می شود ولی بهای کارهای انجام یافته بر اساس واحد بها احتساب و پرداخت خواهد شد، مبلغ پیش پرداخت و تاریخ واریز آن طبق دستورالعمل های ابلاغی از سوی وزارت متبوع می باشد، اقرار به عدم شمول ممنوعیت موضوع قانون راجع به منع مداخله وزرا و نمایندگان مجلس و کارمندان دولت در معاملات دولتی و کشوری مصوب دیماه سال 1337، سایر شرایطی که مورد توافق طرفین معامله قرار گیرد مشروط بر اینکه متضمن امتیازاتی علاوه بر آنچه در شرایط مناقصه ذکر شده برای فروشنده نباشد.

9- اصلاحات درخواستی توسط کارشناسان فوق در متن قرارداد اعلام می گردد. فرمت اصلاح شده قرارداد پس از تأیید نهایی کارشناسان فوق الذکر به امضای طرفین قرارداد می رسد و یک نسخه کپی از قرارداد به واحدهای فوق ارسال می گردد.

10- پس از عقد قرارداد پیمانکار و بیمارستان، موضوع فعال شدن قرارداد، توسط مسئول قراردادهای واحد متقاضی اعلام می گردد.

11- در واحدهای برون سپاری شده، یک نفر ناظر در هر واحد توسط مدیریت مشخص و بر رعایت استانداردها در واحد مربوطه، نظارت دارند.

12- ناظر به طور مستمر بر حسب نوع قرارداد، نظارت بر انجام مراحل قرارداد را بر اساس مفاد مندرج در قرارداد و صورت وضعیتهای ارائه شده و طبق دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران انجام میدهند.

13- مسئول قراردادهای در هنگام تنظیم سند هزینه مربوط و یا به هنگام تنظیم و عقد قرارداد، عملکرد پیمانکار را با قوانین مربوطه تطبیق داده و بررسی می نماید و به واحد مالی ارسال گردد.

14- واحد مالی کلیه تأییدیه های صلاحیت حرفه ای پیمانکار با توجه به نوع پیمان، اخذ می نماید

15- مسئول قراردادهای / سوپروایزرین کشیک / ناظرین مربوط بر نحوه تطبیق عملکرد واحدها با استانداردها و قوانین قراردادهای نظارت داشته و موارد را به مدیریت گزارش می نمایند.

16- بلافاصله پس از اعلام مدیونیت مبری بر عدم رعایت مفاد قرارداد تمامی پرداخت ها توسط رهنمای واحد حسابداری به شرکت پیمانکار متوقف میشود.

17- در صورت عدم رعایت مفاد قرارداد با شرایط فوق الذکر اصل گزارش به اطلاع ریاست بیمارستان توسط مدیر بیمارستان رسانده میشود و مشکل توسط ایشان پیگیری و یا در تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و نسبت به ادامه یا فسخ قرارداد تصمیم گیری می شود.

منابع	آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه ایران- قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / قانون تامین اجتماعی / استاندارد اعتباربخشی ای ان	امکانات و تسهیلات	فراخوان مناقصه- متن قرارداد- چک لیستهای نظارت بر عملکرد پیمانکاران
-------	---	-------------------	--

لیست ذینفعان	بیمارستان- کلیه واحدهای در تعامل با پیمانکاران-	صاحبان فرآیند	رئیس بیمارستان-مدیر داخلی-مسئول امور مالی-مسئولین قراردادها-مسئول امور اداری-
--------------	---	---------------	---

تهیه کنندگان	یداله رشیدی مریم بابایی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیر بیمارستان مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت	امضاء	تهیه کنندگان	محمود قائمی نسیم نصیرپور	سمت	مسئول امور اداری رئیس مالی	امضا
تایید کننده:	یداله رشیدی	سمت	مدیر	امضا					
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا					

عنوان سند: تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات کد خط مشی: LPRO-PP-04-B

نام بخش:	تدارکات و انبار	دامنه خط مشی:	بخش های بالینی - اداری و انبار و اموال و تجهیزات پزشکی		فرد پاسخگو:	مدیر بیمارستان
تاریخ تدوین:	94/5/7	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/7	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 3
تاریخ ابلاغ:	94/5/7	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/21		نحوه ارزیابی خط مش	نظارتی -

بیانیه خط مشی	تعاریف
<p>اهداف: خرید کالاهای با کیفیت / دسترسی به موقع به ابزار و تجهیزات / فراهم نمودن امکانات جهت ارائه خدمات مطلوب و به موقع به بیماران و کارکنان / صرفه جویی در هزینه ها</p> <p>چرایی: تهیه و خرید لوازم مورد نیاز بخش ها</p> <p>سیاست: تنظیم قرارداد با شرکت های مربوطه / اولویت بندی خرید / تامین اعتبار خرید طبق نظام نوین مالی</p>	
<p>روش اجرایی</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- در صورت نیاز به کالا و اقلام مصرفی، درخواست جنس از انبار، توسط مسئول بخش طی روزهای 20 تا 28 هر ماه تکمیل می شود. 2- فرم درخواست کالا توسط پرسنل خدمات بخش، به تأیید مدیریت می رسد و به انبار ارسال می گردد. 3- در صورت وجود کالا، کالای درخواست شده توسط انباردار در همان روز تحویل واحد مربوطه می گردد. 4- در صورت عدم وجود کالا، درخواست خرید توسط انباردار به واحد تدارکات ارسال می گردد. 5- تأمین اعتبار کالا و امور مربوط به خرید (اولویت بندی و ریزنی ها و ...) توسط مسئول تدارکات با مدیریت بیمارستان و رئیس امور مالی انجام می شود. 6- خرید کالا طبق ضوابط و مقررات، توسط واحد تدارکات بطور متوسط حداکثر ظرف مدت یک هفته انجام می شود. 7- خرید وسایل مصرفی تجهیزات پزشکی بعد از استعلام از سایت معاونت درمان www.import.imed.ir و تأیید مجوز موجود دستگاه ها توسط مهندس تجهیزات پزشکی، تأمین می گردد. 8- خرید وسایل غیر مصرفی تجهیزات پزشکی بعد از استعلام از سایت www.imed.ir و تأیید مجوز موجود در سایت مربوطه بعد از هماهنگی توسط مهندس تجهیزات پزشکی یا 	

	<p>مسئول داروخانه انجام می شود.</p> <p>9- خرید سایر موارد مصرفی با در نظر گرفتن کیفیت و قیمت مناسب به روز توسط واحد تدارکات خریداری می شود.</p> <p>10- در خصوص تجهیزات پزشکی، نیازسنجی توسط مسئول واحد انجام می شود و به صورت کتبی به اطلاع مسئول تجهیزات پزشکی رسانده می شود.</p> <p>11- نتیجه ی نیازسنجی در کمیته تجهیزات پزشکی بیمارستان (ماهیانه) توسط مسئول واحد تجهیزات پزشکی مطرح می شود.</p> <p>12- تیم اجرائی بیمارستان موارد مطرح شده را بررسی نموده و تصمیم نهائی در خصوص خرید گرفته می شود</p> <p>13- قیمت کالا (تهیه پیش فاکتور) توسط مسئول تدارکات و یا مسئول واحد تجهیزات پزشکی استعلام می گردد.</p> <p>14- مسئول تدارکات پس از دریافت کالا، مشخصات کالا را با پیش فاکتور مطابقت می دهد.</p> <p>15- مسئول تدارکات در هنگام تحویل کالا از فروشنده، تطابق کالا با سفارش بیمارستان را بررسی می نماید.</p> <p>16- مسئول تدارکات در مورد خرید تجهیزات و ملزومات بیش از 200 میلیون ریال ، بعد از دریافت استعلام از سه تامین کننده انجام می شود.</p> <p>17- تامین اعتبار لازم توسط امور مالی بعد از تایید و دستور ریاست انجام می گردد</p> <p>18- کالای تجهیزاتی مرغوب و باکیفیت ، متناسب با جدول اولویت بندی شده توسط مسئول تدارکات خریداری می گردد.</p> <p>19- کالای خریداری شده همراه فاکتور و درخواست تامین اعتبار شده به انبار تحویل می گردد</p> <p>20- مسئول تدارکات پس از دریافت و تایید کالا، صورتحساب ها را برای پرداخت به واحد حسابداری ارسال می نماید.</p> <p>21- انباردار ، کالای خریداری شده را به مسئول واحد، ارائه نموده و در صورت مطابقت با درخواست ایشان، قبض انبار صادر می شود.</p> <p>18- در صورت فوریت نیاز ، کالای مورد نیاز توسط مسئول بخش و مسئول انبار، از واحدهای دیگر تامین می گردد تا در زمان مناسب توسط تدارکات تامین گردد.</p> <p>19- حواله ی صادر شده توسط انباردار بعنوان تحویل دهنده ، مسئول بخش یا واحد بعنوان تحویل گیرنده و مسئول امور اداری بعنوان تائید کننده امضا می گردد</p> <p>20- پس از صدور حواله ی انبار و تکمیل امضاها ، کالا در همان روز تحویل خدمات بخش می گردد.</p> <p>21- امین اموال تجهیزات سرمایه ای جدید هر واحد را در لیست دارایی های آن واحد ثبت می کند.</p> <p>22- امین اموال پس از استقرار دستگاه در بخش مورد نظر، نسبت به نصب لیبل کد اموال بر روی آن اقدام می کند.</p> <p>23- مسئول انبار، ضمانت نامه دستگاه ها را در واحد تجهیزات پزشکی، بایگانی می کند.</p>
--	---

منابع	سیاست بیمارستان	امکانات و تسهیلات	قوانین و مقررات مالی دانشگاه و تصمیمات داخلی - صورت حساب مالی - اسناد
-------	-----------------	-------------------	---

پرداختی ها و تخصیص اعتبار - سایت تجهیزات پزشکی معاونت درمان		
---	--	--

لیست ذینفعان	کارکنان بیمارستان -	صاحبان فرآیند	مدیریت - مهندس تجهیزات پزشکی - مسئول امور مالی - مسئول تدارکات - مسئول انبار - مسئولین بخشها و واحدها - مسئول امور اداری -
--------------	---------------------	---------------	--

امضا	مسئول انبار مسئول مالی	سمت	اقای لشکری نسیم نصیر پور	تهیه کنندگان	امضاء	مسئول بهبود کیفیت مسئول تدارکات مسئول تدارکات	سمت	سیده طاهره قاسمی نژاد رضا حسنی حمید دولت آبادی	تهیه کنندگان
امضا			مدیر بیمارستان مسئول بهبود کیفیت		سمت	آقای یدالله رشیدی سیده طاهره قاسمی نژاد			نابید کننده:
امضا			ریاست بیمارستان		سمت	آقای مسیح هاشمی			ابلاغ کننده:

کد خط مشی: LCL-PP-05-B

عنوان سند: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

نام بخش:	بخش های بالینی	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های بستری	فرد پاسخگو:	مدیره پرستاری
تاریخ تدوین:	94/4/31	تاریخ آخرین بازنگری:	96/4/31	تعداد صفحات:	1 از 2
تاریخ ابلاغ:	92/6/31	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/20	نحوه ارزیابی خط مش	نظارتی-مصاحبه-مشاهده

