



مرکز آموزشی درمانی و تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی



جزوه آموزشی مدیریت خطر و ایمنی بیمار



Patient Safety Is The Avoidance Prevention And Amelioration Of Adverse Outcomes Or Injury From The Process Of Health Care

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

بهار ۹۴

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد.

مقدمه :

سیر تحول تدوین استانداردهای بیمارستانی در کشور های مختلف نشان می دهد که امروزه استانداردهای مذکور از شکل صرفا ساختاری و دستوری به استانداردهای عملکردی متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت تغییر یافته اند از این رو مدیران سازمانهای بهداشتی و درمانی باید به دنبال راه هایی برای ارتقا و اثر بخشی هر چه بیشتر در ارتباط با استانداردهای ایمنی بیمار باشند و علی رغم پیشرفت های قابل ملاحظه در این راستا، هنوز کاستی های متعددی باعث آسیب های تحمیل شده به بیماران و حتی کارکنان از ناحیه عوارض ناخواسته می شود و خدمات غیر ایمن در عرصه سلامت همچنان یک معضل جهانی گسترده به شمار می آید که در واکنش به این مشکلات منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO) برنامه ایمنی بیمار را آغاز نموده است و در همین راستا در کشور عزیزمان ایران، مسئولین مرتبط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی هم برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار را که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت (WHO) می باشد شروع نموده اند و امید می رود این برنامه را از آن خود و خویش را متولی آن بدانند و در امتداد آن برنامه، این مرکز به صورت داوطلبانه برنامه مذکور را جز اهداف استراتژیک خویش لحاظ نموده است و واحد بهبود کیفیت در راستای عمل به فلسفه وجودیش در رسیدن به اهداف مرکز با استعانت از درگاه ایزد منان و حمایت مدیران ارشد مرکز و سایر همکاران اقدام به گرد آوری و تهیه و تدوین این مجموعه اخیر به منظور آشنایی با مباحث ایمنی بیمار و مدیریت خطر نموده و در اختیار واحد ها گذاشته است. در اینجا ضمن نهایت سپاس و تقدیر از زحمات اعضای کمیته ایمنی بیمار و مدیریت خطر به خاطر بررسی و تصویب این کتابچه در جلسه ۱۷ / ۱ / ۹۴ و تیم مدیریت اجرایی مرکز و کلیه همکارانی که اینجانب را در گرد آوری، تهیه و تدوین مجموعه یاری فرموده اند تشکر و قدردانی می نمایم و لازم است اشاره شود این کتابچه آموزشی شامل تمام جزئیات مربوط به مباحث ایمنی و مدیریت خطر نبوده، بلکه به منظور آشنایی کلی با مباحث مذکور می باشد لذا از تمامی اساتید و همکاران گرانقدر استدعا داریم برای آشنایی بیشتر با مباحث و اصول و راهکارهای مربوط به منابع مرجع و جزوات در دسترس مراجعه فرمایند و با ارسال دیدگاهها و نظرات ارزشمند خویش ما را در بازنگری و ارتقای مستمر مجموعه اخیر و همچنین کسب سطح یک ایمنی بیمار در سال ۹۴ یاری فرمایید.

فیروز طوفان

مدیر بهبود کیفیت

مدیر بهبود کفایت	فیروز طوفان	۱
مدیر خدمات پرستاری	علی ابراهیم نژاد	۲
قائم مقام دفتر پرستاری	حسن قلیزاده	۳
سوپر وایزر آموزشی	سید مجید سید قدرتی	۴
مسئول داروخانه مرکز	دکتر اشرف طالبی	۵
کارشناس بهبود کیفیت	حسن صدقی	۶
کارشناس بهبود کیفیت	وحیده شادی	۷
کارشناس پرستاری	فرنوش اربابی	۸
کارشناس کنترل عفونت	محسن مژده بر	۹
کارشناس بهداشت محیط	مهندس داوود حسینی	۱۰
کارشناس ایمنی بیمار	اکرم علیلو	۱۱
کارشناس مدیریت خطر	صالحه صالحی	۱۲

فهرست مطالب :

ردیف	عنوان	صفحه
۱	تعریف واژه ها	۴
۲	کلیات	۶
۳	مدیریت ریسک	۱۷
۴	هفت گام به سوی ایمنی بیمار	۳۲
۵	۹ راه حل ایمنی بیمار	۳۳
		
۶	توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه Look-alike , sound-alike medication names	۳۴
۷	شناسایی بیمار : patient identification	۵۰
۸	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار communication during patient hand-overs	۸۰
۹	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح performance of correct procedure at correct body site	۹۰
۱۰	کنترل غلظت محلول های الکترولیت control of concentrated electrolyte solutions	۹۸
۱۱	اطمینان از صحت دارو درمانی assuring medication accuracy at transitions in care	۹۹
۱۲	اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها avoiding catheter and tubing misconnections	۱۰۴
۱۳	استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات single use of injection devices	۱۰۷
۱۴	بهبود بهداشت دست improved hand hygiene to prevent health care-associated infection	۱۰۹

تعریف واژه ها

Safety: فقدان وجود هر گونه صدمه و آسیب و اتفاق .

Error: عدم توفیق در تکمیل وانجام هر گونه کار و یا فعالیت بر طبق برنامه پیش بینی شده.

Adverse even: صدمه مرتبط به سیردرمان مغایر با عوارضناشی از بیماری .

Preventable adverse event: صدمه قابل اجتناب ناشی از حادثه یا اتفاق نا خواسته و سایر انواع ضعف ها و نارسائی های موجود در سیستم

ها و تجهیزات.

Near-miss/Close call /Potential adverse event: (نزدیک به خطا) اشتباه یا روی داد ناگواری که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا

اتفاق نا خواسته را دارد اما به علت شانس و یا توقف جریان روی نداده است.

Drug event: هر گونه حادثه یا اتفاق نا خواسته دارویی .

Hazard: هر گونه تهدید ایمنی برای مثال : وجود هر گونه ارائه خدمات یا تجهیزات ، روش هدایت ، بر چسب گذاری و یا اسامی غیرایمن.

System: (مجموعه ای از عوامل مرتبط) فرآیندها ، نیروی انسانی و تجهیزاتی که جهت دستیابی به هدف مشترک با هم در تعامل و ارتباطند.

Event/ Incident: هر گونه انحراف از اقدامات درمانی معمول که منجر به صدمه به بیمار و یا تحمیل خطر و زیان شود . شامل

event, error, Hazard, preventable adverse . است

Failure mode and effects analysis: روش سیستماتیک ارزیابی خطر مبتنی بر آنالیز هم زمان روش های شکست ، عواقب و علل مشترک

، به منظورشناسایی و پیشگیری از بروزمشکلات تولید وفرآیندی.

Harm: اختلال موقت یا دائمی ساختار یا عملکرد فیزیکی ، احساسی و فیزیولوژیک و یا درد نیازمند مداخله ی ناشی از آن.

Incident: حادثه یا شرایطی که بتواند منجر به صدمه غیر عمدی و غیر ضروری به شخص یا زیان و آسیب به آنان گردد. (تعریف NHS: هرگونه واقعه

غیر عمدی و ناخواسته که به صورت بالقوه یا بالفعل منجر به صدمه به یکی یا تعدادی از گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی از NHS شود).

Medication error: حادثه قابل پیش گیری که ممکن است سبب یا منجر به استفاده نادرست از دارو یا صدمه به بیمار شود ، در زمانی که دارو

تحت کنترل کارکنان حرفه ای درمانی ، بیمار و یا مصرف کننده است.

Medication safety: فقدان صدمات و آسیب های اتفاقی در طی دوره دارودرمانی و یا فعالیتهایی در راستای اجتناب ، پیش گیری یا اصلاح

حوادث ناخواسته ناشی از استفاده دارویی.

Mistake: نارسایی یا شکست در قضاوت و یا فرآیندهای استنباطی مؤثر در انتخاب هدف یا به کارگیری ابزار اختصاصی دستیابی به هدف..

Negligence: شکست در ارائه خدمات مطابق با استانداردهای منطقی پذیرفته شده .

Sentinel event: (وقایع دیده وری (یک واقعه غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک و یا خطر وقوع آن اگرچه منجر

به مرگ یا صدمه جدی نشود.

Potential error: شرایط یا وقایعی که قابلیت ایجاد خطا را دارند.

Root cause analysis: یک تکنیک تحقیق سیستماتیک که به کاوش و بررسی به منظور درک علل زمینه ای و شرایط محیطی که خطا در آن

رخ داده ، می پردازد.

Slip: خطا در گفتار ، نگارش یا عمل (slips of the tongue, pen, action)

Voluntary reporting: سیستم های اختیاری گزارش ایمنی بیمار که گزارش تمام انواع حوادث را شامل می شوند.

مراکز بیمارستانی ارکان نظام سلامت هر کشوری هستند که مردم از تمامی قشرها می توانند برای تشخیص مراقبت و درمان به آنجا مراجعه کنند یعنی این موسسات برای رفع نیازهای مردمی موجودیت یافته اند و بیمارستانهای امروزی به وسیله پاسخ و واکنش نشان دادن به نیازهای در حال تغییر جامعه برای کسب فن آوریها بهتر خدمات جدید و دسترس بیشتر به حیات خود ادامه می دهند و موفقیت های این مرکز در رسیدن فلسفه وجودیشان یکی از شاخص های اصلی توسعه رفاه اجتماعی یک کشور محسوب می شود. سیر تحول تدوین استانداردها در کشورهای مختلف نشان می دهد که استانداردهای بیمارستانی از شکل صرفاً ساختاری و دستوری به استانداردهای عملکردی متکی بر ارتقای مستمر کیفیت و مدیریت جامع کیفیت تغییر یافته اند. و از این طریق بیمارستانها با پیروی از استانداردهای موجود خدمات خود را با کیفیت بالا و با در نظر گرفتن ایمنی افراد به منظور بهبود نتایج بهداشتی و درمانی ارائه می دهند که این عوامل مدیران سازمانهای بهداشتی و درمانی را بر این داشته است تا به دنبال راه هایی برای ارتقاء و اثر بخشی هر چه بیشتر باشند.

اگر چه در دهه گذشته پیشرفت قابل ملاحظه ای در راستای ایمنی بیمار رخ داده است اما هنوز کاستی های متعددی دارد و میزان آسیب های تحمیل شده به بیماران از ناحیه عوارض ناخواسته به طور غیر قابل قبولی بالاست و خدمات غیر ایمنی در عرصه سلامت همچنان یک معضل جهانی گسترده به شمار می آید و در واکنش به افزایش سطح آگاهی و دغدغه های موجود نسبت به وضعیت فعلی EMRO ((منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت)) برنامه ایمنی بیمار را آغاز نموده است این عملیات با یک استراتژی منطقه ای مشتمل بر پنج رویکرد اجرا می گردد که افزایش آگاهی، ارزیابی گسترده ایمنی بیمار را مشکل، درک علل وقوع خطا، ارتقای روشهای پیشگیری و آزمودن آنها و سازماندهی و اجرای برنامه های شامل می شوند.

و امروز ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهانی اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه متأثر می سازد مطالعات پژوهشی در این ارتباط نشان داده اند که به طور متوسط در حدود ۱۰٪ از تمام موارد بستری بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و برآورد می گردد که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری باشند این موارد نشان میدهد که مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمنی علاوه بر تحمیل رنج به انسانها هزینه های اقتصادی سنگین نیز به بار آورند در واقع چنین تخمین زده می شود که در حدود ۵٪ تا ۱۰٪

هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردند و در این میان سهم نارسائی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است .

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند این استانداردها قالبی عملیاتی ارائه می دهند که بیمارستانها را برای ارزیابی مراقبت بیمار از نظر ایمنی بیمار، ظرفیت سازی کارکنان در این مقوله و مشارکت خدمت گیرندگان در ارتقای ایمنی خدمات درمانی توانمند می سازد.

و در این راستا رهبران سازمان نقشی کلیدی دارند که طرح کیفیت و ایمنی بیماران، فرهنگ سازمان را شکل داده و بر روی تمام جنبه های عملیات تاثیر می گذارد و مهم ترین مسئولیت رهبران تنظیم اولویت هاست که آن دسته از فرایندها را در اولویت قرار می دهند که بحرانی ، پرخطر، مسئله ساز و اساسی به شمار می آیند و مستقیماً با کیفیت مراقبت و ایمنی محیط ارتباط دارند و در این خصوص برای رسیدن به نتیجه و تصمیم گیری ، داده های لازم باید جمع آوری و تحلیل شده و تبدیل به اطلاعاتی قابل استفاده شوند. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند این استانداردها در ۵ گروه اصلی با ۲۴ زیر گروه قرار می گیرند.

جدول ۱ - گروه ها و استانداردهای آن

گروهها	استانداردهای الزامی	استانداردهای اساسی	استانداردهای پیشرفته	مجموع استانداردها در هر گروه
A- حاکمیت و رهبری (۶ زیر گروه: A1-A6)	۹	۲۰	۷	۳۶
B- جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه (۷ زیر گروه: B1-B7)	۲	۱۶	۱۰	۲۸
C- خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۶ زیر گروه: C1-C6)	۷	۲۹	۸	۴۴
D- محیط ایمنی (۲ زیر گروه: D1-D2)	۲	۱۹	۰	۲۱
E- آموزش مداوم (۳ زیر گروه: E1-E3)	۰	۶	۵	۱۱
مجموع	۲۰	۹۰	۳۰	۱۴۰

مجموعه استانداردهای ایمنی بیمار در سه سطح به شرح ذیل می باشند.

۱- استانداردهای الزامی (شامل ۲۰ استاندارد)

۲- استانداردهای اساسی (شامل ۹۰ استاندارد)

۳- استانداردهای پیشرفته (۳۰ استاندارد)

استانداردهای الزامی (Cirtical standards)

استانداردهای الزامی استانداردهایی هستند که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است و بایستی به صورت ۱۰۰٪ تحقق یابند.