بیانیه خط مشی	<p>اهداف: تسریع در امر درمان بیماران و افزایش رضایتمندی آنان چرایی: لزوم جلوگیری از بلا تکلیفی بیمار و پرسنل سیاست: فرآیند اخذ دستورات تلفنی در بخشها تعریف شده است / اطلاع رسانی فرآیند مذکور به تمام نیروهای شاغل در بخشها انجام شده است / نظارت بر حسن اجرای فرآیند در سطح بخش و بیمارستان وجود دارد.</p>
تعاریف	<p>منظور از دستورات شفاهی مواردی می باشد که همان ابتدا در پرونده ثبت نمی گردد (حضور یا تلفنی) Read Back: پرستار مسؤل بیمار موظف است بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را بازخوانی کند تا پزشک بیمار تأیید نماید ضمن اینکه پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار می نماید.</p>
روش اجرایی	<p>1- در مواقعی که نیاز به اجرای اقدامات درمانی فوری وجود داشته باشد و دسترسی به پزشک معالج امکان پذیر نمی باشد یا شرایط تهدید کننده حیات در وضعیتی که وقت کافی برای نوشتن دستورات به صورت کتبی نمی باشد، اجرای دستورات تلفنی یا شفاهی ضرورت می یابد. 2- انتقال صحیح مشکل پیش آمده برای بیمار و اعلام شرح حال کامل توسط پرستار به پزشک معالج و اطمینان از این که پزشک بیمار مورد نظر را شناخته است. پرستار جهت اجتناب از سوء تفاهات از سوالات شفاف استفاده می کند. 3- در هنگام گزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت احتمال هر گونه سؤال از طرف پزشک، در دسترس پرستار می باشد. 3- دستور شفاهی یا تلفنی پزشک به سمع حداقل ۲ پرستار می رسد. 4- دستورات تلفنی در حضور پرستار دیگر شیف (قرار دان صدای روی آیفن تلفن)، یا تکرار دستورات پزشک از پشت تلفن توسط پرستار مسؤل بیمار) از پزشک اخذ می شود. 5- دستورات تلفنی یا شفاهی در برگ دستور پزشک توسط پرستار ثبت می شود.</p>

<p>6- دستورات از برگه نوشته شده مجدداً برای پزشک دستور دهنده، توسط پرستار خوانده می شود.</p> <p>7- در صورت تأیید دستورات، بلافاصله دستورات شفاهی یا تلفنی در پرونده ی بیمار با قید ساعت و تاریخ تماس و نام پزشک، ثبت و به مهر و امضاء دو پرستار می رسد.</p> <p>8- دستورات داده شده توسط پرستار بیمار اجرا می گردد.</p> <p>9- موارد تلفنی به غیر از پرونده در کاردکس هم ثبت می شود.</p> <p>10- بعد از انجام دستورات تلفنی و اجرای آن در صورت لزوم نتایج حاصله به اطلاع پزشک مربوطه می رسد.</p> <p>11- گرفتن دستورات تلفنی هنگام تحویل بالینی به پرستار شیفت بعد انتقال داده می شود.</p> <p>12- پزشک در یک مدت زمان مشخص، دستوراتی که به صورت تلفنی داده است را و مهر و امضا می کند(در اولین حضور بر بالین بیمار و حداکثر ظرف مدت 24 ساعت)</p> <p>13- سرپرستار بخش به طور تصادفی پرونده های با دستور تلفنی را بررسی و کنترل می نماید.</p> <p>14- در صورت بروز اشکال در ثبت دستورات تلفنی و اقدامات انجام شده طبق آن به پرستار مسئول آموزشهای لازم توسط سرپرستار داده می شود</p>

منابع	سیاست بیمارستان	امکانات و تسهیلات	پرونده بیمار - برگه دستور پزشک - کاردکس - تلفن -
-------	-----------------	-------------------	--

لیست ذینفعان	کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران	صاحبان فرآیند	کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران
--------------	--	---------------	--

تهیه کنندگان	مریم بابایی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد دکتر سینا کوثری دکتر شهرام خسروی نژاد دکتر لاله میرزایی	سمت	مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت رییس بخش اورژانس رییس بخش قلب رییس بخش زنان	امضاء	تهیه کنندگان	دکتر زهرا بنازاده دکتر بیاتی دکتر قادیان	سمت	رییس گروه داخلی رییس گروه جراحی رییس گروه اورولوژی	امضا
تایید کننده:	مریم بابائی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت	امضا					
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا					

عنوان سند: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری کد خط مشی: LCL-PP-06-B

نام بخش:	بخش های درمانی	دامنه خط مشی:	کلیه ی بخش ها و واحدهای مرکز	فرد پاسخگو:	ریاست بیمارستان
تاریخ تدوین:	93/8/15	تاریخ آخرین بازنگری:	96/05/25	تاریخ بازنگری بعدی:	97/05/25
تاریخ ابلاغ:	93/8/15	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/05/31	نحوه ارزیابی خط مشی	نظارتی-شاخص ها

بیانیه خط مشی	تعاریف
<p>اهداف: ارتقاء سطح کیفیت مراقبت از بیمار در شرایط اورژانسی / افزایش رضایت مندی بیمار</p> <p>جراحی: لزوم مراقبت صحیح از بیمار در تمام شرایط</p> <p>سیاست: آموزش نیروهای پرستاری که در بخش بالین مشغول به کار هستند / نظارت و پایش عملکرد نیروها</p>	<p>منظور از شرایط اورژانسی شرایطی است که حیات بیمار بدون مداخلات فوری تهدید می شود و یا عوارض جدی به وی تحمیل می شود.</p> <p>پرستار مسئول در صورت مشاهده موارد ذیل بیمار را بعنوان بیمار بدحال و اورژانسی شناسایی می نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیماران با سکنه های مغزی و یا کاهش سطح هوشیاری براساس مقیاس گلاسکو کوما • بیماران دچار افت spo2 ناگهانی و اختلالات تنفسی • تب بالای ۴۰ درجه در بزرگسالان و ۳۹ درجه در نوزادان و اطفال • اختلالات همودینامیک • خونریزی حاد گوارشی • واکنش همولیتیک به دنبال ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن • انواع شوک • اکلامپسی و پره اکلامپسی • نوزاد نارس شدید کمتر از ۱۰۰۰ گرم

	<ul style="list-style-type: none"> • آتونی رحم • موکونبال آسیراسیون • خونریزی های غیر قابل کنترل
<p style="text-align: center;">روش اجرایی</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 - کلیه بیمارانی که از اورژانس در بخش در سرویس پزشکی متخصص بستری می شوند، حتما توسط پرستار بخش مجددا بستری بیمار به اطلاع پزشک معالج رسیده و وضعیت ایشان به اطلاع پزشک متخصص رسانده می شود. 2 - در طی اقدامات مراقبتی از بیماران توسط پرستار یا ماما، با توجه به کنترل علائم حیاتی و عدم پایدار بودن آن، وجود درد شدید در بیمار که علی رغم دریافت مسکن بهبود نیافته است، کاهش سطح هوشیاری، علائم و نشانه های غیر طبیعی شناسایی شده در بیمار، بیماران بدحال و اورژانسی توسط پرستار بخش شناسایی می شوند. 3 - کلیه آزمایشات انجام شده جهت بیمار، توسط پرستار مسئول بیمار پیگیری شده و موارد غیر طبیعی به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود. 4 - پرستار مسئول بیمار در صورت بدحال بودن بیمار و شرایط اورژانسی، بلافاصله به پزشک معالج در صورت حضور در بیمارستان جهت ویزیت بیمار اطلاع رسانی مینماید. 5 - در صورت عدم حضور پزشک معالج مراتب به پزشک مقیم (متخصص در الویت، در صورت عدم حضور متخصص، پزشک اورژانسی) جهت ویزیت بیمار در اسرع وقت اطلاع رسانی می شود. 6 - پزشک مقیم و معالج در صورت حضور، ظرف مدت کمتر از 15 دقیقه بیمار با شرایط اورژانسی را ویزیت می نمایند. 7 - در صورت وجود ضرورت از نظر پزشک مقیم، وضعیت بیمار توسط ایشان به اطلاع پزشک معالج رسیده و از ایشان هم کسب تکلیف می شود. 8 - تا زمان حضور پزشک، دستورات ایشان طبق خط مشی دستورات تلفنی اجرا می شود. 9 - در صورت صلاحدید پزشک اورژانس، درخواست مشاوره بیهوشی شده و بیمار توسط پزشک بیهوشی ویزیت شده و دستورات ایشان با اطلاع پزشک معالج توسط پرستار مسئول بیمار ویزیت می شود. 10 - در مواردی که بیمار نیاز به عمل جراحی یا مداخلات تهاجمی دارد، عوامل خطر توسط پزشک بیهوشی به اطلاع بیمار و همراهان وی رسیده و برکه رضایت آگاهانه قبل از عمل توسط ایشان تکمیل می گردد. 11 - در صورت ضرورت پزشک بیهوشی، رضایت های ریسک از بیماران و همراهان ایشان اخذ می گردد. 11- پرستار پس از ویزیت بیمار توسط پزشک، دستورات را بلافاصله اجرا میکند. 12- نتایج اجرای دستورات پزشک، توسط پرستار ارزیابی شده و جواب آزمایشات و مداخلات تشخیصی پیگیری شده و نتایج به اطلاع پزشکان مربوطه رسانده می شود. 13- در صورت نیاز به کمک یا وجود پرستار با تجربه تر در انجام مهارت ها، درخواست کمک توسط پرستار مسئول شیفت از سوپروایزر شده و سوپروایزر با توجه به شرایط، از سایر بخش ها به ایشان، نیروی کمکی اختصاص می دهد.

<p>14- پرستار مسئول بیمار در صورت درخواست مشاوره اورژانسی، بدون فوت وقت و بلافاصله بعد از درخواست پزشک معالج، به پزشک که طبق برنامه موجود آنکال می باشد جهت مشاوره اورژانسی اطلاع رسانی میکند.</p> <p>15- در خصوص مشاوره اورژانسی، پزشک معالج تا رسیدن پزشک مشاور بر بالین بیمار حضور دارد.</p> <p>16 - در صورت نیاز به انجام مشاوره اورژانسی جهت بیماران بدحال، این مشاوره در کمتر از یکساعت توسط پزشک با تخصص مربوطه به انجام می رسد.</p> <p>17-در صورت عدم وجود تخصص مربوطه در بیمارستان که با وی، درخواست مشاوره اورژانسی شده است، مراتب به اطلاع سوپروایزر وقت رسیده تا در اسرع وقت، بعد از هماهنگی با ستاد هدایت دانشگاه بیمار را با آمبولانس مجهز به مرکز درمانی دیگری ارجاع نماید.</p> <p>18-در صورت نیاز و دستور پزشک، بیمار به بخش مراقبت های ویژه منتقل می شود.</p> <p>19-انجام هماهنگی های لازم در خصوص خالی نمودن تخت مراقبت ویژه توسط سوپروایزر کشیک و bed manager و یا اخذ پذیرش از سایر بیمارستان ها طبق هماهنگی ستاد هدایت توسط سوپروایزر کشیک انجام می شود.</p>

منابع	سیاست بیمارستان / سنجه های اعباربخشی / دستورالعمل های ابلاغی از طرف دانشگاه	امکانات و تسهیلات	وسایل تشخیصی و درمانی مناسب-برانکارد-داروهای ضروری و حیاتی-
-------	---	-------------------	---

لیست ذینفعان	بیماران اورژانسی - خانواده بیماران بدحال -	صاحبان فرآیند	پرستار یا مامای مسئول بیمار - پزشک معالج بیمار - پزشک مقیم - پزشک آنکال - سوپروایزر -
--------------	--	---------------	---

تهیه کنندگان	آقای مسیح هاشمی یداله رشیدی مریم بابایی ماهانی دکتر جعفرقلی دکتر شگری	سمت	ریاست بیمارستان /مسئول ایمنی مدیر بیمارستان مدیره پرستاری مدیر گروه بیهوشی مسئول علمی اتاق عمل	امضاء	تهیه کنندگان	سیده طاهره قاسمی نژاد زهرا شالی دکتر کوثری	سمت	مسئول بهبود دبیر کمیته مرگ و میر مسئول پزشکان اورژانسی	امضا
تایید کننده:	مریم بابائی	سمت	مدیره پرستاری	امضا					



ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا
--------------	-----------------	-----	-----------------	------

عنوان سند: نحوه و اندیکاسیون پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه کد خط مشی: LCCU-PP-07-B

نام بخش:	ccu	دامنه خط مشی:	بخش های بستری بیمارستان		فرد پاسخگو:	مدیر خدمات پرستاری
تاریخ تدوین:	95/5/25	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/25	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 4
تاریخ ابلاغ:	95/6/15	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/6/15	نحوه ی ارزیابی:	نحوه ارزیابی خط مشی	نظارتی-مصاحبه

بیانیه خط مشی	اهداف: اطمینان از اینکه کلیه بیماران نیازمند مراقبت ویژه در بخش ویژه بستری می شوند و پس از طی دوره درمان با بهبودی ترخیص می شوند. جراحی: لزوم رعایت اندیکاسیون پذیرش و ترخیص بیماران در بخش ویژه جهت شفاف سازی مسائل درمان - مالی و قانونی بیماران . سیاست: تعریف بیماران پرخطر قلبی / متعهد کردن متخصصین در خصوص ویزیت سریع این بیماران و بستری 24 ساعته در بخش ویژه.
تعاریف	بخش ویژه: بخشی که در آن بیماران بدحال و دارای شرایط بحرانی بصورت مداوم تحت مانیتورینگ و مراقبت های ویژه قرار گرفته و مداخلات لازم انجام می شود. مراقبت ویژه: مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای حاد مخاطره آمیز حیات، تحت نظر ماهرترین پرسنل، همراه با وسایل و امکانات پیشرفته می باشد.
روش اجرایی	اندیکاسیونها و نحوه پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه NICU به صورت ذیل می باشد: 1 - اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش NICU شامل کلیه نوزادان بالای ۳۰ روز با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم - نارس بودن نوزاد با وزن کمتر از ۱۸۰۰ گرم - تشنج نوزاد تا ۲۴ ساعت پس از تولد - ایکتر های منجر به تعویض خون - آسفیگی های متوسط تا شدید - آسفیگی های خفیف در روز اول تولد - هیپو گلیسمی - آسپیراسیون مکو نیال 2 - اندیکاسیون های ترخیص از بخش NICU شامل: نداشتن مشکل در شیر خوردن در نوزادان - نداشتن دیسترس تنفسی - نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت نوزاد - بهبودی و با فوت نوزاد - طبیعی شدن آزمایشات 3 - در هر شیفت تعداد تختهای خالی بخش NICU به ستاد هدایت توسط سوپروایزرین کشیک، جهت اخذ پذیرش نوزادان نیازمند بخش مراقبت ویژه نوزادان اعلام می شود. 4 - قبل از پذیرش نوزادان پزشک بیمارستان اعزام کننده با پزشک مقیم نوزادان تماس نموده و شرح حال کامل نوزاد را بیان نموده و پذیرش توسط ایشان داده می شود.

5- نوزاد از بیمارستان مبدأ با آمبولانسی مجهز و کادر درمان به بیمارستان مراجعه نموده و بیمار به بخش NICU تحویل داده می شود و همراه بیمار جهت تشکیل پرونده به پذیرش توسط پرستار مسئول NICU ارجاع می شود.

6- پزشک مقیم ضمن پذیرش نوزاد در بخش حضور داشته و بعد از ارزیابی نوزاد، دستورات دارویی و اقدامات درمانی وی دستور داده می شود.

7- کلیه مدارک نوزاد (آزمایشات، گرافی های انجام شده، مشاوره ها، شرح حال، کارت واکسن و کارت تولد از پرستار همراه نوزاد تحویل گرفته شده و توسط پزشک مقیم و پرستار مسئول نوزاد ارزیابی می شود.

8- در صورت کامل بودن مدارک، پزشک مقیم فرم پیرش نوزاد را مهر زده و پرسنل بیمارستان مبدأ، اجازه خروج داده می شود.

9- در مواردی که عدم تطابق با شرح حال داده شده و یا مشکلات ایجاد شده برای نوزاد در طی انتقال یا ارجاع بیمار بدون هماهنگی قبلی، فرم نابسامانی توسط پزشک مقیم تکمیل و به ستاد هدایت جهت بررسی و پیگیری فکس می شود.

10- در صورتی که جهت نوزادان داخل بیمارستان نیاز به تخت مراقبت ویژه باشد، توسط پرستار مسئول بخش بلوک زایمان با اتاق عمل به بخش NICU و پزشک مقیم نوزادان اطلاع رسانی می شود.

11- پزشک مقیم قبل از تولد نوزاد بدحال، بر بالین بیمار حاضر شده و بعد از ویزیت بیمار در خصوص نیاز نوزاد به بخش ویژه و بستری در بخش NICU تصمیم گیری می نماید.

12- پس از اخذ دستور بستری نوزاد در بخش، پرستار بخش با انکوباتور از قبل گرم شده و اکسیژن، نوزاد را از اتاق عمل و بلوک تحویل گرفته و به بخش منتقل می شود.

13- اقدامات درمانی نوزاد توسط پرستار نوزاد طبق دستور پزشک مقیم نوزادان اجرا می شود.

14- همراه نوزاد با برگه بستری و دفترچه مادر نوزاد، جهت تشکیل پرونده و ب واحد پذیرش ارجاع می شود.

اندیکاسیونها و نحوه پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه CCU به صورت ذیل می باشد:

1- اندیکاسیون های بستری بیماران در بخش ویژه CCU شامل تشخیص های ACS - MI - IHD - U/A - HTN - PE - PTE - DVT - CHF - درد قفسه سینه - بدنبال احیای قلبی - عروقی و پریکاردیت می باشد.

2- بیماران قلب عروقی اورژانسی توسط اورژانس 115 یا بطور مستقیم به اورژانس بیمارستان مراجعه می کنند و پس از ویزیت پزشک متخصص در صورت خالی بودن تخت در بخش ویژه بستری می شوند.

3- بیماران مراجعه کننده به درمانگاه قلب و سایر درمانگاه های مرتبط در صورت تشخیص پزشک جهت ارجاع به بخش ویژه در اورژانس بستری موقت شده و پس از هماهنگی با متخصص قلب در بخش ویژه بستری می شوند.

4- بیماران نیازمند به ICU تا زمان پذیرش در سایر مراکز تخصصی، در صورت قبول پزشکان متخصص قلب و عروق، از طریق اورژانس در بخش ویژه بستری می شوند و تحت مراقبت قرار می گیرند.

5- بیماران POST-OR که نیاز به مراقبت ویژه دارند با نظر متخصص بیهوشی مقیم و هماهنگی با متخصص قلب آنکال، در بخش ویژه تحت مراقبت قرار می گیرند.

6- بیماران بستری در بخش ها در صورت بدحال شدن و یا بعثت بروز علائم و عوارض قلبی حین بستری ، با هماهنگی با متخصص قلب، به بخش ویژه منتقل می شوند.

7- تمام موارد پذیرش ، انتقال و ترخیص بیمار در بخش ویژه CCU با هماهنگی و اطلاع متخصص قلب آنکال صورت می گیرد.

8- در صورت نبود تخت خالی، توسط پرستار مسئول بیمار به پزشک معالج جهت تصمیم گیری در جهت اعزام بیمار و یا بستری در سایر بخش ها اطلاع داده می شود. تا زمان تعیین تکلیف بیمار، بیمار توسط پرستار آموزش دیده تحت مراقبت های متناسب با نیاز وی قرار میگیرد.

9- بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش ویژه توسط پزشک معالج و پزشک متخصص درخواست شده توسط پزشک معالج، به صورت روزانه ویزیت می شوند.

10- بیماران بستری در بخش ویژه پس از طی دوره درمان با دستور پزشک به یکی از روش های زیر از بخش خارج می شوند:

A: بیمار مستقیماً از بخش CCU ترخیص می شود. (با دستور پزشک یا با رضایت شخصی)

B: بیمار با بهبودی نسبی به بخش POST یا داخلی منتقل می شود.

C: بیمار جهت ادامه درمان به مرکز مجهزتر با هماهنگی اعزام می شود.

D: بیمار بدلیل شدت عوارض بیماری فوت می کند.

E: بیمار منتقل شده از اتاق عمل یا سایر بخش ها پس از طی دوره مراقبت در بخش ویژه ، مجدد به بخش مبداء باز می گردد.

اندیکاسیون های ترخیص شامل موارد زیر می باشد:

عدم تکرار درد قفسه سینه- عدم تغییر نوار قلب- نداشتن دیسترس تنفسی- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت بیمار- برطرف شدن آریتمی قلبی خطرناک- طبیعی شدن آزمایشات بحرانی

منابع	2012-BRAUN WALDS HEART DISEASE	امکانات و تسهیلات	مانیتور - الکتروشوک - دستگاه فشارسنج - وسایل تزریقات وریدی
لیست ذینفعان	بیماران ویژه - خانواده بیماران -	صاحبان فرآیند	کادر پرستاری و ماما - کادر پزشکی و سوپروایزران

امضا	سرپرستار NICU	سمت	مریم رضامند	تهیه کنندگان	امضاء	مسئول دفتر بهبود کیفیت متخصص قلب ریس بخش ccu سرپرستار اورژانس سرپرستار اتاق عمل	سمت	سیده طاهره قاسمی نژاد زهره تنباکوکاری هاجر فرجودی فرح روز جوادی نرگس معدن دار	تهیه کنندگان
امضا			رئیس بخش ccu رئیس بخش NICU مسئول بهبود کیفیت	سمت	شهرام خسروی نژاد رضا عطاریان سیده طاهره قاسمی نژاد	تاییدکننده:			
امضا			ریاست بیمارستان	سمت	آقای دکتر مسیح هاشمی	ابلاغ کننده:			

عنوان سند: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد خط مشی: LCL-PP-08-B

نام بخش:	بخش های بالینی	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های بالینی بستری و سرپایی	فرد پاسخگو:	مدیریت پرستاری
تاریخ تدوین:	93/5/13	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/13	تاریخ بازنگری بعدی:	1 از 2
		تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/24	نحوه ارزیابی خط مشی	نظارتی - مصاحبه

بیانیه خط مشی	<p>اهداف: افزایش کیفیت زندگی بیماران / افزایش ایمنی و رسیدگی سریع و به موقع بیماران / ارائه مراقبت از بهاراری که به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، دچار آسیب می نارسایی ارگان های متعدد شده و نظرمند در طافت مراقبت های مستمر و پایش مداوم وضعیت بیمار هستند.</p> <p>چرایی: لزوم ارائه مراقبت های فیزیولوژیک در اسرع ترین زمان ممکن به بیماران</p> <p>سیاست: آموزش پرسنل / مانیتورینگ مداوم بیماران در شرایط حاد</p>
تعاریف	<p>- بیماری حاد: بیماری که شروع ناگهانی داشته و معمولاً دوره آن کوتاه مدت است.</p> <p>- بیماران حاد: بیمارانی که دارای شرایط همودینامیک ناپایدار بوده و اختلالات همودینامیک به صورت ناگهانی در ایشان ایجاد می شود.</p> <p>- مراقبتهای بحرایی: مراقبتهایی هستند که از طریق شناسایی و مدیعت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت های تخصصی بهر فته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می پذی د .</p>
روش اجرایی	<p>1- پرستار در بیماران حاد، پایش عملکرد تنفسی از طریق بررسی تعداد تنفس، عمق تنفس، سمع صداهای تنفسی، استفاده از عضلات کمک تنفسی، وجود تنگی نفس، کاهش spo2 در فواصل زمانی تعیین شده توسط پزشک پایش و جارت می شود.</p> <p>2- فشار خون سیستولیک، دیاستولیک تعداد ضربان قلب توسط پرستار در فواصل زمانی تعیین شده توسط پزشک پایش و جارت می گردد.</p> <p>3- به محض اینکه بیمار دچار شرایط بحرانی می شود، توسط پرستار بررسی شده و تحت مانیتورینگ قرار می گیرد.</p> <p>4- سطح هوشیاری با مقیاس گلاکو تعیین شده و ارزیابی مردمک های هر دو چشم توسط پرستار انجام می شود.</p>