استانداردهای اساسی (core standard)

استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیماران از آنها تبعیت کند اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بستگی به درصد استانداردهای اساسی محقق شده دارد ولی دستیابی به ۱۰۰٪ استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار سطح یک الزامی نیست درصد استانداردهای اساسی محقق شده جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

استانداردهای پیشرفته (developmental standard)

استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

سطح بندی بیمارستانها به لحاظ میزان تبعیت از استانداردهای ایمنی بیمار

بیمارستانهای حائز عنوان دوستدار ایمنی بیمار به چهار سطح تقسیم می شوند که سطح ۴ بالاترین رتبه قابل دستیابی می باشد (جدول ۳)

سطح ۱: تحقق ۱۰۰٪ استانداردهای الزامی و هر میزان از استانداردهای اساسی و پیشرفته

سطح ۲: تحقق ۱۰۰٪ استانداردهای الزامی و ۶۰٪ تا ۸۹٪ از استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته

سطح ۳: تحقق ۱۰۰٪ استانداردهای الزامی و حداقل ۹۰٪ از استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته

سطح ۴: تحقق ۱۰۰٪ استانداردهای الزامی و حداقل ۹۰٪ از استانداردهای اساسی و حداقل ۸۰٪ از استانداردهای پیشرفته

سطح بیمارستان	استانداردهای الزامی	استانداردهای اساسی	استانداردهای پیشرفته
سطح ۱	٪۱۰۰	هر میزان	هر میزان
سطح ۲	٪۱۰۰	٪۸۹-٪۶۰	هر میزان
سطح ۳	٪۱۰۰	≥ ٪۹۰	هر میزان
سطح ۴	٪۱۰۰	≥ ٪۹۰	≥ ۸۰

آمار حاکی از آن است که در صد غیر قابل اغماض از بیماران در مراجعه با سیستم های نظام سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند برای اینکه سازمانهای بهداشتی - درمانی به عنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثر بخش گردد با این دیدگاه که مهم ترین دانش در زمینه ایمنی بیمار یادگیری نحوه پیشگیری از ایجاد صدمه و آسیب به بیماران در طی درمان و مراقبت از آنان است انجمن جهانی ایمنی بیمار ۲ با اعتقاد به یادگیری از تجارب ناخوشایند ناشی از خطاهای پزشکی یا اتفاقات ناخواسته واقع شده در یک گوشه عالم توسط سایرین در دیگر نقاط دنیا بوجود آمد . با علم بر این که می دانیم اغلب اشتباهات و نارسائی ها منتج از سیستم های ضعیف بوده و علل زمینه ای آنها یکسان می باشد ، نقش اساسی سیستم های گزارش دهی ۳ ، ارتقاء ایمنی بیماران از طریق یادگیری از گزارش های پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان خدمات بهداشتی درمانی از وقوع خطاها و اشتباهات ناشی از نارسائی ها و ضعف های موجود در سیستم های بهداشتی درمانی و مشارکت آن در سطح منطقه ای ، ملی یا بین المللی می باشد.

A یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است .

روش های احراز تبعیت از استاندارد

۱. ابلاغ/ حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار با امضاء ریاست بیمارستان که در آن تفویض اختیار کافی و نیز پاسخگویی به بالاترین مقام در بیمارستان قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها) (۲)

۲. شرح وظایف و مأموریت های کارشناس مسئول ایمنی به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ذیل باشد (۲)

۱-۲ مشارکت در تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان

۲-۳. تدوین اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار با همکاری ذینفعان

۲-۴. شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه

۲-۵. خودارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان

۲-۶. طراحی و برگزاری دوره های آموزشی به منظور ارتقاء درک و بصیرت کارکنان از استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

۲-۷. بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن

۲-۸. شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان

۲-۹. همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدید های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع

۲-۱۰. نظارت بر ایجاد و چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان

۲-۱۱. شرکت و همکاری فعالانه با کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر در چگونگی راهبری موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار

۲-۱۲. شرکت و همکاری فعالانه در تحلیل ریشه ای وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار

۲-۱۳. اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان

۲-۱۴. بستر سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در داخل بیمارستان

۲-۱۵. نظارت بر انجام وظیفه سایر اعضای تیم ایمنی بیمار به منظور حسن اجرای وظایف

۳. مصاحبه با کارشناس مسئول ایمنی بیمار و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد. (۴)

۴. شرایط احراز صلاحیت کارشناس مسئول ایمنی بیمار (۲)

۴-۱. یکی از کارکنان ترجیحاً از مدیران ارشد بیمارستان با حداقل ۳ سال سابقه کار باشد.

۴-۲. شناخت در خصوص استانداردها و روش های استقرار آن ها و ارزیابی میزان استقرار استانداردهای ایمنی بیمار

۴-۳. دارا بودن دانش و مهارت های پایه و تخصصی در ارتباط با ایمنی بیمار (از قبیل: وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار، مدیریت خطر، سیستم ها و روش ها، کار تیمی، یادگیری از اتفاقات ناخواسته و خطاها به منظور تکرار وقوع مجدد آن ها، تعامل با بیماران و همراهان و خانواده آنان، پیش گیری و کنترل عفونت های بیمارستانی، اقدامات درمانی تهاجمی و ایمنی بیمار و ارتقاء ایمنی داروها) (احراز از طریق رویت گواهی های آموزشی و مصاحبه)

A. بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد.

روش های احراز تبعیت از استاندارد

۱- ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضاء ریاست بیمارستان که در آن سلسله مراتب پاسخگویی قید شده باشد. (ضمن رونوشت به تمامی واحدها) (۲)

۲. شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر به تایید ریاست بیمارستان که ضروری است حداقل شامل موارد ذیل باشد (۱)

۲-۱. همکاری در تدوین، اجرا و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

۲-۲. همکاری در خودارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان

۲-۳. همکاری در بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن

۲-۴. شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پی گیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان

۲-۵. همکاری در انجام ممیزی های بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدید های مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع

۲-۶. ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان

۲-۷. راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار

۲-۸. شرکت فعالانه در جلسات مرگ و میر و معلولیت ها و پی گیری اتفاقات تهدید کننده ایمنی بیمار جهت انجام تحلیل ریشه ای وقایع

۲-۹. اقدام اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان

۲-۱۰. شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روش های اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارائه خدمات بهینه

۲-۱۱. بستر سازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در داخل بیمارستان

۲-۱۲. گزارش به کارشناس مسئول ایمنی بیمار

۲. مشاهده و بازدید از بخش ها و واحد های بیمارستانی و مصاحبه با کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر و کارکنان مؤید تفویض اختیارات متناسب با شرح وظایف وی می باشد. (۴)

۳. شرایط احراز صلاحیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر: (۲)

۳-۱. یکی از اعضای تیم ایمنی بیمار بیمارستان (تیم ایمنی بیمار شامل یک پزشک، یک پرستار و فردی آشنا با امور مدیریتی بیمارستان می باشد. در بیمارستان آموزشی دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی ارشد پرستاری و حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی (برای پرستار) و حداقل کارشناس ارشد پرستاری با حداقل ۵ سال در بیمارستان غیرآموزشی بالای ۳۰۰ تخت و حداقل کارشناس پرستاری با حداقل ۳ سال در بیمارستان غیرآموزشی زیر ۳۰۰ تخت، مدیر توسعه و کیفیت و مسئول حاکمیت بالینی در بیمارستان آموزشی و غیرآموزشی بالای ۳۰۰ تخت با حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان غیرآموزشی زیر ۳۰۰ تخت با حداقل ۳ سال سابقه کار و پزشک با مدرک دکترای عمومی با حداقل ۵ سال سابقه کار

۳-۲. شناخت در خصوص استانداردها و روش های استقرار آن ها و ارزیابی میزان استقرار استانداردهای ایمنی بیمار

۳-۳. دارا بودن دانش و مهارت های پایه و تخصصی در ارتباط با ایمنی بیمار (از قبیل: و قایع تهدید کننده ایمنی بیمار، مدیریت خطر، سیستم ها و روش ها، کار تیمی، یادگیری از اتفاقات ناخواسته و خطاها به منظور تکرار وقوع مجدد آن ها، تعامل با بیماران و همراهان و خانواده آنان، پیش گیری و کنترل عفونت های بیمارستانی، اقدامات درمانی تهاجمی و ایمنی بیمار و ارتقاء ایمنی داروها)

C بیمارستان ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.

۳.۱.۱. بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی

ایمن اجرا می نماید.

مستندات



۱. اجرای مراحل ۱-۳ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویژلانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۳)

۲. اجرای مراحل ۴-۵ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویژلانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۳)

۳. اجرای مراحل ۶-۹ (پیوست ۱) نحوه استقرار هموویژلانس در مراکز درمانی مورد ابلاغ از سازمان انتقال خون ایران (۴)

۴. تبصره: در صورت ارائه گواهی استقرار هموویژلانس در مرکز درمانی از سازمان انتقال خون ایران امتیاز کامل

(۱۰) تعلق خواهد گرفت

جدول استانداردهای الزامی

هدف ما اجرایی نمودن استانداردهای الزامی بیمارستانهای دوستدار ایمنی تا انتهای سال ۹۴ می باشد



ملاحظات	۱	۰.۵	۰	مستندات	مصاحبه	استانداردهای الزامی	زیر گروه
				مستندات مبنی بر وجود استراتژی ایمنی بیمار (در برنامه استراتژیک بیمارستان)	رئیس بیمارستان - مدیر مرکز	A.۱.۱.۱- ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است	مدیریت ارشد به ایمنی بیمار ملتزم می باشد
				برنامه عملیاتی ایمنی بیمار در بیمارستان	مسئول ایمنی		
				ابلاغ / حکم انتصاب کارشناس مسئول ایمنی بیمار	- مدیر مرکز کارشناس -	A.۱.۱.۲- یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است	
				شرح وظایف کارشناس مسئول ایمنی بیمار	مسئول ایمنی بیمار		
				گزارش ها / صورتجلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار	رئیس بیمارستان - مدیر مرکز مسئول ایمنی پرستار و پزشک	A.۱.۱.۳- مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت ها به طور منظم برنامه بازدیدهای ایمنی بیمار را به اجرامی گذارد .	
				شرح وظایف و ماموریت های کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	- مدیر مرکز	A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ	بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد

			ابلاغ / حکم کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	کارشناس - مسئول ایمنی بیمار	کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است .	
			صور تجلسات کمیته مرگ و میر و معلولیت ها	- مدیر مرکز کارشناس - مسئول ایمنی بیمار	A.۲.۱.۲ - بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید .	
			فهرست تجهیزات ضروری	مدیر پرستاری سرپرستار پرستار	A.۴.۱.۱ - بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید .	بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب می باشد
			خط مشی و روش های اجرایی برای ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد	پرستار	A.۴.۱.۲ - بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید	
			لیست تجهیزات و وسایل ضروری برای استریلیزاسیون فوری	مدیر پرستاری سرپرستار پرستار	A.۴.۱.۳ - بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد .	
			تایید صلاحیت کارکنان ومدارک تحصیلی	مدیر بیمارستان	A.۵.۱.۱ - جهت ارائه خدمات و مراقبتهای کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به ورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند .	بیمارستان در تمامی شیفتها دارای کارکنان فنی وبامهارت

			بررسی و بازبینی پرونده های پزشکی	پزشک پرستار بیمار	B.۲.۱.۱ پزشک قبل از انجام هر گونه اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید .	بیمارستان با ارتقا سطح آگاهی بیماران به ایشان قدرت تصمیم گیری در درمان خود را می دهد
			خط مشی شناسایی هویت بیمار	پرستار	B.۳.۱.۱ قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی ، و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد .	بیمارستان شناسایی صحیح در تمامی مراحل درمان تضمین می نماید
			دستورالعمل شناسایی بیماران فاقد دستبند شناسایی و یا با اسامی مشابه			
			وجود خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی	پزشک پرستار	C.۱.۱.۱ : بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایش ها ، کانال های ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است .	بیمارستان دارای سیستم بالینی اثر بخش می باشد که ایمنی بیمار را تضمین می نماید
			وجود خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران	کارشناس ایمنی بیمار	C.۱.۱.۲ : بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص	
			ساختار سازمانی و شرح وظایف و ماموریت های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت	کارشناس کنترل عفونت	C.۲.۱.۱ : - بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنما و کتابچه راهنما می باشد .	بیمارستان دارای سیستمی به منظور کاهش خطر ابتل به عفونت هی مکتسبه از خدمات سلامت است
			کنترل عفونت صورتجلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت			
			خط مشی و روش اجرایی پیش گیری و کنترل عفونت			

			ج- خط مشی و روش های اجرایی ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات با تاکید خاص بر بخش ها و واحدهای پرخطر			C.۲.۱.۲ - بیمارستان تمیزی ، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر تضمین می نماید .	
			الف- راهنمای خون و فرآورده های خون	مدیربانک خون		C.۳.۱.۱ - بیمارستان راهنمای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .	بیمارستان ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین مینماید
			ب- خط مشی و روش های اجرایی قبل از انتقال خون	مدیربانک خون		C.۳.۱.۲ - بیمارستان دارای روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام ، رد و قبول داوطلبین غربالگری خون در مواردی مثل HBV	
			دسترسی به داروهای حیاتی	رییس داروخانه		C.۵.۱.۱ - بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات تضمین می نماید	سیستم دارویی بیمارستان ایمن باشد
			راهنمای مدیریت دفع پسماندهای بهداشتی - درمانی	کارشناس مدیریت پسماندها		D.۲.۱.۱ - پسماندها از مبدا تفکیک و کدبندی رنگ می نماید	بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماند می باشد
			خط مشی و روش اجرایی مدیریت دفع پسماندها				
			راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده	کارشناس مدیریت پسماندها		D.۲.۱.۲ - بیمارستان از راهنما های سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید	

مخاطره : هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه ، بیماری یا مرگ افراد آسیب یا تخریب یا از دست

دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود

ریسک : احتمال مخاطره یا عواقب بد ، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب

شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه ، آسیب به اموال ، و یا دیگر موارد مضرى که می تواند اتفاق بیافتد

احتمال : احتمال رویداد یک اتفاق

علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

افزایش ایمنی بیمار

افزایش انتظارات بیمار ، متخصصان و کارکنان

فشارهای رقابتی در بازار سلامت

فشار مداوم هزینه های داخلی

ارایه خدمات مطلوب توسط بیمارستان ها که از سوی دولت مطالبه می شود .

افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایت های قانونی

بررسی رضایت بیماران ، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان دهد .

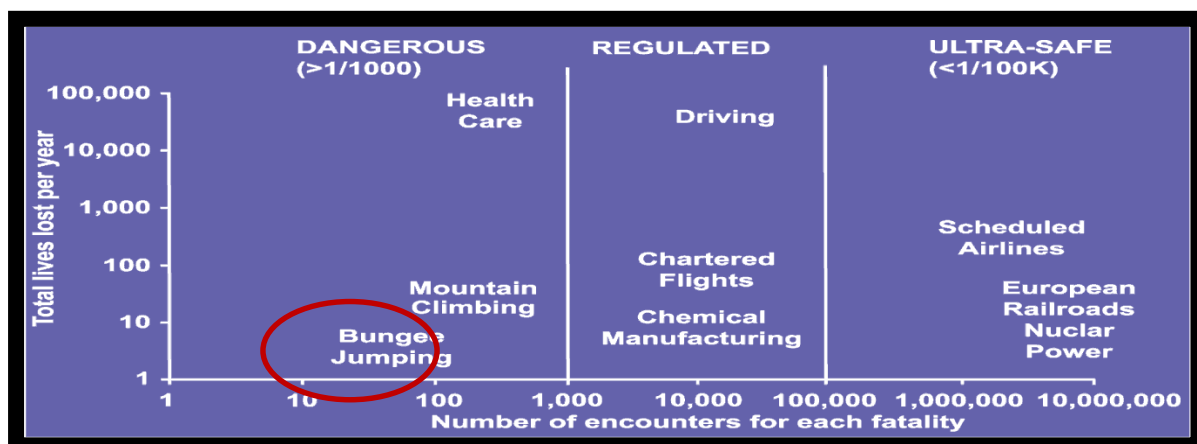
تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد.

چهار روش مدیریت ریسک



- ۱- اجتناب از خطر
- ۲- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- ۳- انتقال خطر
- ۴- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

ریسک در بهداشت و درمان چگونه است؟

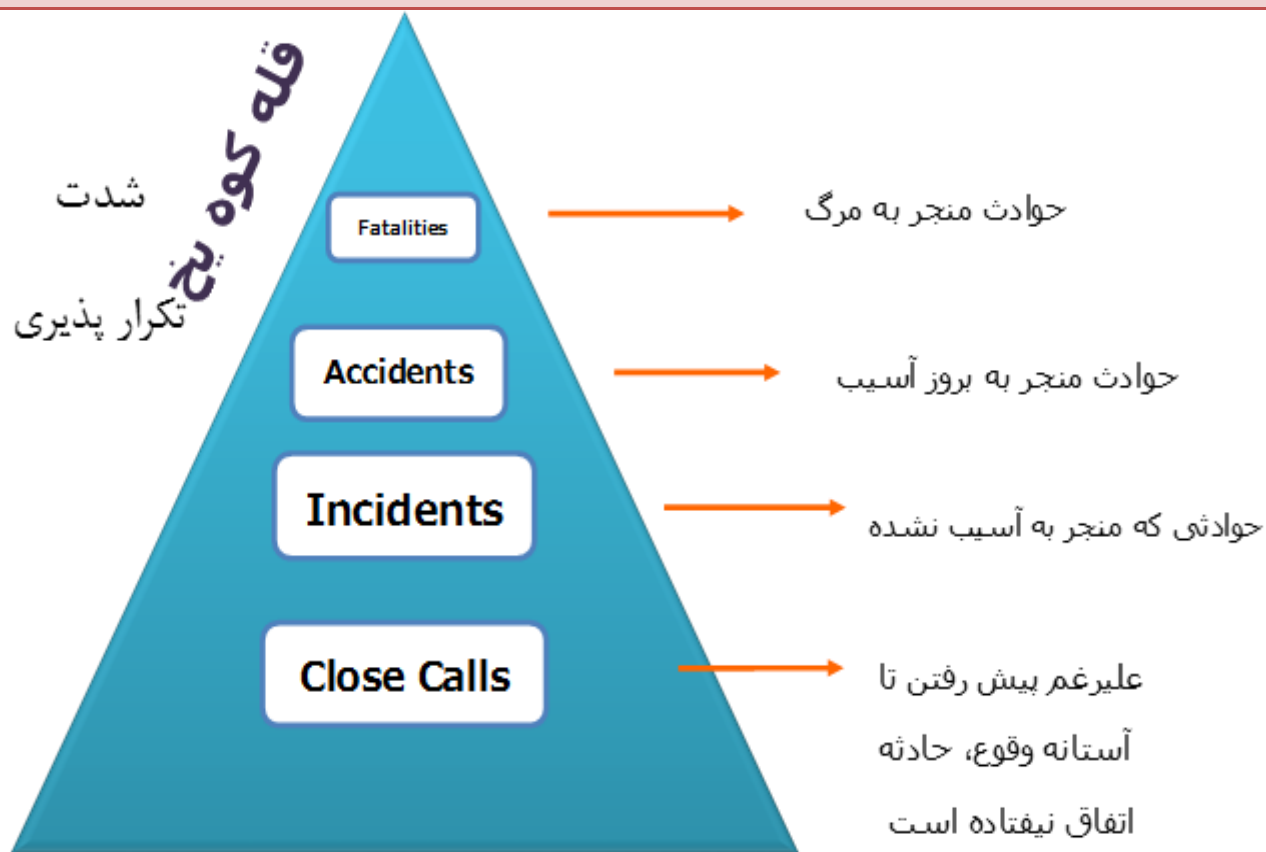


فراوانی و شیوع خطاهای پزشکی

عوارض جانبی ثبت شده در هفت کشور (برداشت از وینسنت، ۲۰۰۶)

نویسنده	محل	تعداد بیمارستانهای مورد مطالعه	تعداد پذیرش در بیمارستان	میزان عوارض جانبی (%) (از پذیرش)
Brennan et al. (۱۹۹۱)	United States	۵۱	۲۰۸۶۴	۳.۷
Wilson et al. (۱۹۹۵)	Australia	۲۸	۱۴۱۷۹	۱۶.۶*
Vincent et al. (۲۰۰۱)	England	۲	۱۰۱۴	۱۰.۸
Schioler et al. (۲۰۰۱)	Denmark	۱۷	۱۰۹۷	۹.۰
Davis et al. (۲۰۰۱)	New Zealand	۱۳	۶۵۷۹	۱۱.۲
Michel et al. (۲۰۰۴)	France	۷	۷۷۸	۱۴.۵
Baker et al. (۲۰۰۴)	Canada	۲۰	۳۷۴۵	۷.۵

* later recalculated to ۱۰.۶%



مدیریت ریسک در حوزه سلامت



تعریف :

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی ، ارزیابی ، و کاهش خطر آسیب به بیماران ، کارکنان ، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان

مدیریت خطر :

شناسایی ، بررسی ، تجزیه و تحلیل ، و ارزیابی خطرات و

انتخاب با صرفه ترین روش :

تصحیح ، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

شواهد مثبت از دیگر صنایع در معرض خطر زیاد

High Reliability Organizations(HROs)

مانند پالایشگاهها و نیروگاههای هسته ای و صنعت هوانوردی
استراتژی های مؤثر با تمرکز بر رویکرد مهندسی عوامل انسانی

چرا مدیریت ریسک
یک استراتژی مؤثر
برای کاهش آسیب
است؟

رویکرد مدیریت ریسک

رویکردهای "واکنشی" و "پیش گیرانه"
آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است (واکنشی - Reactive)
جلوگیری از خطرات بالقوه که در خدماتی که مراکز درمانی ارائه می کنند
تاثیر می گذارد (پیش گیرانه - Proactive)

۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک



۱. زمینه سازی
۲. شناسایی ریسک
۳. تحلیل ریسک
۴. ارزیابی ریسک
۵. استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
۶. بررسی و نظارت مداوم
۷. ارتباطات موثر و مشاوره

- ✓ تجارب قبلی
- ✓ افراد با تجربه در سازمان
- ✓ اسناد و مدارک ، گزارش ها ، پروتکل ها ، روش های اجرایی، برنامه ها ، آموزش ...
- ✓ بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...
- ✓ مصاحبه ها ، نظرسنجی ها ...

منابع اطلاعاتی مورد استفاده
برای شناسایی خطرات



RISK TREATMENT:

استفاده **عقلانه** از نوآوری و خلاقیت
در مدیریت خطرات

چرخه معیوب خطا

بروز خطا یا اشتباه

تنبیه و سرزنش

بروز خطای مشابه در جای دیگر و توسط فرد دیگر

تکرار بروز به علت عدم رفع علل مینه ای

مخفی کاری به علت ترس



پایه و اساس FMEA



- چه خطایی ممکن است رخ دهد؟
- احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدامست؟
- احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟

تکنیک تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن

FMEA- Failure Mode and Effects Analysis

- FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرایند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است.
- روشی ساختاریافته برای کمی کردن اثرات بالقوه بروز خطا است که امکان اولویت بندی اقداماتی را برای کاهش یا حذف این حالات شکست به وجود می آورد.
- روشی سیستماتیک برای رویارویی با مشکلات، چالش ها، خطاها و شکست ها به منظور یافتن راه هایی برای بهبود این موارد می باشد.

• FMEA تحلیل سیستماتیک یک فرایند با هدف:

- شناسایی
 - راههایی که ممکن است یک فرایند دچار شکست شود.
 - اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها
 - علل احتمالی بروز این شکست ها
- اتخاذ تدابیری برای کاهش احتمال وقوع این حالات
 - جلوگیری یا کاهش احتمال وقوع
 - کاهش پیامدهای وقوع

فرایند مداوم بهبود مستمر

فرایند مداوم بهبود مستمر



هدف بکارگیری FMEA در بخش بهداشت و درمان

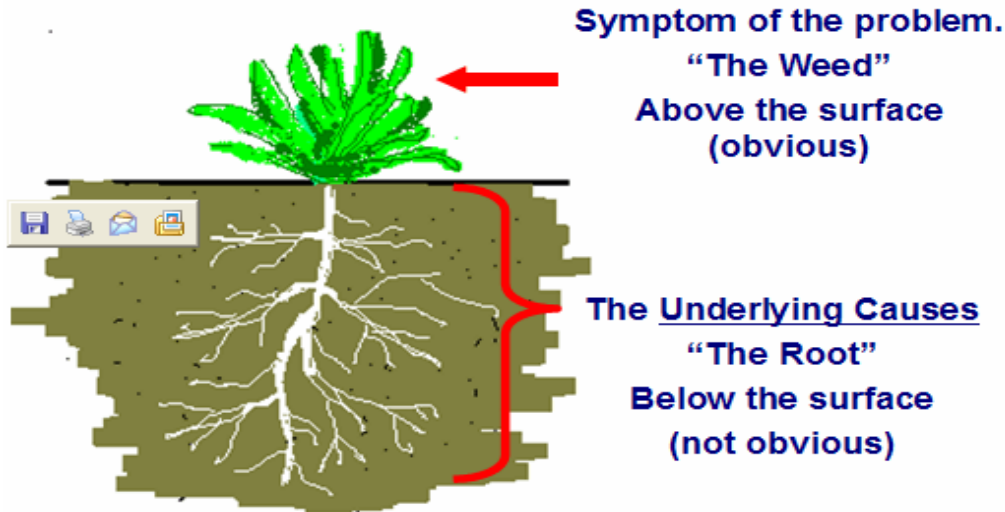
- شناسایی و کاهش تعداد نقاط توأم با ریسک (Risk Points) در فرایندهای مراقبت های بهداشتی و درمانی که می توانند بر بیماران، ارائه دهندگان خدمات و سازمان های بهداشتی و درمانی تاثیر سوء و منفی داشته باشند.