<p>5- برای چک اشباع اکسیژن خون پروب پالس اکسی متر را به انگشت بیمار، لاله گوش توسط پرستار با کنترل نداشتن لاک توسط بیمار، سرد نبودن اندام بیمار وصل نموده و ارزیابی انجام می شود و اکسیژن تراپی به روش صحیح انجام می شود.</p> <p>6- بیماران حاد از نظر بررسی دیس ریتمهای قلبی در دوره شرایط حاد، مانیتورینگ مداوم شده و نتایج مانیتورینگ در گزارش پرستاری ثبت و موارد غیر طبیعی، به پزشک معالج توسط پرستار اطلاع رسانی میشود.</p> <p>7- وضعیت درد بیمار (شدت، طول مدت، نواحی انتشار،...) توسط پرستار ارزیابی شده و شرایط به پزشک معالج اطلاع رسانی میشود و تا زمانی که درد بیمار بهبود نیافته است هر 15 دقیقه شرایط درد بیمار توسط پرستار پایش می شود.</p> <p>8- برون ده ادرار بیمار هر یک ساعت در شرایط حاد توسط پرستار کنترل می شود در مواردی که برون ده ادراری کمتر از 30 سی سی در ساعت باشد به پزشک معالج اطلاع رسانی می شود.</p> <p>9- کنترل جذب و دفع در شرایط حاد طبق دستور پزشک معالج توسط پرستار انجام میشود.</p> <p>10- ارزیابی بیمار در پاسخ به درمانهای انجام شده توسط پرستار انجام شده و موارد مهم به پزشک مسئول بیمار گزارش می شود.</p> <p>11- توالی احیای نزدیک بیمار حاضر و در دسترس میباشد.</p>
--

منابع	سیاست بیمارستان - کتاب استاندارد های خدمات پرستاری	امکانات و تسهیلات	تجهیزات پزشکی و ملزومات آن - کادر پزشکی، مامایی، پرستاری، کمک بهیار و خدمات
-------	--	-------------------	---

لیست ذینفعان	بیماران - خانواده بیماران -	صاحبان فرآیند	کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران
--------------	-----------------------------	---------------	--

تهیه کنندگان	سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مسئول بهبود کیفیت	امضاء	تهیه کنندگان	مریم بابائی	سمت	مترون	امضا
تایید کننده:			دکتر کوثری	سمت	پزشک مسئول اورژانس			امضا	
ابلاغ کننده:			آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان			امضا	

عنوان سند: رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل مانند: اتاق زایمان، جراحی های سرپایی، اسکوپ های

کد خط مشی: LOR-PP-09-B

نام بخش:	اتاق عمل	دامنه خط مشی:	بخشهای بستری و پاراکلینیک	فرد پاسخگو:	مسئول ایمنی
تاریخ تدوین:	92/2/25	تاریخ آخرین بازنگری:	96/6/1	تاریخ بازنگری بعدی:	97/6/1
تاریخ ابلاغ:	92/6/31	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/7/1	نحوه ارزیابی خط مش	نظارتی-مصاحبه

بیانیه خط مشی	اهداف: کاهش عوارض جراحی های خارج اتاق عمل با حفظ ایمنی بیمار و پرسنل / کاهش میزان بروز عفونت جراحی: آگاهی پرسنل در مورد نحوه فرآیند اعمال جراحی سرپایی
تعاریف	سیاست: انجام جراحی های ایمن / رعایت دستورالعمل های مرتبط
روش اجرایی	<p>1- اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل توسط بیمارستان مشخص شده که به شرح ذیل می باشد:</p> <p>اقدامات تهاجمی بخش های عمومی: آندوسکوپی، پونکسیون مایع نخاعی، تب مایع پلور، سوچور زدن / اقدامات تهاجمی زایشگاه: اپی زیاتومی، کوراژ، انجام سزارین اورژانسی و عدم امکان انتقال بیمار به اتاق عمل</p> <p>2- قبل از شروع پروسیجر رعایت پروتکل شستشوی دست توسط کلیه پرسنل، الزامی می باشد.</p> <p>3- در بیماران آندوسکوپی، ناشتا بودن بیمار از 8 شب الزامی می باشد که موارد توسط پزشک و پرستار به بیمار آموزش داده می شود.</p> <p>4- در نوزادان و شیرخواران ختنه ای شیر ندادن مادر به نوزاد حدود 20 دقیقه قبل و بعد از ختنه الزامی می باشد.</p> <p>5- در بیماران سرپایی، تست لیدو کائین توسط آزمایشگاه انجام میگردد (با order پزشک در دفترچه بیمه بیماران)</p> <p>6- بعد از اقدامات تهاجمی سرپایی جهت پیشگیری از افت فشار خون بیمار و پیشگیری از ترومای سر و اندامها در بیمار، بیمار به مدت 20-25 دقیقه در وضعیت supine بماند و بعد از</p>

اطمینان از stable شدن وضعیت بیمار، بیمار به اتفاق، همراهش به صندوق حسابداری ارجاع میشود.

7- قبل از شروع آندوسکوپی ها، پرسنل مسئول اتاق عمل سرپایی، از صحت عملکرد ابزار و تجهیزات آندوسکوپی و وسایل مانیتورینگ بیمار اطمینان حاصل می نمایند.

8- پرستار قبل از شروع آندوسکوپی ها و عملهای سرپایی از صحت وسایل توالی احیاء اطمینان حاصل می نماید. (هر شیفت تغییر و تحول توالی احیا توسط پرسنل مربوطه به انجام می رسد.)

9- در کلیه مراحل پروسیجر رعایت 5 مرحله شستشوی دست و دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی توسط پرسنل مرتبط رعایت می شود.

10- کمک بهیار باید بعد از اتمام عملهای سرپائی کلیه ابزار را با آب شسته و برس کشی مینماید و ابزار را به مدت 5 دقیقه در محلول ضدعفونی کننده گذاشته و سپس آب کشی کرده خشک کرده و بعد از اطمینان از صحت تعداد ابزار با شناسنامه آنها را با تست کلاسی 4 در دولايه پارچه پک کرده و بر روی ست نام خود و تاریخ پیچیدن ست و تاریخ انقضاست را ثبت می نماید و به CSR ارسال می نماید.

11- پرستار بعد از اتمام آندوسکوپی، آندوسکوپ را در وان آندوسکوپی قرار داده و به مدت 12 دقیقه آب کشی و ضدعفونی نموده و از تمیز شدن آندوسکوپ اطمینان حاصل می نماید.

12- پرستار سرپائی و آندوسکوپی می بایستی اقدامات ایمنی در تفکیک زباله ها را رعایت نماید (زباله های عفونی در سطل زرد با نایلون زرد، زباله های غیر عفونی در سطل آبی با نایلون مشکی، ابزار تیز و برنده در سفتی باکس)

13- پرستار سرپایی و آندوسکوپی در روزهای دوشنبه جهت ضدعفونی هوای سرپایی از نوکواسپری استفاده می نماید.

14- پرستار سرپایی و آندوسکوپی بعد از اتمام کارش تجهیزات را واشینگ مینماید.

15- خدمات بعد از اتمام عملهای سرپایی و آندوسکوپی اتاق را واشینگ مینماید.

16- یوپی اس در هر ماه توسط ناسیسات و تجهیزات پزشکی از نظر عملکرد چک می گردد.

17- پرستار سرپایی در ابتدای شیفت توالی اورژانسی و تجهیزات موجود در اتاق را از نظر سالم بودن چک نموده و در دفتر خود ثبت می نماید.

18- در موارد اضطراری که به صورت اورژانسی عمل سرپائی در خارج از اتاق عمل انجام می شود (به صورت مثال عمل سزارین در بلوک زایمان) وسایل مورد نیاز عمل از اتاق عمل به محل مربوطه توسط خدمات و پرسنل اتاق عمل منتقل میشود و عمل در محل مورد نظر با رعایت اصول آسپتیک انجام می شود.

19- در صورتی که بعد از پایان عمل سرپایی علایم همودینامیک بیمار پایدار نباشد، طبق هاهنگی با سوپروایزر و پزشک معالج، بیمار به صورت موقت در اورژانسی تحت نظر قرار می گیرد.

20- بعد از عمل سرپائی، پرستار علایم حیاتی بیمار را کنترل و حال عمومی بیمار را جویا می شود و در صورت عدم STABLE بودن علایم حیاتی، اجازه خروج از تخت به تنهایی به بیمار داده نمی شود.

منابع	سیاست بیمارستان	امکانات و تسهیلات	لوازم حفاظت فردی - دارو و لوازم مصرفی جهت انجام پروسیجر - پرسنل کارازموده و باتجربه - توالی احیا - تجهیزات آندوسکوپی - وسایل مانتورینگ - تست لیدوکائین - وسایل ضد عفونی کننده و تست کلاس 4 - نوکواسپری -
-------	-----------------	-------------------	--

لیست ذینفعان	بیماران - خانواده بیماران -	صاحبان فرآیند	کارکنان کلبه بخشهای بستری و پاراکلینیک -
--------------	-----------------------------	---------------	--

تهیه کنندگان	خانمها:	سمت	امضاء	تهیه کنندگان	فاطمه خسروی	سمت	کمک بهیاراتاق عمل کمک بهیاراتاق عمل مسئول اتاق عمل مسئول ایمنی	امضا
تهیه کننده:	سیده طاهره قاسمی نژاد فرحروز جوادی زهرا طاهرزاده سیده فاطمه فاطمی دکتر شکرالله شگری		سوپروایزر آموزشی سرپرستار بلوک زایمان سوپروایزر کنترل عفونت مسئول هماهنگ کننده ایمنی رئیس بخش اتاق عمل		آقای علی عبدالملکی نرگس معدن دار سینا کوثری			
تایید کننده:		تایید کننده:	خانم مریم بابایی	سمت		مدیره پرستاری		
ابلاغ کننده:		ابلاغ کننده:	آقای دکتر مسیح هاشمی	سمت		ریاست بیمارستان		

عنوان سند: اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین کد خط مشی: LLu-PP-10-B

نام بخش:	بلوک زایمان	دامنه خط مشی:	بخش زنان و بلوک زایمان	فرد پاسخگو:	رئیس بخش بلوک زایمان
تاریخ تدوین:	93/8/7	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/7	تاریخ بازنگری بعدی:	97/5/7
تاریخ ابلاغ:	93/8/15	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/21	نحوه ارزیابی خط مشی	شاخص های آماری

بیانیه خط مشی	اهداف: انجام سزارین براساس اندیکاسیون ارائه شده توسط وزارت بهداشت اجرایی: به منظور ارتقای ایمنی و حفظ جان و سلامت مادر و جنین سیاست: انجام سزارین ها بر اساس دستورالعمل مراقبت مدیریت شده شماره 5
تعاریف	اندیکاسیون سزارین: روشهای منطقی و علمی انجام عمل سزارین سزارین: به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد انسیونهایی در دیواره شکم (لاپاراتومی) و دیواره رحم (هیستروتومی) را زایمان سزارین گویند. سزارین بعد از زایمان طبیعی روش دیگر ختم بارداری است و هنگامی انجام می شود که پزشک تشخیص می دهد این نوع ختم بارداری برای حفظ سلامت مادر و جنین ضرورت دارد.
روش اجرایی	1- انجام سزارین صرفاً براساس اندیکاسیون های علمی که ذیلاً اشاره شده و با ذکر جزئیات در پرونده توسط پزشک متخصص زنان و زایمان انجام می پذیرد. الف- سزارین قبلی و سابقه ی میومکتومی ب- عدم پیشرفت (لیبر غیر طبیعی) ت- زجر جنین (هر گونه الگوی غیر طبیعی FHR) ث- نمایش غیر طبیعی

<p>ج- مشکلات جفت و بند ناف (جفت سرراهی، عروق جفتی سرراهی، پرولاپس بند ناف، دکولمان بسته به نظر پزشک و شرایط زایمانی مادر و زنده بودن جنین)</p> <p>چ- عدم تناسب سر با لگن</p> <p>ح- فشار خون بالا در مادر</p> <p>خ- ایست قلبی مادر جهت نجات جان جنین</p> <p>د- سه قلویی و بالاتر، دوقلویی در موارد غیر سفالیک بودن قل اول</p> <p>ذ- هرگونه توده خوش خیم و بدخیم که موجب انسداد کانال زایمان شود.</p> <p>ر- سرطان سرویکس، سرویکس نارسا</p> <p>ز- سایر علت های تعریف نشده (تمام مواردی که انجام زایمان واژینال با توجه به وضعیت مادر و جنین و با استناد به نظر متخصص زنان برای سلامت مادر و جنین خطر ساز است).</p> <p>2- توسط مسئول بلوک زایمان کلیه ی امار سزارین ها به تفکیک پزشکان استخراج میشود.</p> <p>3 - در صورت مغایرت با موارد اندیکاسیون بالا پرونده ی بیمار مذکور در کمیته ی زایمان طبیعی بحث و بررسی میشود</p> <p>4- توسط کمیته تصمیم گیری لازم در خصوص پرونده گرفته میشود و نتیجه توسط دبیر کمیته به اطلاع پزشک رسانیده میشود.</p>
--

منابع	سیاست بیمارستان - دستورالعمل مراقبت مدیریت شده شماره 5- اندیکاسیون ارائه شده توسط وزارت بهداشت	امکانات و تسهیلات	تجهیزات استاندارد احیای مادر و نوزاد در اتاق عمل شامل مانیتورینگ مادر، ترالی اورژانس، تخت احیای نوزاد مجهز به وارمر، ساکشن و... متخصص زنان، متخصص بیهوشی ماما - تیم اتاق عمل
-------	--	-------------------	--

لیست ذینفعان	مادران باردار	صاحبان فرآیند	متخصص زنان - ماما مسئول - ماما - رئیس بیمارستان
--------------	---------------	---------------	---

تهیه کنندگان	فرح روز جوادی	سمت	مسئول بلوک	امضاء	تهیه کنندگان	دکتر لاله میرزایی	سمت	رئیس بخش بلوک	امضا
تهیه کننده:	مریم بابایی ماهانی		مدیره پرستاری			سیده طاهره قاسمی نژاد		مسئول بهبود کیفیت	
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی		مریم بابایی ماهانی	سمت		مدیر بیمارستان		امضا	
			آقای مسیح هاشمی	سمت		ریاست بیمارستان		امضا	

عنوان سند: اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها کد خط مشی: LR-PP-11-C

نام بخش:	رادیولوژی	دامنه خط مشی:	رادیولوژی	فرد پاسخگو:	مسئول فیزیک بهداشت بیمارستان
تاریخ تدوین:	95/5/14	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/14	تاریخ بازنگری بعدی:	97/5/14
تاریخ ابلاغ:	95/5/25	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/25	نحوه ارزیابی خط مشی	نظارتی

بیانیه خط مشی	اهداف: حفظ و ارتقا سلامت پرتوکاران، مراجعین و بیماران چرایی: ضرورت حفظ و ارتقا سلامت کارکنان، مراجعین و بیماران / افزایش رضایتمندی کارکنان از محیط کاری / پیشگیری از بروز عارضه جدید به بیماران، کارکنان سیاست: نظارت مستمر / آموزش کلیه کارکنان در این خصوص / انجام آزمایشات دوره ای / بهبود محیط کاری
تعاریف	مارکر: علامت های راست و چپ فلزی که مشخص کننده سمت راست و چپ بدن بیمار می باشد. فیلم بیج: فیلم کوچک رادیولوژی که پرتوکار آن را بر روی سینه نصب می کند تا میزان دریافت دز جذبی در طول هر ۲ ماه اندازه گیری شود. شیلد: قطعات سربی جهت جلوگیری از پرتوگیری سایر قسمتهای غیر ضروری برای تصویربرداری
روش اجرایی	1 - وسایل عمومی کار با مواد رادیواکتیو نظیر (هود، هواکش، انواعی از ابزار، روکش سرنگ، آجرهای سربی، شیشه سربی، کاذب جاذب...) توسط مسئول مربوطه تهیه و در دسترس کارکنان می باشد. 2 - کارشناس، بیمار را با نام و نام خانوادگی فراخوانده و ضمن رویت درخواست، از بیمار یا همراه وی نیز علت مراجعه را جویا می شود. 3 - در مورد بیماران بستری از روی میج بند چک می کند (بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار) 4 - از مارکرهای راست و چپ بر روی کلیشه جهت سهولت تشخیص پزشک استفاده می شود. 5 - در صورتی که بیمار رادیوگرافی از یک عضو مشخص را دارد، سایر قسمت ها توسط شیلدهای حفاظتی، پوشانده شده تا از دریافت دوز اضافی جلوگیری شود و چنانچه

<p>بیمار ، به دلیل عدم توانایی نیاز به همراه داشته باشد . همراه وی نیز باید کاملاً محافظت شود.</p> <p>6 - در مورد اندیکاسیون های پرتابل، از پاراوان سربی و روپوس سربی در هنگام گرفتن عکس استفاده می شود.</p> <p>7 - وسایل حفاظت شخصی شامل روپوش سربی با محافظ تیروئید، دستکش توسط مسئول مربوطه با هماهنگی مسئول بهداشت حرفه ای تهیه و در دسترس کارکنان می باشد.</p> <p>8 - مسئول بهداشت حرفه ای وجود وسایل مربوطه و نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی لازم توسط پرسنل مربوطه را بررسی و نظارت می نماید.</p> <p>9 - دوره های آموزشی توسط مسئول فنی واحد پرتو جهت کلیه کارکنان در خصوص مباحث ایمنی در برابر پرتو به صورت سالیانه برگزار می گردد.</p> <p>10 - وسایل دوزیمتری شخصی مانند فیلم بیج، دوزیمتر گایگر مولر... تهیه و مورد استفاده پرسنل پرتوکار می باشد.</p> <p>11 - آزمایش ها و معاینات پزشکی اولیه حداکثر تا یکماه قبل از شروع به کار با اشعه توسط مسؤ مربوطه انجام می شود.</p> <p>12 - حداکثر هر شش ماه یکبار، آزمایش ها و معاینه های پزشکی تشخیص داده شود که ادامه کار با اشعه برای شخص زیان آور باشد لازم است توسط شخص مسئول و مسئول فیزیک بهداشت از ادامه کار با اشعه جلوگیری گردد.</p> <p>13 - این فیلم بیج هر ماه یکبار از بیمارستان به مرکز سازمان انرژی اتمی ارسال می شود</p> <p>14 - نتیجه بعد از بررسی عودت می شود در صورتی که دریافت دوز جذبی از حد مجاز بیشتر باشد ، در کنار نام آن شخص علامت ستاره گذاشته می شود.</p> <p>15 - میانگین پتوگیری در سال برای پرسنل باید کمتر از 5 msv/y باشد که توسط فرد مسئول پرتوکاران و ناظر مربوطه بررسی و پایش می شود.</p> <p>16 - در اتاق پذیرش ، تابلوهای هشداردهنده در مورد خطرات پرتوگیری خانم های باردار و خانم های متاهل در سنین بارداری نصب شده و وجود آن توسط ناظر واحد، پایش می شود.</p> <p>17 - در اتاق انتظار بیماران تابلوهای هشداردهنده در مورد خطرات پرتوگیری نصب شده و وجود آن توسط ناظر پایش می شود.</p> <p>18 - بررسی کیفیت برنامه های حفاظتی و شرایط حفاظت توسط مسئول فنی بخش پرتو و ناظر آن به صورت فصلی بررسی و پایش شده و به تیم مدیران اجرایی گزارش می شود.</p>	
--	--

منابع	سیاست بیمارستان	امکانات و تسهیلات
آزمایشات دوره ای - وسایل حفاظت شخصی - دوره های آموزشی - وسایل دوزیمتری - تابلوهای هشداردهنده - لباس سربی		

لیست ذینفعان	پرسنل پرتوکار - کلیه کارکنان، مراجعین و بیماران	صاحبان فرآیند
مسئول فنی واحد پرتو - مسئول بهداشت حرفه ای - مسئول فیزیک بهداشت - پرسنل واحد تصویربرداری		

امضا	مسئول بهداشت محیط پرسنل رادیولوژی	سمت	قاسمی دخیلی	تهیه کنندگان	امضاء	ناظر رادیولوژی - مسئول فیزیک بهداشت مسئول بهبود کیفیت	سم ت	آقای مهاجر سیده طاهره قاسمی نژاد	تهیه کنندگان
امضا		مدیر بیمارستان مسئول بهبود کیفیت		سمت	یداله رشیدی سیده طاهره قاسمی نژاد		تایید کننده:		
امضا		ریاست بیمارستان		سمت	آقای مسیح هاشمی		ابلاغ کننده:		

عنوان سند: ارزش گذاری و فرهنگ گذاری رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان/پرستاران و سایر کارکنان بالینی کد خط مشی: LIC-PP-12-B

نام بخش:	کنترل عفونت	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های بالینی و واحدهای پاراکلینیک		فرد پاسخگو:	مسئول کنترل عفونت
تاریخ تدوین:	95/5/28	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/28	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	1 از 1
تاریخ ابلاغ:	95/6/10	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/6/10		نحوه ارزیابی خط مشی	نظارتی-مشاهده

بیانیه خط مشی	اهداف: رعایت استانداردهای بهداشت دست جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی / ایجاد انگیزه در پرسنل در خصوص رعایت استانداردها جراپی: لزوم رعایت استانداردهای مربوطه سیاست: یادآوری شستن دست / آموزش پرسنل / پایش و نظارت بر اجرای صحیح استانداردها
تعاریف	
روش اجرایی	<p>1 - گایدلاین ها، پروتکل ها و استانداردهای رعایت بهداشت دست جهت اجرا توسط واحد کنترل عفونت به کلیه بخش ها (پزشکان، پرستاران، کارکنان بالینی) ابلاغ شده است.</p> <p>2 - شاخص های رعایت بهداشت دست توسط واحد کنترل عفونت تعیین و به صورت فصلی پایش شده و نتایج مربوطه در کمیته های کنترل عفونت به اطلاع مدیران و اعضا رسانده می شود تا ایجاد انگیزه در پرسنل انجام گیرد.</p> <p>3 - امکانات شستن دست در کلیه بخش ها با پیگیری مسئولین بخش ها و واحدها مهیا و در دسترس ، می باشد و مسئول کنترل عفونت بر این امر نظارت لازم را دارا است.</p> <p>4 - در تمامی بخشها ، دو دستگاه دیسپنسر حاوی هند راب قرار دارد.</p> <p>5 - آموزش بدو خدمت و ضمن خدمت کارکنان به صورت دوره ای و مستمر در بخش های بالینی با نظارت مسئولین بخش ها و کنترل عفونت انجام می شود.</p> <p>6 - کارگاه های آموزشی ایمنی بیمار و کنترل عفونت، برای کلیه کارکنان، حداقل سالانه یکبار برگزار می شود.</p> <p>7 - دستورالعمل ابلاغی بهداشت دست در اختیار کلیه کارکنان درمانی قرار گرفته است.</p> <p>8 - بررسی علل عدم رعایت شستن دست در بخش ها به صورت سالیانه توسط سوپروایزر کنترل عفونت، انجام شده و موانع موجود توسط واحد کنترل عفونت پایش و اقدامات</p>