- به علاوه :
 - افزایش اثربخشی
 - افزایش کارایی
 - و کاهش هزینه ها

مراحل انجام FMEA

۱. تشکیل تیم
۲. مشخص نمودن فرایند/سیستم تحت مطالعه
۳. مشخص کردن گامهای فرایند یا اجزا و عوامل تشکیل دهنده سیستم
۴. فهرست کردن حالات بالقوه خطا برای هر یک از آنها
۵. تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات خطا
۶. تعیین علل بروز هر یک از این خطاها
۷. فهرست کردن کنترل های جاری به منظور شناسایی هر یک از این خطاها
۸. محاسبه اولویت ها (میزان اهمیت هر ریسک)
۹. اجرا و پیاده سازی اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی



روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند
همچنین می تواند در تحلیل رویداد های "نزدیک بود که" Near misses مورد استفاده قرار گیرد

هدف

۱. به منظور آگاهی از اینکه :

چه اتفاقی افتاده است؟

چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود

۲. تمرکز بر فرایند و سیستم ها به جای عملکرد فردی

سازماندهی تیم
جمع آوری اطلاعات
تعریف رویداد
تعیین علل سطحی
شناسایی علل ریشه ای
شناسایی استراتژی های کاهش خطر
استقرار استراتژیها
ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

۱. دقیقا چه حادثه نا خواسته ای اتفاق افتاده است؟
۲. چه زنجیره ای از اتفاقات منجر به حادثه نا خواسته شده است؟
۳. آیا حادثه نا خواسته قابل پیشگیری بود؟
۴. آیا هیچکدام از اشتباهات منجر به حادثه نا خواسته شده است؟
۵. علل ریشه ای منجر به حادثه نا خواسته یا هر خطا چه بوده است؟
۶. آیا هر گونه خطا یا علل ریشه ای به خاطر سیستم نامناسب و یا نارسایی سیستم بوده است؟
۷. آیا ما نیاز به طراحی مجدد سیستم داریم؟
۸. اقدامات صورت گرفته توسط پرسنل در پاسخ به حادثه نا خواسته مفید بوده است؟
۹. آیا باید پرسنل اقدامات ابتکاری انجام دهند؟
۱۰. آیا درسی از این رویداد آموخته شده است؟

- فرهنگ تنبیه
- تأثیر احساسی رویداد بر پرسنل
- اطلاعات نا کافی در مورد رویداد
- زمان کم پرسنل برای شرکت در فرایند RCA
- کمبود منابع لازم برای اجرای استراتژی های بهبود
- مقاومت در برابر تغییر
- عدم حمایت از طرف رهبران
- عدم حمایت سیاسی در رابطه با مقوله ایمنی و کیفیت بیماران
- غرور
- کمبود دانش

موانع تحلیل علل
ریشه ای وقایع

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان:

- * تعهد مدیریت ارشد سازمان راه ایمنی نشان می دهد.
- * فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید .
- * فرصته های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی می نماید.
- * خطوط ارتباطی بین مدیران کارکنان و هیات مدیره سازمان برقرار می نماید.
- * گزارش دهی وقایع ناخواسته و حوادث نزدیک به خطا را ترویج می دهد.
- * راه حل های کاربردی به منظور کاهش ریسک را ارائه می نماید.

اهداف برنامه:

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار موثر و عملی است).
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته
- اجرای مداخلات اصلاحی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته

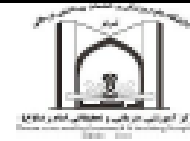
قوانین کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

تصمیم گیری و توافق در خصوص اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان بر عهده هیات مدیره می بیمارستان تضمین و اطمینان بخشیدن به کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازدیدهای مدیریتی الزامی است.

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مدیر خدمات پرستاری
- مدیر بهبود کیفیت
- کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر (در صورت وجود کارشناس جداگانه)
- کارشناس مسئول ایمنی بیمار (در صورت وجود کارشناس جداگانه)
- روسای بخش ها بر حسب مورد

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از چه بخشه هایی انجام می شود:

- ◇ بخش های بستری و ویژه
- ◇ بخش اورژانس
- ◇ واحد رادیولوژی
- ◇ اتاق های عمل
- ◇ داروخانه
- ◇ آزمایشگاه
- ◇ بانک خون
- ◇ جایگاه نگاهداری و ذخیره موقت پشماندهای بهداشتی درمانی
- ◇ آشپزخانه و CSR
- ◇ واحد مدارک پزشکی



گزارش دهنده محترم :

شما می‌توانید در راستای پیشرفت اجرای بهبود کیفیت و اعتبار بخشی و ایمنی بیمار، با گزارش خود در خصوص هر گونه حوادث یا خطا که خودتان یا دیگران در آن نقش داشته‌اید، جهت جلوگیری از تکرار و اصلاح آن به دفتر بهبود کیفیت مرکز گزارش فرمایید. ضمناً ثبت مشخصات فردی الزامی نبوده و جنبه اختیاری دارد و در صورت ثبت، هیچ گونه سرزنش و یا تنبیهی متوجه شما نخواهد شد و هیچ ارگانی به جز دفتر بهبود کیفیت به مشخصات شما دسترسی نخواهد داشت.

۱- شیفت کاری: صبح عصر شب تاریخ بروز خطا / / تاریخ گزارش خطا / /

۲- مشخصات فرد گزارش دهنده: (اختیاری) پزشکان کارکنان بیماران همراهان ارزیابان

۳- مشخصات فرد آسیب دیده: کارکنان بیماران همراهان

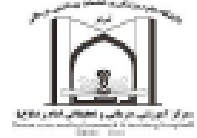
۴- زمان و مکان واقعه: بخش اتاق تهن

خلاصه شرح واقعه:

به نظر شما چرا این اتفاق افتاده:

به نظر شما راهکار جلوگیری از وقوع خطا چیست؟

حضرت امام باقر (علیه السلام) فرموده اند: به خدا قسم هیچ کس از گناه خلاص نمی‌شود مگر آنکه صریحاً به گناه خود اقرار نماید.



۱- جراحی:

موتع اشتباه بیمار اشتباهی مالیدن جسم خارجی در بدن امرگه حین عمل جراحی امرگه بلافاصله بعد از عمل جراحی

۲- دارویی:

تجویز اشتباه دارو از قلم افتادگی در نسخه برداری از قلم افتادگی دارو ثبت اشتباه دارو
 طرحه مصرف اشتباه دارو زمان اشتباه مصرف دارو آماده کردن اشتباه دارو نام های زاپیکه مشابه
 فرآورده های فاسد دارویی تکنیک اشتباه دارو برچسب زدن سرگه و ... واکنش های دارویی
 داروهای غلط و غیر مجاز نسخه برداری غیر دقیق اشتکالات توزیع و پخش دارو برچسب ناخوانا
 دوز اشتباه دارو بیمار اشتباه مداخلات شد دارویی با هم برچسب زدن اشتباه دارو
 ارزی تلفظ های مشابه دارویی کنترل دیتاسیون بیمارهای خاص عدم وجود برچسب های دارویی
 کنترل دیتاسیون بارداری کنترل دیتاسیون های دارویی عدم ثبت تاریخ بعد از مصرف دارو کنترل دیتاسیون شیر دهی
 مداخلات با غذای مصرفی نشانه ظاهری دو یا چند فرآورده دارویی

۳- پرستلی:

خستگی حواس پرتی ناآشنایی کارمندان ایراد در انجام وظایف مراقبتی پرستلی
 کارمندان غیر متبحر ایراد در همپور کردن پرونده عدم ثبت مستندات وجود کارمندان با سازمانهای مواقت
 ایراد در مستند سازی ثبت اشتباه مستندات نقص در اجرای پروتکل های درمانی
 ساعات متغیر کار بار کاری زیاد موقعیت اضطراری

۴- بیماران:

وجود بیماران هم نام انتقال غیر معمول عدم وجود آموزش به بیمار پذیرش غیر معمول بیمار
 ترخیص غیر معمول بیمار مراقبت غیر اصولی از بیمار عدم وجود آموزش به بیمار عدم شناختن بیمار از خدمات درمانی

۵- مراقبتی:

کنترل ماینیتورینگ توجه به زخم و ترشحات سیستم های حفاظتی و کفلی تقلید به بیمار بهداشت جسمی و روحی

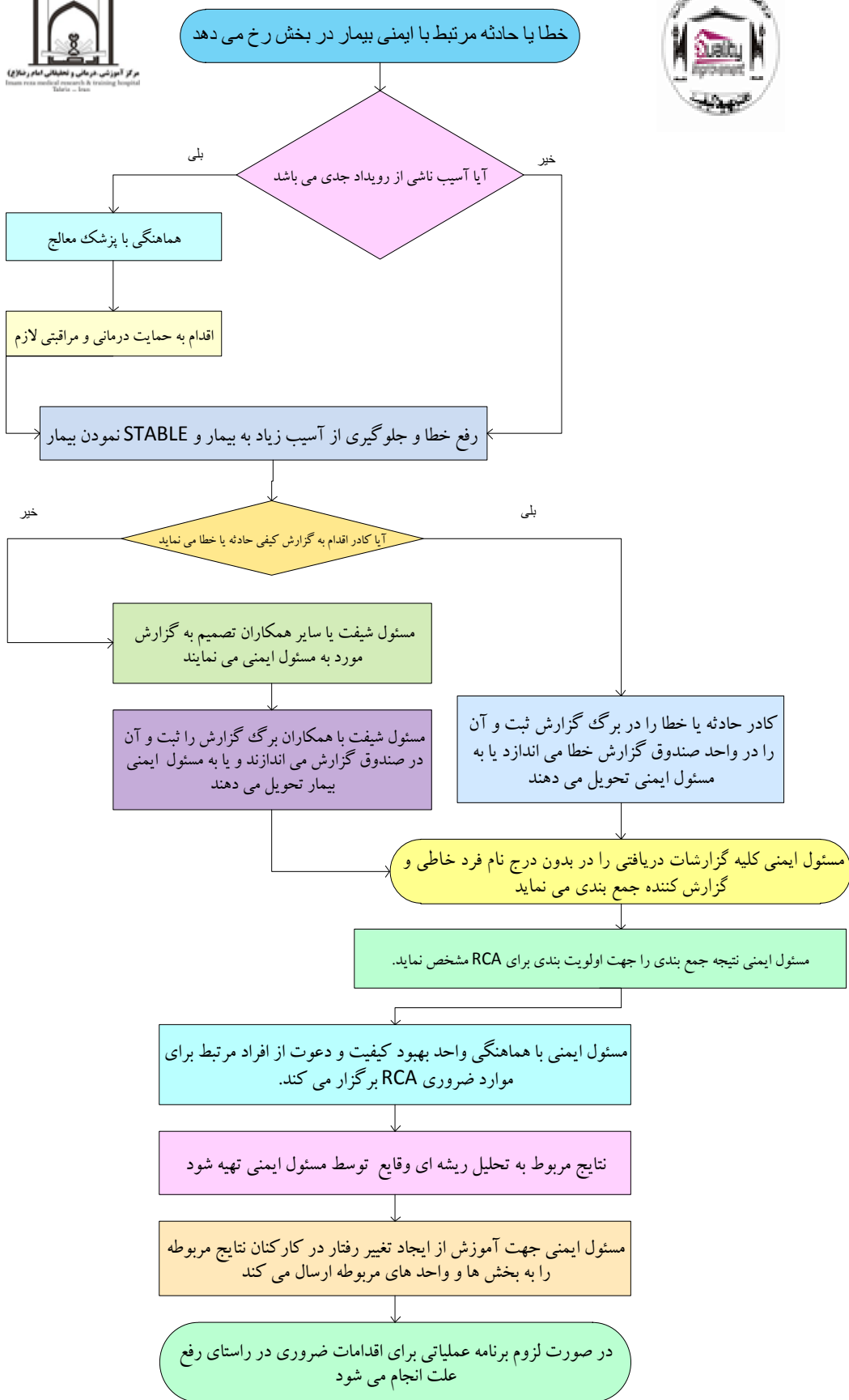
۶- تجهیزاتی:

خرابی تجهیزات بد کار کردن تجهیزات غیر کالی بودن تجهیزات کالیبره نبودن تجهیزات ایراد در چیدمان

۷- جثایی:

جعل هویت پزشک جعل هویت پرست ربودن بیمار آسیب جسمی به بیمار آسیب روحی به بیمار سوء استفاده اخلاقی از بیمار

فلو چارت گزارش خطا



هفت گام به سوی ایمنی بیمار

Step ۱ *Build a safety culture*

ایجاد فرهنگ و بسترسازی

بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید

Step ۲ *Lead and support your staff*

کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید

بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید

Step ۳ *Integrate your risk management activity*

عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید

برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

Step ۴ *Promote reporting*

گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید

به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.

Step ۵ *Involve and communicate with patients and the public*

مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید

راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.

Step ۶ *Learn and share safety lessons*

درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید

کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند

Step ۷ *Implement solutions to prevent harm*

راه حلهایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید

درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهادینه و عملی سازید.

۹ راه حل ایمنی بیمار

- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی امام رضا (ع) تبریز



توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

Look-alike , sound-alike medication names



کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- در خصوص دارو های باغلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه
- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نماید.
- هنگام دارو دادن ، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.

• هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود

• هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو، و ... را مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

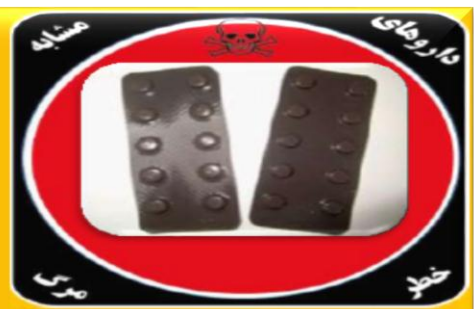
اشتباهات دارویی سالانه به دو میلیون انسان آسیب می رساند

دارو با تشابه اسمی	دارو با تشابه اسمی	دارو با تشابه اسمی
Digoxin	Digestive	
Daonil	Denol	Danol
Carbamazepine	Chlorpromazine	Carbimazole
Bupropion	Buspirone	Biperiden
Cephalexin	Cephazolin	Ciprofloxacin
Alprostadi	Alprazolam	
Ciprofloxacin	Ceftriaxone	
Clonazepam	Clozapine	Olanzapin
Lovastatin	Levothyroxine	Loratadine
Diphenoxylate	Dicyclomine	
Levothyroxine	Liothyronine	Lovastatin
Lithium Carbonate	Calcium Carbonate	
Lorazepam	Lozartan	
Metoclopramide	Methocarbamol	Metoprolol
Orlept	Orap	
Metronidazole	Medroxyprogesterone	Metformin
Naloxan	Naproxen	Nalteroxone
Perphenazin	Prazosin	
Prednisolone	Promethazine	Perphenazine
Prilosec	Prozac	
Propranolol	Propantheline	
Thioridazine	Thiothixene	
Triamteren-H	Trimipramine	
Doxepin	Doxycycline	
Glibenclamide	Chlordiazepoxide	





کلی بنکلامید - اسپرینولاکتون ۲۵



بنامتازون ۰/۵ - برموکریبتین



استامینوفن ۳۲۵ - ویتامین ب۱ ۳۰۰



نالیدیکسیک اسید - ویتامین ب۱ ۳۰۰



سلژیلین ۵ - الانزایین ۵



فلوکونازول ۵۰ - ریباویرین ۳۰۰









لیست شباهت های دارونسی

آمپول ها - ویال ها

ردیف	نام دارو	شباهت یا داروی :	مورد شباهت		
			شکل	رنگ	دوز
۱	دیازپام	فوروزماید، متوکلورامید	✓		
۲	آمینوفیلین	متوکلورامول	✓		
۳	سفتریاکسون	سفتازیدیم - سفتی زوکسیم	✓		✓
۴	سایمتدین	راتیتدین			✓
۵	آمپی سیلین	پنی سیلین	✓		✓
۶	آمینوفیلین	کلسیم گلوکونات	✓	✓	
۷	جنتامایسین	کلماستین	✓	✓	
۸	دیازپام	دگزامتازون	✓	✓	
۹	ویال هیارین ۲۵۰۰۰IU	ویال هیدروکورتیزون	✓		
۱۰	آمپول هیارین ۵۰۰۰IU	آمپول EPREX 2000 EPREX 4000	✓	✓	
۱۱	پتدین ۱۰۰ میلی گرم	پتدین ۵۰ میلی گرم	✓		
۱۲	آمپول پتدین	آمپول راتیتدین	✓		
۱۳	ویال پتاسیم کلراید	ویال مترونیدازول	✓		
۱۴	ویال پتاسیم کلراید	ویال سدیم بیکنات	✓		
۱۵	آمپول ترانس آمین	آمپول ویتامین C	✓	✓	
۱۶	ویال سفازولین ۱ گرم	ویال سفازولین ۵۰۰mg	✓	✓	
۱۷	آمپول اتروپین	آمپول فنوپاریتال	✓	✓	
۱۸	ویال KCL 10 CC	آب مقطر	✓		
۱۹	سایمتدین ۲۰۰	جنتامایسین ۸۰	✓	✓	
20	سایمتدین ۲۰۰	کلیندامایسین ۲۰۰	✓	✓	
۲۱	آمپول هیارین	جنتامایسین ۴۰	✓	✓	
۲۲	ویال مترونیدازول	ویال گلوکز ۵۰٪	✓	✓	
۲۳	گلوکز ۵۰٪	پتاسیم کلراید	✓	✓	

۲۴	گلوکز ۵۰٪	سدیم کلراید	✓	✓	
۲۵	ویال پتاسیم کلراید	ویال سدیم کلراید	✓	✓	
26	ویال لیدوکائین	گلوکز ۵۰٪	✓	✓	
۲۷	دیکلوفناک	دگزامتازون	✓	✓	
۲۸	ویال سیپروفلوکساسین	ویال مترونیدازول	✓	✓	✓
۲۹	امیکاسین	کلیندامایسین	✓	✓	
۳۰	متیل پردنیزولون	هیدروکورتیزون	✓	✓	✓
۳۱	آمپی سیلین	وانکومایسین	✓	✓	✓
۳۲	انسولین رگولار	انسولین ان-بی-۱	✓	✓	✓
۳۳	سفازولین	سفتریاکسون	✓	✓	✓
۳۴	هیارین	اکسی توسین	✓	✓	
۳۵	هیارین	هالوپریدول	✓	✓	
۳۶	آمینوفیلین	فنی توفین	✓	✓	
۳۷	ویال سدیم بیکنات	ویال لیدوکائین	✓	✓	
38	مترژین	میدازولام	✓	✓	
۳۹	آتروپین	هیارین	✓	✓	
۴۰	فورسماید	متوکلورامید	✓	✓	
۴۱	ای پی نفرین	متوکلورامید و فورسماید	✓		
۴۲	اکسی توسین	میدازولام و مترژین	✓	✓	

شباهت قرص ها و کپسولها

ردیف	نام دارو	شباهت با داروی:	مورد شباهت		
			شکل	رنگ	دوز نام دارو
۱	قرص کلونازپام	قرص کلیدینیوم سی	✓		
۲	قرص کلرفنیر آمین	قرص سایمتدین	✓		
۳	قرص فنازوپریدین	قرص برم هگزین	✓		
۴	قرص پردنیزولون	قرص ایزوسورباید	✓	✓	
۵	قرص آتروواستاتین	قرص لووستاتین			✓
۶	قرص بیزاگودیل	قرص برم هگزین		✓	
۷	قرص دیازپام ۵	قرص دیازپام ۲			✓
۸	قرص اکزازپام	قرص متوکلوپرامید	✓	✓	
۹	قرص آمی تریپتیلین ۱۰	قرص آمی تریپتیلین ۲۵	✓		
۱۰	قرص ایمی پرامین ۲۵	قرص آمی تریپتیلین ۲۵	✓	✓	
۱۱	کپسول فلوکستین ۱۰	کپسول فلوکستین ۲۰	✓	✓	
۱۲	قرص ایمی پرامین ۱۰	قرص ایمی پرامین ۲۵	✓	✓	
۱۳	قرص سفکسیم ۴۰۰	قرص سفکسیم ۲۰۰	✓	✓	
۱۴	قرص مولتی ویتامین	قرص ویتامین C	✓	✓	
۱۵	قرص هیدروکلرتیازید ۵۰	قرص ASA	✓	✓	
۱۶	قرص فولیک اسید ۱	قرص فولیک اسید ۵			✓
۱۷	قرص رانیتدین	قرص سایمتدین	✓	✓	
۱۸	قرص وارفارین	قرص ASA 100	✓		
۱۹	قرص هیدروکلرتیازید ۵۰	قرص ASA			
۲۰	قرص آمبودارون	قرص استامینوفن	✓	✓	
۲۱	قرص متورال	قرص کاپتوپریل	✓	✓	
۲۲	قرص متوکاربامول	قرص استامینوفن	✓	✓	
۲۳	قرص اسپیرین	قرص پردنیزولون	✓	✓	
۲۴	قرص استامینوفن	قرص سرماخوردگی بزرگسالان	✓		
۲۵	آتروواستاتین mg۴۰	آتروواستاتین mg۲۰			✓
26	قرص متوکلوپرامید	قرص گلی بن گلامید	✓	✓	
۲۷	قرص فروزماید	قرص تریامترن H	✓	✓	
۲۸	قرص سدیم والپرات	قرص کاربامازپین	✓	✓	

سرم ها

ردیف	نام دارو	شباهت با داروی:	مورد شباهت		
			شکل	رنگ	دوز نام دارو
۱	سرم مانیتول ۱۰٪	دکستروز واتر ۱۰٪	✓	✓	✓
۲	نرمال سالین شستشو	دکستروز سالین تزریقی	✓	✓	
۳	سرم ۳/۳، ۳/۳	دکستروز سالین	✓		
۴	سرم نمکی ۱۰۰۰CC	سرم ۳/۳، ۳/۳ CC ۱۰۰۰	✓	✓	

آنتی دوت مصرفی در برخی از مسمومیت ها

مسمومیت با	آنتی دوت	دوزاژ مصرفی آنتی دوت
آتروپین و آنتی کلی نرژیک ها & Atropine Anticholinergic agents	نئوستیگمین Neostigmine	بزرگسالان: ۰.۵-۲ mg - از راه وریدی آهسته و در صورت نیاز تکرار شود دوز کلی به ندرت از ۵ میلی گرم تجاوز می کند.
	فیزوستیگمین Physostigmine	کودکان: ۰/۵ میلی گرم به صورت تزریق آهسته وریدی بالغین: ۲-۰/۵ میلی گرم به صورت تزریق آهسته وریدی
اتیلن گلیکول و متانول Ethylene glycol & Methanol	اتانول Ethanol	MI/kg ۷/۵-۱۰ از اتانول ۱۰% در دکستروز ۵% بصورت وریدی در ظرف مدت ۱ ساعت و سپس دوز نگه دارنده بصورت انفوزیون ۱/۴ ml/kg/hour
اتانول Ethanol	تیامین Thiamine	بالغین: ۱۰۰ mg به صورت IV در عرض ۵ دقیقه یا IM کودکان: ۵۰ mg به صورت IV در عرض ۵ دقیقه یا IM در صورت نیاز هر ۸ ساعت ۵-۱۰۰ mg تجویز مجدد شود.
		جهت رقیق نمودن محلول ۳۰% و رساندن آن به محلول ۵ درصد می توان از آب یا شربت استفاده کرد.

<p>روش درمان :</p> <p>۱۴۰ Mg/kg از راه خوراکی به بیمار داده و تک دوز نگه دارنده ۷۰ Mg/kg</p> <p>هر ۴ ساعت که باید ۱۷ مرتبه تکرار شود .</p> <p>* در صورت بروز استفراغ پس از هر دوز خوراکی باید مجدداً دوز خوراکی تکرار شود</p> <p>* اگر از زمان مسمومیت بیمار بیش از ۴۸ ساعت گذشته باشد و آزمایش تست کبدی نرمال باشد به درمان با NAC نیاز نیست ولی اگر آزمایش تست کبدی غیرنرمال باشد باید درمان با NAC هر چه سریعتر شروع شود .</p>	<p>استیل سیستین</p> <p>Acetyl cysteine</p> <p>(NAC)</p>	<p>استامینوفن</p> <p>Acetaminophen</p>
<p>بزرگسالان : ۱-۲mg وریدی هر ۱۰ تا ۲۰ دقیقه دوزاژ تکرار شود تا اینکه بیمار آتروپینه شود.(ضربان قلب نرمال، مردمک گشاد شده، عدم خس و خشکی دهان، تا اینکه بهبودی بالینی بیمار مشاهده شود)</p> <p>کودکان : ۰/۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن</p>	<p>آتروپین</p> <p>Atropine</p>	<p>قارچ های حاوی موسکارین</p> <p>حشره کش های کاربامات</p> <p>ارگاتو فسفات ها</p>
<p>اگر بیمار به شدت بد حال است و وسایل سنجش سطح خونی دیگوکسین در دست نمی باشد ۲۰-۱۰ ویال آنتی دوت را به بیمار تزریق می کنیم . در صورت سنجش سطح خونی ، میزان تجویز</p> <p>آنتی دوت بر مبنای جداول موجود صورت می گیرد .</p>	<p>فاب آنتی بادی</p> <p>Digoxine Immuno fab Antibody</p>	<p>دیگوکسین</p> <p>Digoxine</p>

<p>۱- آمپول آمیل نیتريت را شکانده و به بیمار اجازه دهید که ۱۵ ثانیه آن را استنشام کند و سپس برای ۱۵ ثانیه آن را دور کنید و هر سه دقیقه یکبار از یک آمپول جدید استفاده کنید.</p> <p>۲- ۳۰۰ mg نیتريت سدیم (۱۰ ml از محلول ۳% آن) طی ۳ الی ۵ دقیقه آهسته از راه تزریق وریدی تجویز شود. در کودکان این مقدار ۰/۱۵-۰/۳۳ میلی لیتر بر کیلوگرم تا حداکثر ۱۰ MI قابل تجویز است.</p> <p>۳- بعد از تزریق نیتريت سدیم از تیوسولفات سدیم به میزان ۱۲.۵ g از محلول ۲۵% به صورت IV استفاده می شود .</p> <p>در کودکان مقدار تجویزی ۱.۶۵ ml/kg می باشد تا حداکثر ۵۰ ml</p>	<p>آمیل نیتريت</p> <p>نیتريت سدیم</p> <p>تیوسولفات سدیم</p>	<p>سیانید</p> <p>Cyanide</p>
<p>۱-۲ میلی اکی والان به ازای هر کیلوگرم وزن بدن به صورت تزریق IV یکجا، سپس انفوزیون مداوم ۱۰۰ میلی اکی والان بیکربنات سدیم حل شده در یک لیتر دکستروز ۵% تارسیدن به PH ادرار بالاتر از ۷/۴۵</p>	<p>سدیم بیکربنات</p> <p>Sodium Bicarbonate</p>	<p>فئوباربتال</p> <p>ضد افسردگی سه حلقه ای</p> <p>سالسیلات ها</p>
<p>همانند مسمومیت با انسولین است با این تفاوت که به دلیل بالا بودن نیمه عمر این داروها درمان با گلوکز حداقل برای ۳ روز ادامه یابد .</p>	<p>گلوکز هیپرتونیک</p>	<p>هیپوگلیسمی</p>
<p>بالغین و کودکان با وزن بالاتر از ۲۰ kg : ۱-۰.۵ mg به صورت تزریق زیر پوستی، IM یا IV</p> <p>کودکان با وزن کمتر از ۲۰ kg : ۰.۱-۰.۲۵ mg/kg در هر دوز (حداکثر ۱ mg) به صورت تزریق زیر پوستی، IM یا IV</p>	<p>گلوکاگون</p> <p>Glucagon</p>	<p>پروپرانولول و هیپوگلیسمی</p> <p>Propranolol &</p> <p>Hypoglycemic agents</p>

نوزادان: ۰.۳ mg/kg در هر دوز به صورت تزریق زیر پوستی، IM یا IV		
فلزات سنگین	دایمرکاپرول	۳-۵ mg/kg/dose به صورت تزریق عمیق عضلانی هر ۴ ساعت تا زمانی
(طلا-آرسنیک)	Dimercaprol	که علائم گوارشی سرکوب شود و سپس برای بیمار دی-پنی-سیلامین تجویز می شود.
Heavy metals	(Bal)	
دی-پنی سیلامین	D-penicillamine	۲۰-۳۰ mg/kg/day در ۳-۴ دوز منقسم تا حداکثر ۲ g در بالغین
		در مسمومیت خفیف تا متوسط با سرب در کودکان دوزهای پایین تر یعنی ۱۵ mg/kg/day
مشتقات کومارین و		کودکان: ۱-۵ mg به صورت IM
		بالغین: ۱۰ mg به صورت IM
وارفارین	ویتامین K	در موارد مسمومیت شدید می توان به صورت تزریق وریدی تجویز نمود.
Warfarine	Phytonadion	
	(Vit k)	در مورد خونریزی های خطرناک :
		* (ffp) به میزان ۲۵۰-۵۰۰ سی سی در بالغین و ۱۰-۵۰ mg/kg در کودکان
		* خون کاملاً تازه
هپارین	سولفات پروتامین	تزریق با حداکثر سرعت ۵ mg/min تا دوز ۲۰۰ mg در عرض دو ساعت
Heparin	Protamine	

<p>نکته: ۱ mg پروتامین ، ۹۰ واحد هپارین ریه گاوی یا ۱۱۵ واحد هپارین روده ای خوک را خنثی می کند.</p>	sulfate	
شستشوی معده با نشاسته		
<p>روش : ۱۵ گرم نشاسته در ۵۰۰ سی سی آب ریخته و به فاصله ربع ساعت به بیمار می دهیم تا زمانی که رنگ محتویات معده دیگر این رنگ نباشد.</p>	نشاسته scarch	ید Iodine
<p>۱۰-۱۵ Mg/kg تا حداکثر ۱ g به شکل عضلانی هر ۸ ساعت تجویز بیش از ۶ g در عرض ۲۴ ساعت مجاز نمی باشد.</p>	دفروکسامین Deferuxamine	آهن Iron
<p>تجویز وریدی ویتامین B۶ به میزان ایزونیاژید مصرف شده و در صورت نامشخص بودن دوز ایزونیاژید، ۵ g ویتامین B۶ در عرض ۳۰-۶۰ دقیقه</p>	پیریدوکسین Pyridoxine (Vit B۶)	ایزونیاژید Isoniazid
<p>۲ mg-۰.۰۴ به صورت IV یک جا و در صورت عدم پاسخ ، می توان دوز را تکرار کرد تا حداکثر ۱۰ mg توجه: اگر با مجموع ۱۰ mg پاسخی مشاهده نشود ، علت مسمومیت احتمالاً اپیوئید نیست.</p>	نالوکسان Naloxone	اپیات (هروئین، مورفین، کدینین) Opiates
<p>۰.۲ mg به صورت IV به مدت ۳۰ ثانیه ، بعد از ۳۰ ثانیه تجویز ۰.۳ mg از دارو به صورت IV برای مدت ۳۰ ثانیه و ادامه دادن تجویز دارو به صورت دوزهای ۰.۵ mg در طی ۳۰ ثانیه با فواصل یک دقیقه ای تا رسیدن به دوز تجمعی ۳ mg</p>	فلومازنیل Flumazenil	بنزودیازپین Benzodiazepine

<p>کودکان بالای ۳ سال: حداکثر ۱ mg ، به صورت IM یا IV</p> <p>بالغین: ۱-۲ mg به صورت IM یا IV</p> <p>توجه: مصرف بنزوتروپین در کودکان زیر ۳ سال ممنوع است .</p>	<p>بنزوتروپین</p> <p>Benztropine</p>	<p>فنوتیازین</p> <p>Phenothiazines</p>
<p>۲۵-۵۰ mg هر ۶-۴ ساعت به صورت خوراکی ، IM یا IV</p> <p>توجه: در کودکان دیفن هیدرامین داروی انتخابی در کنترل علائم دیستونیک ناشی از مسمومیت با فنوتیازین ها است.</p>	<p>دیفن هیدرامین</p> <p>Diphenhydramine</p>	
<p>تزریقی: ۱-۲ ml/kg به صورت IV سریع ، در صورت نیاز هر ۵-۱۰ دقیقه</p> <p>این دوز تکرار می شود تا حداکثر دوز کلی ۱۰ mg/kg</p>	<p>دانترولن</p> <p>Dantrolen</p>	<p>هالوتان</p> <p>Halothane</p>
<p>به ازای هر سانتیمتر مربع از ناحیه تماس ۰.۵ ml از محلول کلسیم گلوکونات</p> <p>۱۰% به صورت زیر پوستی با نیدل ظریف تزریق شود.</p> <p>در موارد مسمومیت با منیزیم ۱ mg/kg از محلول ۱۰% کلسیم گلوکونات</p> <p>به صورت وریدی تزریق شود.</p> <p>در گزیدگی عنکبوت بیوه سیاه : به صورت محلول ۱۰٪ تزریق IV و با</p> <p>سرعت حداکثر ۲۰۰ mg/min</p> <p>بالغین: ۰.۵-۲ g</p> <p>کودکان: ۲۰۰-۵۰۰ mg</p> <p>نوزادان: حداکثر ۲۰۰ mg</p>		



شناسایی بیمار : patient identification

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار ، کارت شناسایی ، تاریخ تولد ، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و یا بارکد استفاده می شود.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد.

۲- (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است . این (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) ها در بدو پذیرش بیماران اورپانس به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد/بستری ، تشخیص ، نام بخش ، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته خواهد شد.

۳- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی، خطر افتادن، آلرژی، بیماران

همودیالیزی دارای شانت، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجهات خاص، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

۵- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۶- بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) را از یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی به بیمار اقدام نماید. لطفاً باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو

بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی (مچ

بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱- در برکه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و مراقبت از آن در طول

مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.

۱۴- باندهای شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل

گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را

با باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۷- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) می باشند.

۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات: نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک

معالج باشد.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

(۱) اکیداً یادآوری می شود که استفاده از باندهای شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد.

(۲) الزامیست باندهای شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و در هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد.

(۳) صحت اطلاعات مندرج روی باند شناسایی بیمار هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود

(۴) ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.

(۵) الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورتی که بیمار مبتلا به

آلرژی شناخته شده و یا در معرض هر گونه خطر شناخته شده برای مثال "مستعد به افتادن" باشد، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در

پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

(۶) سایز و اندازه باند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز

نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد.

(۷) جنس باند های شناسایی از مواد قابل انعطاف، نرم، ضد آب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث

تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش، حساسیت و تعریق نشود و به پوست بیمار ولو هر چند که

حساس و ظریف و آسیب پذیر نیز باشد، صدمه نزند.

(۸) باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۹) نوشته های بر روی باند های شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد .

۱۰) بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی نوشته شوند .

۱۱) محل مناسب باند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب بیماران می باشد ، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار بمنظور انجام اقدامات درمانی است .

۱۲) شناسه بیماران بر روی باندهای شناسایی شامل موارد ذیل است :

● نام و نام خانوادگی

● تاریخ تولد

● شماره پرونده

● در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد

۱۳) تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت ,بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود .

۱۴) در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید .

۱۵) هر بیمارستان بایستی دارای فرآیند هایی بمنظور کسب اطمینان از وجود باند شناسایی با مندرجات صحیح بر روی بازوی بیمار باشد .

۱۶) تأکید می شود در صورتی که هر یک از کارکنان تیم درمانی با بیماری که فاقد باند شناسایی است ، مواجه گردند وظیفه آنان ایجاب می نماید که نسبت به تهیه باند شناسایی و بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نمایند .

۱۷) الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت برداشتن دائمی و مراقبت از باند های شناسایی در مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود و یادآوری شود مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی را بررسی نموده و در صورتی که با مشخصات آنان مطابقت نمی نماید به پرستار و یا پزشک معالج خود اطلاع داده و از ایشان درخواست اصلاح آن را نمایند .

۱۸) اکیداً یادآوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش حین تعویض شیفت در صورتی که مادر و نوزاد بصورت توأم با یکدیگر و یا نوزاد به تنهایی در بیمارستان پذیرفته شده است ، بعد از تشکیل پرونده درمانی در اسرع وقت برای نوزاد دو باند شناسایی و برای مادر یک باند شناسایی با توجه به مشخصات مندرج در پرونده درمانی آنان تهیه و به بازوی مادر و مچ پای نوزاد ببندید .

فرآیند صحیح شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی :

ضروریست کلیه بیماران کاندیدای عمل جراحی توسط تیم جراحی قبل از انتقال به اتاق عمل با توجه به فرآیند های ذیل شناسایی شوند:

۱) در صورتی که بیمار هوشیار است ، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده واز بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد .

۲) جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و پرونده او را با هم و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید

۳) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار ، چارت عمل و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .

۴) در صورتی که بیمار کودک و یا معلول ذهنی است و یا هوشیار نمی باشد ، با پرسش موارد یاد شده از والدین و یا وابستگان درجه یک بیمار او را بطور صحیح شناسایی نمایید .

۵) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید، و در غیر اینصورت اگر یک مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید.

۶) دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست اعضای تیم جراحی از بیمار درخواست نمایند که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده و باند شناسایی بیمار مطابقت نمایند.

۷) سایر مراحل مطابق با چک لیست ذیل انجام می شود.

راهنمای استفاده از چک لیست جراحی ایمن^۱

چک لیست جراحی ایمن که به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار^۱ وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی و پرستاران و بیماران از سراسر جهان، بمنظور کاهش، اتفاقات ناخواسته معلولیت و مرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل تدوین و تنظیم شده است. در این چک لیست با تأکید ویژه بر سلامت کارکرد دستگاهها و تجهیزات بیهوشی، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی تلاش شده است تا سلامت و ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد.

شایان ذکر است که چک لیست پیوست به منزله ابزار ارتقاء کیفی اعمال جراحی و در جهت کاهش اتفاقات ناخواسته، عوارض و مرگ و میر غیر ضروری ناشی از آن می باشد، و هدف اصلی از ارسال آن بهبود و ارتقاء فرآیندها، اقدامات درمانی و مراقبتی در جهت افزایش ایمنی بیماران است.

روش اجرا: بکارگیری چک لیست جراحی ایمن، مستلزم تعیین فردی مسئول به عنوان هماهنگ کننده جهت تکمیل چک لیست مزبور می باشد. با توجه

به نیروی انسانی موجود در بیمارستانها و اتاق عمل این نیرو، می تواند پرستار سیرکولار، سوپروایزر اتاق عمل و یا یکی دیگر از اعضای تیم جراحی انتخاب شود.

عمل جراحی در چک لیست جراحی ایمن، به سه مرحله زمانی به شرح ذیل تقسیم می شود:

۱- مرحله زمانی قبل از بیهوشی بیمار

۲- مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از انجام برش جراحی

۳- مرحله زمانی حین و یا دقیقاً پس از بستن زخم بیمار تا خروج بیمار از اتاق عمل.

در صورت تمایل بیمارستانها به اجرای چک لیست جراحی ایمن انتظار می رود پس از آشنایی کامل تیم جراحی با چک لیست، کلیه اعمال کلیدی با فرد هماهنگ کننده بصورت کلامی و بدون فوت وقت و یا ایجاد تداخل در انجام مراحل اساسی جراحی به ترتیب ذیل مورد بررسی و تأیید قرار گیرد.

مرحله اولیه:

سؤالات مرتبط به این بخش می توانند به صورت کامل در یک وهله و یا گام به گام در طی مراحل زمانی متفاوت تکمیل شود. جهت تکمیل این بخش، حضور متخصص بیهوشی و کارکنان پرستاری ضروری است.

شناسایی بیمار: گر چه ممکن است این مرحله تکراری بنظر برسد اما با توجه به اهمیت این موضوع هماهنگ کننده چک لیست در این مرحله ضمن پرسش از بیمار، نام و نام خانوادگی، نام اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل جراحی و برگه رضایت عمل اخذ شده از بیمار را تأیید می نماید.

در صورتی که بیمار کودک و یا بیهوش است، تأیید این بخش می تواند با پرسش از یکی از وابستگان درجه یک / همراهان بیمار انجام پذیرد. شایسته

است در مورد بیماران اورژانس و یا عدم حضور وابستگان درجه یک / همراهان بیمار، این سؤال را بدون جواب بگذارید.

ضروریست هماهنگ کننده چک لیست علامتگذاری موضع جراحی قبل از عمل توسط جراح را تأیید نماید .

تأیید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری جهت بیهوشی بیمار :

در این مرحله ضمن پرسش از متخصص بیهوشی حاضر در اتاق عمل ایمنی و صحت عملکرد وسایل و تجهیزات لازم جهت بیهوشی بیمار، با اعمال

گامهای ABCDE به شرح ذیل تأیید می شود:

(۱) بررسی تجهیزات راه هوایی^{۱۳} به لحاظ صحت عملکرد

(۲) اداره راه هوایی^۲ (شامل اکسیژن و هوشبر های استنشاقی)

(۳) ساکشن^۳

(۴) داروها و وسایل^۴

(۵) داروهای اورژانس^۵

اتصال پالس اکسی متری به بیمار و صحت عملکرد آن:

ضروری است هماهنگ کننده چک لیست، پس از اتصال پالس اکسی متری به بیمار و بررسی صحت عملکرد آن قبل از القاء بیهوشی، نسبت به تکمیل

بخش ذریبط دربخش ذریبط اقدام نماید. ایده آل است که نشانگر پالس اکسی متری روبروی تیم جراحی قرار گیرد. از آنجا که وجود و صحت عملکرد

پالس اکسی متری جهت ایمنی بیمار تحت عمل جراحی از الزامات می باشد، لذا در صورت فقدان این دستگاه مسئولیت تصمیم گیری در خصوص تعویق

عمل جراحی و یا ضرورت انجام آن با جراح و متخصص بیهوشی حاضر در اتاق عمل می باشد.

بررسی بیمار به لحاظ سابقه داشتن حساسیت شناخته شده :

فرد هماهنگ کننده چک لیست، پس از پرسش از پزشک متخصص بیهوشی در خصوص آگاهی متخصص بیهوشی از احتمال بروز واکنش آلرژیک در

بیمار و نوع آن نسبت به تکمیل بخش مربوطه در چک لیست اقدام می نماید.