<p>اصلاحی در خصوص حل مشکلات توسط ایشان و اعضا کمیته کنترل عفونت اتخاذ می گردد.</p> <p>9 - میزان دانش و نگرش کارکنان مراقبت های بهداشتی توسط مسئول کنترل عفونت به صورت فصلی پایش شده و اقدامات اصلاحی در صورت لزوم اتخاذ می گردد.</p> <p>10 - به کارکنان مربوطه بازخورد نتایج پایش شستن دست، میزان عفونتهای بیمارستانی توسط مسئول کنترل عفونت ارائه می شود و بر اساس آن اقدامات اصلاحی اتخاذ می گردد.</p> <p>11 - پوسترهای نحوه شستن دست در بالای سینک دستشویی کلیه بخش های بالینی نصب شده است تا با مشاهده آن، شستن دست یادآوری شود.</p> <p>12 - بروشورهای علت و اهمیت شستن دست و نحوه چگونگی آن توسط سوپروایزر کنترل عفونت تهیه و به بخش ها جهت مطالعه ارسال می گردد.</p> <p>13 - رابطین کنترل عفونت در کلیه بخشها بر نحوه صحیح شستن دست به صورت نامحسوس نظارت داشته و به صورت موردی تذکرات لازم در این زمینه به فرد مربوطه ارائه می شود.</p>	
--	--

منابع	دستورالعمل ابلاغی بهداشت	امکانات و تسهیلات	امکانات شستن دست-مایع صابون-دستمال کاغذی-نرم کننده پوست-گایدلاین ها، پروتکل ها، شاخص ها و استانداردهای رعایت بهداشت دست-پوسترهای نحوه شستن دست-بروشورهای علت و اهمیت شستن دست-مسئول کنترل عفونت
-------	--------------------------	-------------------	---

لیست ذینفعان	کلیه پزشکان، پرستاران و کارکنان بالینی و واحدهای پاراکلینیک پزشکان - بیماران	صاحبان فرآیند	مسئول کنترل عفونت- کارکنان بالینی بیمارستان
--------------	--	---------------	---

تهیه کنندگان	زهرات پاهرزاده مریم بابایی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مسئول کنترل عفونت مدیره پرستاری مسئول بهبود کیفیت	امضاء	تهیه کنندگان	زهرات حاجی	سمت	پزشک کنترل عفونت	امضا
تایید کننده:			مریم بابایی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت		مدیر پرستاری مسئول بهبود کیفیت		امضا	
ابلاغ کننده:			آقای مسیح هاشمی	سمت		ریاست بیمارستان		امضا	

عنوان سند: خط مشی و روش راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان کد خط مشی: L PR-PP- 13- B

نام بخش:	رعایت حقوق گیرنده خدمت	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های درمانی- پشتیبانی- واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی	فرد پاسخگو:	مسئول حقوق گیرنده خدمت
تاریخ تدوین:	91/9/18	تاریخ آخرین بازنگری:	96/6/1	تاریخ بازنگری بعدی:	97/6/1
تاریخ ابلاغ:	92/6/31	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/6/14	نحوه ارزیابی خط مشی:	نظارتی

بیانیه خط مشی	اهداف: رعایت منشور حقوق بیمار / ارائه اطلاعات مطلوب به بیمار جهت پیشگیری از سر در گمی ایشان. جراپی: لزوم رعایت حقوق بیمار / جلب رضایت مراجعین با ارائه اطلاعات صحیح به ایشان / افزایش اعتماد و اطمینان گیرنده خدمت به سیستم. سیاست: اطلاع رسانی به نحو مطلوب و به میزان کافی در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت / استفاده از تابلوهای راهنما / ارائه راهنماییهای لازم در بیمارستان.
تعاریف	
روش اجرایی	<p>1- سالیانه کلیه پرسنل جدیدالورود در کلاس های آموزشی ((رعایت حقوق گیرنده خدمت)) و ((مهارتهای رفتاری و ارتباطی)) شرکت نموده و اطلاعات خود را در این زمینه به روز می نماید.</p> <p>2- تمامی پرسنل بخشها و واحدها در کل بیمارستان مسئول راهنمایی و هدایت بیماران در قسمتهای مختلف بیمارستان می باشند.</p> <p>3- در ابتدای ورود مددجو به بیمارستان واحد حراست و نگهبانی جهت راهنمایی بیماران با لحنی محترمانه و با حوصله و با آگاهی و اطلاعات کافی از موقعیت جغرافیایی بیمارستان ، مراجعین را حتی الامکان راهنمایی کرده و اطلاعات کافی را در اختیار آنها قرار می دهد.</p> <p>4- واحد پذیرش در خصوص زمان درمانگاهها و حضور پزشک در بیمارستان و در زمان پذیرش و تشکیل پرونده، در صورت درخواست مراجعین به بیمار و همراه وی در خصوص روند پذیرش و بستری، بیمه های طرف قرارداد و هزینه های احتمالی اطلاع رسانی می کند.</p> <p>5- برگ راهنمای بیمه ها و هزینه های بیمارستان و اطلاعیه سامانه رسیدگی به تخلفات تعرفه ای در واحد پذیرش و ترخیص نصب می باشد.</p>

- 6- مسئول پذیرش بعد از تشکیل پرونده جهت بیمار، دستبند شناسایی بیمار که شامل مشخصات نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره پرونده است را تحویل مراجعین داده و آنها را به بخش مورد نظر هدایت می کند.
- 7- بیمارانی که مستقیماً به اورژانس بیمارستان مراجعه می کنند ابتدا توسط پرستار تریاژ، تریاژ می شود و مسئول واحد تریاژ بعد از انجام تریاژ به روش ESI بیمار را به محل و مکان مورد نظر هدایت کرده و تحویل پرستار و پزشک کشیک می دهد و در صورت نیاز با تشکیل پرونده تحت نظر، سرویس تخصصی مورد نظر برای بیمار درخواست و پزشک متخصص آنکال یا مقیم فراخوان می شود.
- 8- پزشک، پرستار و کلیه فراگیران و کارکنان اتیکت شناسایی مناسب دارند و در اولین برخورد خود را به بیمار و همراه وی بالحنی محترمانه معرفی می کنند و کارکنان از اهمیت و چگونگی معرفی خود به بیمار آگاهی دارند
- 9- کلیه کارکنان از منشور حقوق بیمار متناسب با نقش خود آگاهی دارند و برطبق آن عمل می کنند.
- 10- کلیه کارکنان جهت راهنمایی گیرندگان خدمت استاندارد های ملی پوشش را رعایت می کنند و از آن آگاهی دارند.
- 11- واحد رسیدگی به شکایات مسئول راهنمایی و هدایت بیماران در خصوص ارائه شکایت و نحوه رسیدگی به آن می باشد.
- 12- پزشک معالج بیمار به ایشان در خصوص روشها تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش، تشخیص سیر بیماری، پیش آگهی و عوارض هر روش به نحو مقتضی و در حد درک بیمار اطلاع رسانی می نماید.
- 13- منشی هر بخش و درمانگاه در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و مراجعه به قسمتهای مختلف راهنمایی لازم را ارائه می نماید.
- 14- در بخش های بستری، پرستاران هر بخش در خصوص نحوه مراجعه به قسمتهای مختلف، نحوه پیگیری کارهای مربوطه به بیمار و همراه وی راهنمایی لازم را ارائه می نماید.
- 15- پرستاران در زمان پذیرش بیمار و حین بستری به زبان ساده و گویا و قابل فهم توضیحاتی در خصوص نوع بیماری، روند درمان و مراقبت بیمار ارائه می دهند. با توجه به شرایط بیمار پمفلت آموزشی مناسب در اختیار بیماران قرار می گیرد
- 16- در صورت نیاز به اعزام بیمار به سایر مراکز مجهزتر ابتدا این امر به اطلاع بیمار و همراه وی می رسد و هزینه ها و بیمه های مورد قبول بیمارستان مقصد به بیمار و همراهی وی اطلاع رسانی می شود(توسط پرستار و سوپروایزر)
- 17- بیمارستان در راستای پیشگیری از سه بیماری سرطان، دیابت و فشارخون به بیماران و همراهان و مراجعین از طریق پمفلت به بیماران اطلاع رسانی می کند.
- 18- تابلوی بیمارستان مبنی بر درمانی بودن بیمارستان، برسر در بیمارستان نصب شده و در معرض دید مراجعین قرار دارد.
- 19- تابلو های راهنما در قسمتهای مختلف بیمارستان جهت راهنمایی مراجعین نصب و در معرض دید گیرندگان خدمت می باشد. در ضمن بنر نام و تخصص پزشکان شاغل در ورودی بیمارستان نصب می باشد.
- 20- نقشه مکان های مختلف بیمارستان در ورودی بیمارستان بر روی تابلو موجود می باشد.

<p>21- تابلوی خطوط راهنمای بخش ها در ورودی اصلی بیمارستان وجود دارد که نشان می دهد هر رنگ به کدام واحد منتهی می شود.</p> <p>22- خطوط راهنمای رنگی بر روی سطح زمین خط کشی شده و هر رنگ نشان دهنده واحد مشخص می باشد. این خطوط رنگی در سراسر بیمارستان و داخل راهروی بخشها و واحدها وجود دارد و هدایتگر افراد می باشد.</p> <p>23- جهت اطلاع مراجعین منشور حقوق بیمار در ورودی اصلی بیمارستان، راهروی اصلی هر بخش و در اورژانس و در معرض دید مراجعین نصب شده است که از فاصله یک متری قابل خواندن می باشد.</p> <p>24- فلوجارت رسیدگی به شکایات در هر بخش نصب شده و در معرض دید قرار دارد.</p> <p>25- تابلوهای هدایت کننده مراجعین که نشان می دهد هر واحد در کدام قسمت بیمارستان واقع شده است در محل های مناسب قرار گرفته است که در شب نیز قابل رویت شود و مراجعین را هدایت می کند.</p> <p>26- بروشور منشور حقوق بیمار در هر اتاق نصب می باشد.</p>

منابع	منشور حقوق بیمار و جزوه ی آموزشی ارزشها و عقاید گیرنده ی خدمت ، تجربه بیمارستان	امکانات و تسهیلات	پمفلت آموزشی- تابلوهای راهنما- راهنمایی های لازم- کلاس های آموزشی- بنر نام و تخصص پزشکان- فرم نظرسنجی
-------	---	-------------------	---

لیست ذینفعان	بیماران- مراجعین	صاحبان فرآیند	تمامی کارکنان کلیه بخش های درمانی و پشتیبانی- واحد حراست و نگهبانی- واحد پذیرش و ترخیص- واحد رسیدگی به شکایات- منشی هر بخش- پرستاران هر بخش-
--------------	------------------	---------------	--

تهیه کنندگان	سیده طاهره قاسمی نژاد خانم یوسف زاده	سمت	مسئول بهبود کیفیت مسئول درمانگاه	امضاء	تهیه کنندگان	خانم اسماعیلی آقای یدالله رشیدی	سمت	مسئول پذیرش مدیریت	امضا
تایید کننده:		سمت	آقای یدالله رشیدی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیریت مسئول بهبود کیفیت		امضا		
ابلاغ کننده:		سمت	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان		امضا		