بررسی بیمار به لحاظ راه هوایی مشکل و یا خطر آسپیراسیون :

با توجه به اینکه مرگ بیمار ناشی از عدم ایجاد راه هوایی مطمئن در حین بیهوشی هنوز هم از شایعترین علل قابل پیشگیری می باشد، الزامیست، فرد

هماهنگ کننده چک لیست بصورت کلامی تأیید نماید که تیم بیهوشی راه هوایی بیمار را بصورت عینی به لحاظ وجود راه هوایی مشکل بررسی نموده

اند و با استفاده از معیارهایی نظیر Mallampati score و Thyromental distance و Bellhouse- Dore score، آن را درجه بندی نموده

اند. در صورتی که ارزیابی تیم بیهوشی مؤید وجود راه هوایی مکمل در بیمار می باشد، تیم بیهوشی نسبت به انتخاب روش بیهوشی مناسب و دسترسی

به تجهیزات ضروری اقدام می نمایند. نیز در این صورت یکی از اعضای تیم جراحی که ماهر و آشنا به القاء بیهوشی می باشد به عنوان کمک بیهوشی با

متخصص بیهوشی همکاری می نماید

وجود ریفلاکس فعال علامتدار در بیمار، خطر آسپیراسیون را مطرح می نماید، انتخاب روش بیهوشی مناسب از جمله استفاده از تکنیکهای القاء سریع

بیهوشی و یا الزام به حضور یک نفر کمکی از تیم بیهوشی جهت اعمال فشار بر روی کریکوئید در حین القاء بیهوشی می تواند خطر آسپیراسیون را در

بیمار کاهش دهد.

خطر از دست رفتن بیش از ۵۰۰ml خون در بیماران بالغ و یا vml/kg خون در کودکان:

در صورتی که با تأیید متخصص جراحی خطر از دست رفتن حجم خون بیش از ۵۰۰ ml در بیماران بالغ تحت جراحی و یا به میزان ۷ kg/ml در کودکان وجود دارد به منظور کاهش خطر وقوع شوک هیپو ولمیک و عوارض ناشی از آن در بیمار وجود دارد، توصیه می شود قبل از انجام برش جراحی برای بیمار حداقل دو راه بزرگ وریدی باز شود و یا کاتتر وریدی مرکزی جهت بیمار در نظر گرفته شود. همچنین ضروریست تیم جراحی وجود رزرو خون و یا مایعات وریدی مناسب را برای احیاء بیمار تأیید نماید.

مرحله ثانویه :

جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و متخصص بیهوشی و جراح ضروری است. در این مرحله، در صورت لزوم اعضای تیم جراحی خود را با نام و سمت به سایر اعضای تیم معرفی می نمایند. در این مرحله انتظار می رود که دقیقاً قبل از انجام برش جراحی توسط

جراح، کلیه اعضای تیم جراحی حاضر در اتاق عمل نسبت به تأیید عمل صحیح جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح بیمار اقدام نمایند.

در این مرحله ضروری است که متخصص جراحی مواردی را که بیمار را در معرض خونریزی سریع، آسیب، صدمه و یا معلولیت های عمده قرار می دهد و یا مراحلی که در طی آن نیاز به تجهیزات خاص، ایمپلنت و یا آمادگیهای خاصی است را بمنظور انجام تمهیدات و اقدامات ویژه درمانی به سایر اعضای تیم جراحی، شرح دهد. ضروریست پرستار اسکراب با توجه به شاخصهای استریلیتی، استریلیزاسیون ابزار جراحی را تأیید نماید. هرگونه ابهام درخصوص استریلیتی لوازم جراحی قبل از انجام برش جراحی ضروریست به سایر اعضای تیم جراحی گزارش شود.

باتوجه به شواهد علمی و توافق همه جانبه درخصوص تأثیر افزایش سطح سرمی / بافتی آنتی بیوتیک در کاهش عفونت زخم جراحی بمنظور کاهش احتمال بروز عفونت زخم، در این چک لیست بر تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک طی ۶۰ دقیقه قبل از عمل جراحی تأکید می شود، لذا انتظار می رود که تأیید سؤال ذریبط پس از پرسش از فرد مسئول انجام پذیرد. تأکید می شود در صورتی که از تزریق آنتی بیوتیک بیش از ۶۰ دقیقه می گذرد درخصوص تزریق مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک اقدام شود.

باتوجه به اهمیت نمایش تصویربرداری های ضروری در هدایت و انجام برنامه درمان بیمار، ضروری است نمایش تصویربرداری صحیح بر روی

نگاتوسکوپ در اتاق عمل تأیید شود.

مرحله ثالثیه :

در این فاز اعضاء تیم جراحی ضمن ثبت و تأیید اقدامات ذیل نسبت به انتقال بیمار به ریکاوری مبادرت می نمایند.

۱- تأیید اقدام جراحی انجام شده بر روی بیمار بصورت کاملاً دقیق.

۲- شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزنهای مورد استفاده در حین جراحی (در صورت وجود هرگونه ابهامی در صحت شمارش ابزار و ... بکار

رفته حین جراحی ضروری است تمهیدات کنترلی از جمله رادیوگرافی کنترل انجام شود).

۳- برچسب گذاری صحیح نمونه اخذ شده حین جراحی توسط پرستار سیرکولار.

۴- گزارش کتبی هرگونه خرابی در دستگاهها و تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل به مسئولین ذیربط.

استاندارد تجویز دارو بمنظور پیشگیری از وقایع و حوادث مرتبط به داروها :

بررسی بیش از ۶۰۰۰۰ مورد گزارش وقایع و حوادث ناخواسته دارویی به آژانس ملی ایمنی بیمار انگلیس از ژانویه سال ۲۰۰۵ لغایت ژانویه

سال ۲۰۰۶ میلادی مؤید این مسئله می باشد که بیش از ۸۰٪ حوادث ناخواسته دارویی از بیمارستانها گزارش شده است . بر اساس بررسی های

اخیر این آژانس حداکثر ۶/۵٪ از بیماران مورد پذیرش بیمارستانها و ۹٪ کل بیماران بستری در بیمارستانها دچار ضرر و زیان ناشی از یک حادثه

ناخواسته دارویی شده اند در حالی که بسیاری از این وقایع قابل پیشگیری بوده اند. هزینه این موارد سالانه بیش از ۳۷۰ میلیون پوند برآورد

شده است

. جهت تجویز صحیح دارو به بیمار صحیح الزامیست بیمار ، دارو ، دوز دارویی ، راه تجویز دارو ، زمان تجویز دارو و دستورات دارویی بیمار

صحیح باشد. با توجه به وجود ده ها هزار دارو با اسامی مناسب و یا نامناسب در بازار امکان بروز اشتباهات دارویی بسیار زیاد می باشد. با توجه

به شباهت اسامی ده ها هزار داروی موجود در بازار ، در صورتی که نسخ دارویی ناخوانا و بدخط باشد امکان اشتباه دارویی را افزایش می دهد

تعریف واژه ها :

● عواقب ناخواسته دارویی: تظاهر علائم و نشانه های ناخوشایند ناشی از تأثیر مستقیم و یا مرتبط دارویی که منجر به بروز معلولیت و یا کاهش

سطح سلامتی ، شرایط جسمانی و یاروانی در فرد می شود . عواقب ناخواسته دارویی شامل انواع مختلف واکنشهای ناخواسته و واکنشهای متقابل

دارویی^۴ می باشد.

● عوارض ناخواسته دارویی: ^۵ تأثیر ثانویه ی ناخواسته دارویی که متفاوت از اثرات مفید و درمانی دارو می باشد . عوارض ناخواسته دارویی که

خود از انواع عواقب ناخواسته دارویی است شامل عوارض جانبی ، افزایش حساسیت^۶ ، پاسخ ایدئوسینکرازی^۷ ، واکنش سمی^۸ و یا واکنشهای

دارویی می باشد .

● اتفاقات / حوادث ناخواسته دارویی^۹ : شامل عواقب ناخواسته دارویی ، واکنشهای ناخواسته دارویی و اشتباهات دارویی می باشد.

- عوارض جانبی کولینرژیک دارویی^{۱۰}: تأثیر دارویی که منجر به شروع و یا فعال شدن سیستم عصبی پاراسمپاتیک (کولینرژیک) در حدی می شود که با تظاهر علائم نامطلوب و مشکل زایی نظیر خشکی دهان، تاری دید، تاکی کاردی، احتباس ادراری، یبوست، گیجی، دلیریوم^{۱۱} و یا هذیان توأم می شود.

- عوارض جانبی اکستراپارامیدال^{۱۲}: علائم و نشانه های مرتبط به تخریب سیستم عصبی اکستراپارامیدال: نظیر لرز، عدم تعادل^{۱۳}، کندی حرکات، ریزش بزاق، صورت بی حالت، کشیدن پاها در هنگام راه رفتن، اکتیویته^{۱۴} و سفتی عضلات تنه، اندامها و گردن.

- کاهش تدریجی دوز دارویی: کاهش گام به گام و مرحله ای دارو به منظور تعیین تأثیر کاهش دوز دارو در کنترل نشانه ها، شرایط و یا خطرات دارویی و یا امکان قطع دارو.

- اشتباه دارویی: اتفاق/حادثه قابل اجتناب دارویی است که می تواند منجر به استفاده نامناسب دارویی و یا ضرر و آسیب دائمی شود. اینگونه حوادث ممکن است مرتبط به چگونگی ارائه خدمات، محصولات، فرآورده ها، پروسیجرها و سیستمهای بهداشتی درمانی باشد.

- واکنشهای متقابل دارویی: تأثیر دیگر مواد نظیر: داروها، محصولات گیاهی، غذایی و یا مواد مورد استفاده برای پروسیجرهای تشخیصی بر روی یک دارو که می تواند منجر به تغییر جذب، تأثیر دارویی، طول تأثیر درمانی، خنثی سازی، دفع و یا ایجاد امکان بالقوه برای بروز عواقب ناخواسته دارویی شود.

(۱) بمنظور کاهش و یا حذف احتمال بروز اتفاقات ناخواسته دارویی در مرحله پذیرش بیمار (از منزل) به بیمارستان، انتقال بین و یا داخل بیمارستانی و ترخیص بیمار از بیمارستان رعایت موارد ذیل ضروری است:

۱-۱) در هنگام پذیرش بیمار کلیه بسته های دارویی مورد استفاده بیمار در منزل را بررسی نمایید (حتی داروهایی که بیمار بدون تجویز پزشک مصرف می کند) و در صورت هر گونه ابهامی نسخه اولیه تجویز داروی بیمار را از وی یا خانواده درخواست نمایید و یا آنان درخواست نمایند که کلیه داروهای مورد مصرف بیمار در منزل را به همراه بیاورند سپس داروهای جدید تجویز شده به بیمار را با سایر داروهای مورد مصرف بیمار تطبیق داده و به لحاظ وجود هر گونه واکنشهای متقابل دارویی مقایسه نمایید.

۱-۲) در هنگام انتقال بین بیمارستانی بیماران برگه دستورات پزشک^۵ Record/Treatment Medication Administration

Administration Record (MARS/TARs) و خلاصه پرونده بیمار را جهت آگاهی از آخرین داروهای تجویز شده برای بیمار

بررسی نمایید (بمنظور کاهش اتفاقات ناخواسته دارویی انحصاراً به یکی از این مدارک به تنهایی بسنده نکنید) و در صورت وجود هر گونه ابهامی با بیمارستان و بخش مبداء تماس برقرار نمایید، سپس داروهای جدید تجویز شده به بیمار را با سایر داروهای مورد مصرف بیمار تطبیق داده و به لحاظ وجود هر گونه واکنشهای متقابل دارویی مقایسه نمایید.

۱-۳) جهت انتقال داخل و بین بیمارستانی الزامیست لیست داروهای تجویزی بیمار مندرج در برگه دستورات پزشک به روز باشد.

۱-۴) برگه انتقال داخل بیمارستانی بیمار توسط پزشک معالج بیمار امضاء می شود.

۱-۵) برنامه و طرح مراقبتی بیمار در برگه دستورات پزشک به تاریخ روز در زمان انتقال موجود است.

۱-۶) در حین انتقال داخل و بین بیمارستانی داروهای مورد مصرف بیمار، وضعیت جسمانی و روانی بیمار بصورت تلفنی از بخش مبداء به بخش مقصد در صورت نیاز اطلاع داده می شود.

۱-۷) در صورتی که بیمار بعد از ترخیص به علت عارضه‌ی مرتبط به تشخیص قبلی بستری در بیمارستان مجدداً پذیرش می‌شود، الزامیست داروهای وی براساس نسخه به روز تجویز شود.

۱-۸) در هنگام ترخیص بیمار به منزل کلیه داروهای مورد مصرف بیمار در منزل را همراه با داروهای جدید تجویز شده به بیمار مطابقت داده و دقیقاً بصورت دستورات دارویی کتبی برای بیمار و در صورت لزوم خانواده وی مشخص نمائید که چه دارویی باید مصرف شود.

۲) به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته دارویی دستورات شفاهی دارویی فقط در هنگام اورژانس مورد پذیرش است.

۲-۱) در صورت اضطرار جهت تجویز تلفنی دارو الزامیست پرستار مسئول شیفت در ابتدا نام، نام خانوادگی، سن، جنس و وزن بیمار، تشخیص وجود هر گونه آلرژی شناخته شده ی دارویی و یا غذایی در بیمار، کلیه داروهای جاری مورد مصرف بیمار، علائم و نشانه های و نتایج تست های آزمایشگاهی اخیر بیمار را با پزشک در میان بگذارد.

۲-۲) در گام دوم تأکید می‌شود که پرستار مسئول شیفت پس از گوش دادن دقیق به دستورات پزشک داروی مورد تجویز را در پرونده بیمار یادداشت نموده و سپس آن را برای تأیید مجدد پزشک قرائت نماید. در مرحله سوم به منظور کاهش هر گونه اشتباه دارویی

دستور دارویی توسط پرستار بخش به پزشک دورنویس شده و توسط پزشک پس از درج نام و نام خانوادگی و تاریخ امضاء می‌شود و سپس به پرستار دورنویس می‌شود.