عنوان سند: خط و مشی و روش رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت کد خط مشی: L PR-PP- 14- B

نام بخش:	رعایت حقوق گیرنده خدمت	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک		فرد پاسخگو:	مسئول رعایت حقوق گیرنده خدمت
تاریخ تدوین:	91/9/18	تاریخ آخرین بازنگری:	96/4/1	تاریخ بازنگری بعدی:	97/4/1	تعداد صفحات: 1 از 2
تاریخ ابلاغ:	92/6/31	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/4/14			نظارتی

بیانیه خط مشی	اهداف: ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان / شناسایی، حمایت و ارتقاء حقوق بیمار / حفظ حریم خصوصی و اسرار بیمار چرایی: لزوم حمایت از حقوق بیمار / ارائه ی خدمت با حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت سیاست: پوشاندن مناطقی از بدن گیرنده ی خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیاز به مداخله ندارند / محرمانه نگهداشتن اطلاعات پرونده ی بهداشتی بیمار / رعایت حریم مناسب تخت ها با استفاده از پاراوان و پرده / آموزش و افزایش آگاهی نیروها در جهت رعایت حریم خصوصی و تعالی ارزشهای انسانی
تعاریف	منظور از حریم خصوصی طراحی محیطی امن و مناسب همراه با رفتار های متناسب با استانداردهای جهانی و ارزشهای اعتقادی موجود در جامعه می باشد
روش اجرایی	<ol style="list-style-type: none"> 1- خدمات سلامت با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت (حق خلوت و رعایت اصل رازداری) توسط کلیه پرسنل ارائه میشود. 2- هنگام انتقال به بیماران به واحدهای پاراکلینیکی یا بخشهای مختلف پوشش بیماران توسط پرستار کنترل و حفظ می گردد. 3- فضای اطراف هر تخت در صورت نیاز با پاروان و یا پرده محفوظ نگهداشته می شود. بخصوص در اقداماتی که نیاز به برهنه کردن قسمتی از بدن بیماران است. 4- هنگام معاینه بیمار از دید دیگران محفوظ نگه داشته می شود و از تجمع افراد غیر ضروری هنگام معاینه ممانعت به عمل می آید. 5- پرسنل هنگام مواجهه با بیمار و ارائه خدمات سلامت با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت و مواردی از قبیل رعایت اصول عرفی، اجتماعی و فرهنگی، حفظ فاصله لازم و کسب اجازه جهت انجام معاینات و مواردی از این دست برای بیمار، محیطی امن فراهم می نمایند. 6- از ورود آقایان به بخش زنان در ساعتهای غیر ملاقات ممانعت بعمل می آید. 7- حریم مناسب در قرار گیری تخت ها رعایت می شود و از پاراوان و یا پرده های سقفی اطراف تخت ها در بخش ها جهت حفظ حریم خصوصی استفاده می شود.

- 8- حریم خصوصی بیمار ، توسط پزشکان و پرستاران ، خصوصا هنگام سؤال وجوابهای بالینی، آزمایشات، روشها و درمان ها و نقل و انتقال، رعایت می شود.
- 9- کلیه خدمات و کادر انتظامات بیمارستان در صورت بسته بودن در اتاق بیمار ، قبل از ورود به اتاق حتما اطلاع رسانی لازم را از طریق در زدن به بیمار یا همراه وی انجام می دهند.
- 10- در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکانپذیر می باشد. (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن، ناپایدمانی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد).
- 11- هر بخش های بالینی و پاراکلینیک و اتاق عمل، از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند، توسط مسئول بخش، اطمینان حاصل می شود.
- 12- 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 برخلاف ضرورتهای پزشکی باشد و کلیه پرسنل از آن آگاهی داشته و انجام می دهند.
- 13- اطلاعات بهداشتی مربوط به یک فرد خاص که تحت درمان قرار میگیرد از طرف کلیه پرسنل محرمانه تلقی شده و افشا نمی شود.
- 14- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آنرا استثنا کرده باشد و کلیه پرسنل در همه زمان ها موظف به رعایت آن می باشند.
- 15- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند میتوانند به اطلاعات بیمار دسترسی داشته باشند.
- 16- هر مواردی که بیمار یا نماینده وی رضایت ندارد، هیچگونه اطلاعاتی نباید درباره بیمارستان یا بیماری وی افشاء شود و کلیه پرسنل از آن آگاه بوده و موظف به رعایت آن هستند.
- 17- تیم درمان کلیه اقدامات تشخیصی درمانی بهداشتی را برای بیمار در حال احتضار تا زمان مرگ فرد مانند یک فرد عادی انجام می دهد.
- 18- برای بیماران در حال احتضار، توسط مسئول بخش و نگهبانان به نزدیکان وی شامل پدر، مادر، خواهر و برادر اجازه ملاقات داده می شود.
- 19- جهت حفظ حریم خصوصی بیمار حتی الامکان سعی می شود بیمار در فضایی مجزا از سایر بیماران تحت مداوا قرار گرفته یا با پرده و یا پاراوان از سایر بیماران جدا شود.
- 20- جسد بیمار طبق موازین شرعی (بعد از جدا کردن کلیه اتصالات بیمار توسط کارکنان همگن) به سردخانه منتقل می شود.
- 21- در صورتیکه بیمار احتیاج به سوند مثانه دارد میبایست الزاما افراد همگن عمل سونداژ را انجام می دهند .
- 22- انتقال بیماران زن از اتاق ریکاوری به بخش به همراهی یک نفر از کادر پرستاری همگن انجام می شود.
- 23- عکس برداری از بیماران و اسناد پزشکی توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی و همراهان بیمار به وسیله تلفن همراه ممنوع می باشد، در مواردی که نیاز به کاربرد

آموزشی است با اجازه کتبی از بیمار و یا ولی قانونی ایشان بوسیله دوربین واحد سمعی بصری بیمارستان مجاز می باشد.

منابع	جزوه ی آموزشی ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت	امکانات و تسهیلات	کمد جهت نگهداری اموال بیمار - آموزش بیماران - پاراوان و یا پرده های سقفی
-------	---	-------------------	--

لیست ذینفعان	بیماران و خانواده ایشان -	صاحبان فرآیند	کلیه پرسنل - مسئولین و روسای بخش ها - فراگیران رده های مختلف
--------------	---------------------------	---------------	--

تهیه کنندگان	مریم بابائی سیده طاهره قاسمی نژاد زهره تنباکوکاری زهره شالی معصومه گرمی هاجر فرجودی	سمت	مترون مسئول آموزش سرپرستار " " "	امضاء	تهیه کنندگان	فرحروز جوادی مریم رضامند نرگس معدن دار زلیخا عربگری	سمت	مسئول بلوک سرپرستار " مسئول رعیت حقوق گیرنده خدمت	امضا
تایید کننده:	مریم بابائی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مدیر پرستاری مسئول بهبود کیفیت	امضا					
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضا					

عنوان سند: حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر

کد خط مشی: L PR-PP- 15- B

نام بخش:	رعایت حقوق گیرنده خدمت	دامنه خط مشی:	کلیه بخش های درمانی و مددکاری		فرد پاسخگو:	مدیریت بیمارستان
تاریخ تدوین:	93/8/7	تاریخ آخرین بازنگری:	96/6/7	تاریخ بازنگری بعدی:	97/6/7	1 از 3
تاریخ ابلاغ:	93/8/15	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/6/21		نحوه ارزیابی خط مشی:	نظارتی

بیانیه خط مشی	تعاریف	روش اجرایی
<p>اهداف: رسیدگی و تکریم ارباب رجوع / حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی / حمایت از بیماران و گروه های آسیب پذیر</p> <p>جراحی: لزوم حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر بر اساس سیاست های بیمارستان</p> <p>سیاست: پیروی از سیاست های کلی حمایت از گروه های آسیب پذیر / فراهم نمودن امکانات بیمارستان</p>	<p>گروه های آسیب پذیر: معلولان ذهنی و جسمی، معلولان بی سرپرست و افراد مجهول ا لهویه، افراد ناتوان، کودکان، افراد سالمند، نابینایان، خانم های باردار، بیماران روانی، افراد بی سرپرست و دیگر جمعیت های در معرض خطر</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- بیمارستان از گروه های آسیب پذیر شامل کودکان/ زنان باردار / افراد ناتوان / سالمندان / بیماران روانی / گیرندگان خدمت مجهول الهویه / معلولان جسمی و ذهنی / افراد بدون سرپرست به طریق مختلف (تجهیزاتی، ایمنی، درمانی، مددکاری) حمایت می کند. 2- پزشکان و پرستاران بخش گروه های آسیب پذیر را می شناسند و به واحد مددکاری معرفی می نمایند. 3- گروه های آسیب پذیر شناسایی شده توسط مسئول شیفت یا بخش، توسط مددکاری در شیفت صبح ویزیت شده و اقدامات لازم جهت ایشان با توجه به شرایط در کمتر از 24 ساعت اول بستری، انجام می گردد. 4- در روزهای تعطیل در بخش های بستری، گروه های آسیب پذیر شناسایی شده توسط مسئول شیفت یا بخش، در صورت نیاز به خدمات اورژانسی به سوپروایزر اطلاع رسانی می شود تا اقدامات لازم جهت ایشان با توجه به شرایط انجام می گردد. 5- مددکار اجتماعی جهت حل مشکلات بیماران با سازمانهای حمایتی ارتباط برقرار کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد.

6	–بیمه و هزینه درمان بیماران آسیب پذیر با تشخیص پرسنل مددکاری و مدیران بیمارستان بررسی و مساعدت لازم انجام می شود.
7	–گروه های آسیب پذیر شناسایی شده توسط مسئول شیفت <u>اورژانس</u> ، در شیفت صبح، به مددکاری انجام شده و و اقدامات لازم جهت ایشان با توجه به شرایط در کمتر از 6 ساعت اول بستری، انجام می گیرد.
8	–گروه های آسیب پذیر شناسایی شده توسط مسئول شیفت <u>اورژانس</u> ، در شیفت عصر و شب و روزهای تعطیل، به سوپر وایزر اطلاع رسانی می شود تا اقدامات لازم جهت ایشان با توجه به شرایط انجام می گردد.
9	–بیماران زندانی بستری تحت حمایت ماموران مربوطه و کلیه امور درمانی و ارتباط با بیماران طبق روند بیماران عادی انجام می شود.
10	از تجهیزات مناسب و سالم مانند پمپ انفوزیون و پمپ سرنگ جهت تزریقات اطفال و سالمندان استفاده می شود.
11	از تخت های مناسب جهت اطفال و سالمندان و بیماران عقب مانده ذهنی و ... که امکانات مناسب مانند نرده و حفاظ دار باشد، استفاده می شود.
12	در انتقال بیماران از وسایل و تجهیزات مناسب مانند برانکارد اکسیژن دار، مانتورینگ و پاس اکسی متری و حفاظ مناسب استفاده می شود.
13	کلیه بیماران باردار مراجعه کننده به بیمارستان توسط ماما ویزیت و از نظر مامایی بررسی می شوند. در این راستا دستورالعمل های مادران پرخطر در زایشگاه اجرا می شود.
14	در صورتی که نیاز به بستری زنان باردار در بخشهای دیگر به غیر از زنان باشد سعی می شود که حتی الامکان از بستری کردن آنها در کنار بیماران عفونی خودداری شود و از خطرات فیزیکی محیط کار مانند برخورد اشعه X دور باشند.
15	وظیفه مراقبت از زنان باردار با پرستاران هم جنس می باشد و کارکنان بخشهای زایشگاه و زنان همگی همگن هستند.
16	گروه های آسیب پذیر شناسائی شده، دارای اولویت درمان و نوبت دهی می باشند و پرسنل بخش، اورژانس، صندوق و پذیرش از آن آگاه بوده و انجام می دهند.
17	جهت گرو های آسیب پذیر، رضایتنامه جهت ادامه ی درمان و انجام اعمال جراحی، از نزدیکان آنها، توسط واحد پذیرش اخذ می گردد.
18	جهت حمایت و نگهداری کودکان یک نفر همراه بخصوص مادر بیمار، اجازه ی ورود به بخش و همراه بودن با وی را دارد.
19	تخت های بخش های اطفال دارای نرده اطراف تخت جهت جلوگیری از سقوط بیمار و آسیب به بیمار می باشند.
20	کمک بهیاران موظفند در جابجائی افراد ناتوان و سالمندان در بخش ها از ویلچر استفاده می کنند.
21	افراد سالمند، معلولین ذهنی و جسمی نیز توسط بیمارستان حمایت شده و یک نفر همراه بر بالین آنها حضور دارند.

منابع	سیاست بیمارستان – سیاست های کلی حمایت از گروه های آسیب پذیر –	امکانات و تسهیلات	ویلچر، عصا، واگر، پمپ انفوزیون و برانکارد و تخت مناسب – پرستار، پزشک، ماما، مددکار اجتماعی
-------	---	-------------------	--

لیست ذینفعان	جمعیت آسیب پذیر و خانواده ایشان	صاحبان فرآیند	مدیران بیمارستان - پزشکان - پرستاران - مددکار اجتماعی
-----------------	---------------------------------	---------------	--

تہیہ کنندگان	سیدہ طاہرہ قاسمی نژاد	سمت	مسئول بہبود کیفیت	امضاء	تہیہ کنندگان	رویا مشکاتی	سمت	مسئول بخش	امضا
	زلیخا عرب گری زہرہ تنباکوکاری زہرا شالی معصومہ کرمی نسیم نصیر پور		مددکار سرپرستار " " مسئول مالی			مریم رستمی فاطمہ خنجری ہاجر فرجودی		زنان ماما مسئول سرپرستار " "	
تایید کنندہ:		سمت	آقای یداللہ رشیدی سیدہ طاہرہ قاسمی نژاد		مدیر بیمارستان مسئول بہبود کیفیت		امضا		
ابلاغ کنندہ:		سمت	آقای مسیح ہاشمی		ریاست بیمارستان		امضا		

عنوان سند: مدیریت مادران پرخطر

کد خط مشی: LLu-PP-16-B

نام بخش:	بلوک زایمان	دامنه خط مشی:	بخش زنان و بلوک زایمان	فرد پاسخگو:	مسئول مادران پرخطر
تاریخ تدوین:	93/8/7	تاریخ آخرین بازنگری:	96/5/7	تاریخ بازنگری بعدی:	97/5/7
تاریخ ابلاغ:	93/8/15	تاریخ آخرین ابلاغ:	96/5/21	نحوه ارزیابی خط مشی	شاخص های آماری

بیانیه خط مشی	اهداف: شناسایی زودرس مادران پرخطر - به حداقل رساندن عوارض بارداری - تولد نوزاد سالم - انجام زایمان سالم و بدون عوارض - ارتقا ایمنی مادران جراحی: ارتقای ایمنی و حفظ جان و سلامت مادر و جنین سیاست: تعیین دیده بان در بخش های مرتبط و کلینیکها جهت شناسایی زودرس مادران پرخطر - انجام اقدامات درمانی مورد نیاز توسط پزشکان جهت این مادران در حین بارداری و پس از بارداری - انجام پیگیریهای لازم در خصوص مادران فوق در حین بستری و پس از ترخیص
تعاریف	مادر پرخطر: به مادرانی گفته می شود که با تشخیص های زایمان زودرس، فشار خون در بارداری، دیابت بارداری، پیلوفنریت، شکم حاد بارداری، جفت سرراهی، پره اکلامپسی، اکلامپسی، سندرم hellp، چندقلویی، بیماریهای سیستمیک (قلبی، تنفسی و ..) تأخیر رشد داخل رحمی، پلی هیدرآمنیوس شدید و ایگو هیدرآمنیوس شدید، تب ناشناخته، ترومبوز ورید عمقی، آنمی شدید، تروما، تهوع و استفراغ شدید، حاملگی خارج از رحم، حاملگی پست ترم، سقط عفونی، دکولمان، شوک و پرولاپس بند ناف می باشد. تریاژ: روش کلی برای انتخاب بیماران و تقسیم بندی آنها براساس فوریت نیاز به درمان است.
روش اجرایی	1- جهت اطمینان از پایش مستمر بارداری های پرخطر یک تیم در بخشهای مربوطه توسط مترون بیمارستان تشکیل شده است. 2- مادران پرخطر به شرح ذیل توسط کلیه پرسنل بخش های زنان، بلوک زایمان و کلینیک مامایی شناسایی می شوند و به پزشک ارجاع می شوند. پیشگیری از خونریزی پس از زایمان / درمان خونریزی شدید پس از زایمان / ضد تشنج برای اکلامپسی / پیشگیری از عفونت های مرتبط با سزارین / درمان سپسیس / پارگی رحم / زایمان زودرس / عوارض شدید بارداری و زایمان شامل: خونریزی شدید پس از زایمان / پره اکلامپسی / سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید / پارگی رحم / سایر عوارض مرتبط به پیامد شدید

مادری / مداخلات حیاتی: استفاده از محصولات خونی / پذیرش در بخش مراقبت های ویژه (ICU) / مداخلات رادیولوژی برای کنترل خونریزی / لاپاراتومی (مانند هیستریکتومی و به جز سزارین) / اختلال عملکرد قلبی عروقی، تنفسی، کلیوی، خونی انعقادی، کبدی، عصبی، اختلال چندگانه ارگانها، هیستریکتومی / علل و شرایط زمینه ای و مرتبط: بارداری قبلی ناموفق و نافرجام، خونریزی زنان و زایمان، اختلالات فشارخون، عفونت های مربوطه به حاملگی، عوارض ناشی از جراحی غیر زنان، عوارض ناشی از بیماری های طبی و روانی، بیماری زنان و زایمان و یا دیگر عوارض تروما و تصادفات /

3- هنگامی که مادر باردار در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا 42 روز پس از زایمان به بلوک زایمان مراجعه می نماید ابتدا توسط مامای مسئول تریاژ بلوک زایمان ارزیابی می شود و سطح نیاز به اقدامات درمانی برای ایشان مشخص و فرم تریاژ تکمیل می گردد.

4- هنگامی که مادر باردار در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا 42 روز پس از زایمان به اورژانس بیمارستان مراجعه می نماید ابتدا توسط پرستارمسئول تریاژ در اورژانس ارزیابی می شود و با بلوک زایمان جهت انتقال مادر هماهنگ می شود و در صورت امکان جابجایی، مادر بلافاصله منتقل و سطح نیاز به اقدامات درمانی برای ایشان مشخص و فرم تریاژ در بلوک زایمان تکمیل می گردد.

5- اگر مادر جزء مادران پرخطر با نیاز فوری به اقدامات حیات بخش (سطح 1 تریاژ) سطح بندی شود، بلافاصله کد 99 مادران، یا در صورت نیاز کد 88 نوزادان اعلام شده و متخصص زنان، نوزادان مقیم و سایر متخصصین انکال در صورت نیاز فراخوان می شوند و اقدامات لازم به ایشان ارائه می گردد.

6- اگر مادر جز مادران پرخطر بدون نیاز به اقدامات فوری حیات بخش (سطح 2 و 3 تریاژ) باشد وضعیت بلافاصله بعد از ارزیابی اولیه توسط مامای تریاژ به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود و مادر توسط متخصص زنان مقیم ویزیت می شوند.

7- در صورتی که پزشک زنان مقیم در اتاق عمل باشند، دستورات ایشان به صورت تلفنی توسط ماما مسئول اخذ و اجرا شده و به محض حضور متخصص دستورات تلفنی اجرا شده توسط پزشک مکتوب می گردد.

8- پزشک متخصص دستورات لازم را در فرم تریاژ یا قسمت دستورات پزشک در پرونده بستری بیماران ثبت می نماید.

9- در مراقبت مادران پرخطر جهت اداره ی آن از راهنمای کشوری خدمات مامایی بیمارستان دستدار مادر توسط پزشک و مامای مسئول استفاده می شود.

10- در صورت نیازمادر به جراحی اورژانس اقدامات لازم جهت آمادگی و انتقال مادر به اتاق عمل توسط ما انجام می شود.

11- در صورت نیازمادر به فرآورده های خونی اقدامات لازم جهت درخواست و تهیه و تزریق توسط ماما، پزشک، سوپروایزر وبانک خون انجام می شود.

12- تمام اقدامات درمانی توسط پزشک و ماما در پرونده ثبت می گردد.

13- در صورتی که مادر نیاز به بستری دارد و زایمان قریب الوقوع نباشد بعد از ثابت شدن وضعیتین مادر، به دستور پزشک **به اتاق مادران پرخطر** در بخش زنان منتقل میگردد.

14- سالیانه دوره آموزشی غربالگری و مدیریت مادران پرخطر جهت کارکنان مرتبط با هماهنگی کمیته زایمان طبیعی برگزار می شود.

15- شاخص های مراقبت و پایش مستمر بارداریهای پرخطر شامل: میزان مرگ و میر مادران باردار، میزان مرگ و میر پره ناتال، تعداد مادران مبتلا به پره اکلامپسی مراجعه کننده به بلوک، تعداد مادران

<p>مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بلوک ، درصد خونریزی های بعد از زایمان و درمان آن، درصد عدم انطباق در مدیریت مادران پرخطر ماهیانه توسط مسئول بلوک زایمان پایش و در کمیته زایمان طبیعی مطرح می شود.</p> <p>16- عوارض شدید بارداری در کمیته های مورثالیتی و موریدیتی مطرح و در صورت لزوم مداخله جهت پیشگیری انجام میشود.</p> <p>17- پس از اتمام مراحل درمان مددجو از نظر عوارض احتمالی ، توسط رابط پر خطر پی گیری و راهنمایی میشود.</p>
--

منابع	دستورالعمل پذیرش مادر باردار - دستورالعمل تریاژ - بوکلت استاندارد بیمارستان دوستدار مادر - سه جلد کتاب بارداری زایمان ویلیامز آخرین ویرایش -	امکانات و تسهیلات	فرم تریاژ، دفتر ثبت مراجعین، پرونده بالینی، سونیکیت، فشارسنج، دستکش استریل
-------	--	-------------------	--

لیست ذینفعان	مادران باردار - نوزادان تازه متولد شده -	صاحبان فرآیند	متخصص زنان - ماما مسئول - ماما
--------------	--	---------------	--------------------------------

تهیه کنندگان	فرح روز جوادی مریم بابایی ماهانی سیده طاهره قاسمی نژاد	سمت	مسئول بلوک مدیره پرستاری مسئول آموزش	امضاء	تهیه کنندگان	دکتر لاله میرزایی	سمت	رئیس بخش بلوک	امضا
تایید کننده:	مریم بابایی ماهانی	سمت	مدیر بیمارستان	امضاء	مدیر بیمارستان	دکتر لاله میرزایی	سمت	رئیس بخش بلوک	امضا
ابلاغ کننده:	آقای مسیح هاشمی	سمت	ریاست بیمارستان	امضاء	ریاست بیمارستان	دکتر لاله میرزایی	سمت	رئیس بخش بلوک	امضا