۳) با توجه به اینکه فقدان اطلاعات کافی مرتبط به مشخصات بیمار از عوامل خطرزا در وقوع حوادث دیده وری^{۱۶} دارویی می‌باشد، لذا ضروریست

اطلاعات کافی و مناسب از بیمار، شامل تاریخچه صحیح دارویی و داروهای کنونی مورد مصرف بیمار ایجاد و بمنظور تأمین تداوم مراقبت

مناسب در دسترس کارکنان خدمات بهداشتی درمانی که در فرآیند تجویز داروهای بیمار دخالت دارند، قرار گیرد. حداقل این اطلاعات به

شرح ذیل می‌باشد:

- سن بیمار
- جنس بیمار
- داروهایی که در حال حاضر مورد مصرف بیمار است .
- تشخیص بیمار ، بیماریهای همراه^{۱۷} و وضعیت کنونی بیمار .
- نتایج مرتبط به تست های آزمایشگاهی .
- وجود هر گونه آلرژی و سابقه حساسیت های قبلی در بیمار.
- وزن و قد .
- حاملگی و وضعیت شیر دهی بیمار در صورت نیاز .
- سایر اطلاعات الزام شده توسط بیمارستان جهت تجویز ایمن داروها .

(۴) نسخه پزشک واجد یل است :

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تشخیص بیمار
- تاریخ و زمان تجویز دارو
- نام کامل دارو، دوز ، راه تجویز ، طول مدت تجویز دارو

۵) از بکار گیری اختصارات در تجویز دارو اجتناب نمائید .

۶) نسخه پزشک جهت تجویز داروهای تزریقی باید شامل موارد ذیل باشد :

- نام و نام خانوادگی بیمار
- امضاء و نام و نام خانوادگی پزشک معالج به صورت خوانا
- نام کامل ژنریک داروی مورد تجویز
- دوز و دفعات تجویز دارو (با کسب اطمینان از اینکه شاخص هایی نظیر وزن بیمار و نتایج تست های اخیر آزمایشگاهی بیمار در تجویز دارو مد نظر واقع شده اند) .
- تاریخ و زمان و راه تزریق
- حساسیت بیمار نسبت به هر گونه دارو

۷) در صورت نیاز نسخه دارویی موارد ذیل را نیز ضروریست شامل گردد :

- نام تجاری و فرمولاسیون دارو
- غلظت و میزان کلی دارو در سرنگ و یا محلول دارویی نهایی آماده انفوزیون برای بیمار
- نام و حجم حلال و محلول انفوزیون
- میزان و طول مدت تجویز
- زمان انقضای محلول نهایی

• سن و وزن بیماران کمتر از ۱۶ سال

• تاریخ بازنگری دستور دارویی (تاریخ و زمان قطع)

• دستور پزشک به منظور پایش تعادل مایعات و یا پایش بالینی بیمار

۸) بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته دارویی الزامیست بیمارستان دارای لیست داروهای پر خطر و اکنشهای متقابل دارویی خطرناک باشد.

۹) هر گونه داروی تجویز شده جهت بیماران ضروریست با این لیست مطابقت داده شود.

۱۰) بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته دارویی الزامیست بیمارستان دارای پروتوکل تأیید شده پایش آزمایشگاهی داروهای خاص باشد

۱۱) در بیمارستان خط مشی و ضوابط مرتبط به موارد ذیل ضروریست موجود باشد:

• انقضاء/توقف دستور پزشک

• اشتباهات دارویی

• عوارض ناخواسته دارویی

• پایش /مانیتورینگ آزمایشگاهی

• داروهای ضد انعقادی

• خود درمانی

• اختصارات

• لیست داروهای پر خطر

۱۲) قبل از تجویز به بیمار پرستار مسئول شیفت/سر پرستار و نیز قبل از پیچیدن نسخه پزشک داروساز مسئول داروخانه بیمارستان نسخه پزشکی را به

لحاظ هر گونه ابهام منجمله ناخوانا بودن دستنویس، کامل نبودن دستور دارویی و یا هر گونه سؤال بررسی و رفع می نماید.

۱۳) ضروریست کادر درمانی را در خصوص امکان بروز اشتباهات/وقایع ناخواسته دارویی در ارتباط با تشخیص نادرست داروها ضمن شنیدن و یا

خواندن نام داروها هشیار نمائید.

۱۴) به منظور دادن داروی صحیح به بیمار اقدامات ذیل را رعایت نمائید:

۱۴-۱) در هنگام دادن اولین دوز داروی جدید به بیمار بمنظور کسب اطمینان از صحت داروی مندرج در کارت دارویی/کاردکس دارویی، الزامیست

دارو را با دستور دارویی بیمار کنترل کنید.

۱۴-۲) برچسب دارویی را در سه مرحله ذیل با دستور دارویی بیمار مندرج در کاردکس، کارت دارویی کنترل نمائید.

- در زمان برداشتن دارو از قفسه دارویی و چیدن و آماده نمودن دارو

- قبل از دادن دارو به بیمار

- در بالین بیمار در هنگام دادن دارو به بیمار.

۱۵) با استفاده از حداقل دو روش ذیل بصورت تزامن بیمار صحیح را شناسایی نمائید:

- پرسش نام و نام خانوادگی از بیمار

- باند شناسایی بیمار

- شناسایی توسط کادر درمانی

۱۶) یادآوری می شود هیچگاه از شماره تخت و شماره اتاق برای شناسایی بیمار استفاده نشود.

۱۷) رعایت استانداردهای ذیل بمنظور اطمینان از تجویز داروی صحیح به بیمار صحیح ضروری است :

۱۷-۱) آماده نمودن دارو برای تزریق

۱۷-۱-۱) نسخه دارویی را با مشخصات بیمار کنترل نمائید .

۱۷-۱-۲) دارو را در اتاق درمان بخش که تمیز و خلوت و بدون مزاحمت است ، آماده نمائید .

۱۷-۱-۳) بمنظور رعایت موازین کنترل عفونت آمپول / ویال تزریق ، سرنگ ها ، حلال استریل ، سوآب پنبه آغشته به الکل ۷۰٪ و دستکش یکبار

مصرف را در یک سینی تمیز و مخصوص دارو قرار دهید .

۱۷-۱-۴) تاریخ انقضاء دارو، شفافیت ، وجود کریستال و یا هر گونه آسیب به جداره ویال / آمپول دارو یا بسته بندی آنها ، شرایط نگهداری قبلی

دارو(برای مثال خارج از یخچال) را کنترل نمائید .

۱۷-۲) برچسب داروها را با دقت مطالعه نمائید تا از اشتباه در داروهای مشابه پیشگیری شود

۱۷-۳) فرمولاسیون، دوز ، نوع حلال استریل ، مایع انفوزیون و سرعت تجویز را با اطلاعات مندرج بر روی برچسب ویال / آمپول به جهت وجود هر گونه

مغایرتی کنترل کنید .

۱۷-۴) از بیمار به لحاظ وجود هر گونه آلرژی و حساسیت شناخته شده دارویی سؤال نمائید .

۱۷-۵) در صورتی که داروی مورد تجویز در لیست داروهای پرخطر بیمارستان قرار دارد حجم محلول دارو جهت دوز تجویزی را محاسبه نمائید . مورد

محاسبه شده را نوشته و از یکی دیگر از همکاران واجد شرایط خود درخواست نمائید که آن را محاسبه نماید .

۱۷-۵) برای دارو برچسب تهیه نمائید .

۱۷-۶) برچسب دارو شامل مشخصات ذیل است :

- نام دارو
- دوز دارو
- راه تجویز
- حلال و حجم نهایی
- نام بیمار
- تاریخ و زمان انقضاء
- نام پرستار تهیه کننده دارو

(۱۷-۷) دستها را شسته و یا با به روش hand rub تمیز نمائید .

(۱۷-۸) دستکش یکبار مصرف را بدست نمائید .

(۱۷-۹) با استفاده از سوآب پنبه آغشته به الکل ۷۰٪ سطح سینی را تمیز نمائید و سپس وسایل را مرتب در داخل آن بچینید .

(۱۷-۱۰) در صورتی که محتوی ویال دارویی بصورت پودر می باشد ، بعنوان حلال از آمپول های حاوی (water for injections or)

۰.۹٪ sodium chloride آب مقطر به اندازه مورد نیاز استفاده کنید .

(۱۸-۱۰) از استفاده از سرم های فیزیولوژی نیم یا یک لیتری بعنوان حلال پرهیزید .

(۱۷-۱۱) در صورتی که ویال / آمپول دارویی بصورت سوسپانسیون است جهت مخلوط شدن کامل ، قبل از کشیدن محتوی آن بداخل سرنگ

آمپول / ویال را به آرامی تکان بدهید .

(۱۷-۱۲) جهت تزریق به بیمار بعد از هواگیری سرنگ سر سوزن را عوض کنید .

۱۳-۱۷) در صورتی که برای تزریق به بیمار نیاز است دارو به سرم اضافه شود و حجم دارویی که به سرم اضافه می شود بیش از ۱۰٪ مقدار مایع

اولیه سرم است (۵۰ میلی لیتر در مورد سرم نیم لیتری و ۱۰۰ میلی لیتر در مورد یک سرم یک لیتری) قبل از اضافه نمودن دارو به سرم

ضروریست مطابق با حجم داروی مورد نظر توسط یک سرنگ و سر سوزن استریل مایع از سرم تخلیه شود .

۱۴-۱۷) برچسب تهیه شده دارو و یا سرم دارویی را بچسبانید .(بطور اکید الزامیست که هیچگاه داروی کشیده شده در سرنگ و یا محلول

سرم دارویی آماده برای انفوزیون را بدون برچسب دارویی صحیح رها ننمائید .)

۱۸-۱۷) دارو را از وسط سر سرم بداخل سرم تزریق نمائید .پس از خروج سر سوزن ظرف سرم را حداقل ۵ بار به آرامی معکوس نمائید تا از

مخلوط شدن کامل دارو مطمئن شوید .

۱۹-۱۷) اکیداً یادآوری می شود در صورتی که چندین دارو آماده تزریق می باشد و یا بر حسب مقررات بیمارستان فاصله زمانی بین آماده نمودن

و تزریق دارو مجاز است که موجود باشد ، ضروریست محلولهای انفوزیون و سرنگ های حاوی محلول دارویی دارای برچسب مناسب

باشند .

۲۰-۱۷) از آنجا که مخلوط شدن کامل دارو با سرم در حال انفوزیون به بیمار ممکن نیست از اضافه نمودن هر گونه دارویی به سرم آویزان و متصل به

بیمار جداً اجتناب نمائید .در صورت ضرورت فقط اضافه نمودن دارو به سرمهای شیشه ای^{۱۸} ممکن است .

۲۱-۱۷) در صورتی که قصد دارید دارویی را به سرمهای شیشه ای در حال انفوزیون اضافه نمائید ، جریان سرم را قطع نموده و پس از اضافه نمودن دارو

به سرم ، ظرف سرم را با ملایمت تکان دهید تا کاملاً دارو با آن مخلوط شده . محلول را از لحاظ هر گونه کدورت ، تغییر رنگ غیر مرتبط و وجود ذرات

جامد بررسی نمائید .بر روی آن برچسب دارو را بزنید .

۲۲-۱۷) قبل از تجویز دارو به بیمار موارد ذیل را کنترل نمائید :

- نام ، نام خانوادگی و در صورت نیاز نام پدر بیمار

- امضاء پزشک معالج

- نام ژنریک دارو

- دوز و دفعات تجویز دارو

- تاریخ و راه تجویز دارو

- بررسی بیمار از نظر وجود آلرژی

۲۳-۱۷) در صورت نیاز موارد ذیل را نیز کنترل نمایید :

- نام تجاری و فرمولاسیون دارو

- غلظت و میزان کلی دارو در سرنگ و یا محلول دارویی نهایی آماده انفوزیون برای بیمار

- نام و حجم حلال و محلول انفوزیون

- میزان و طول مدت تجویز

- زمان انقضاء محلول نهایی

- سن و وزن بیمار از کمتر از ۱۶ سال

- تاریخ بازنگری دستور دارویی

۱۷-۲۴) قبل از تجویز داروبه بیمار کلیه وسایل و موارد مورد نیاز را در دسترس قرار دهید (منجمله در صورت نیاز آب مقطربرای شستشوی داخل

عروقی^{۱۹} محل تزریق)

۱۷-۲۵) در هنگام تجویز داروی وریدی از سلامت و کارآیی مناسب وسیله داخل عروقی کسب اطمینان حاصل نمائید و فوراً قبل و بعد از تزریق

وریدی داروو یا ما بین تزریق دو داروی وریدی اقدام به شستشوی رگ با استفاده از آب مقطر نمائید.

۱۷-۲۶) واکنشهای ناخواسته به مایعات و یا داروهای تجویز وریدی شامل شوک نروژنیک، آنافیلاکتیک و هیپولمیک ، کاردیوژنیک و سپتیک

و یا بروز آلرژی می باشد.

۱۷-۲۷) بروز هر گونه واکنش ناخواسته دارویی را در پرونده بیمار ثبت کنید .

۱۷-۲۸) بعد از اتمام تزریق وسایل مصرف شده را بصورت مناسب دفع کنید . یاد آوری می شود هرگز از یک آمپول و یا ویال دو بار استفاده

نمائید مگر در صورتی که در برچسب کارخانه سازنده دارو قید شده باشد .

۱۷-۲۹) موضع ورود آنژیوکت را از نظر وجود علائم نشت ، عفونت و التهاب بررسی نمائید . سرم قبلی و یا قطع شده بیمار را مجدداً وصل

و بر اساس دستور پزشک تنظیم قطره نمائید .

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون :

۱) انتقال صحیح خون در بیماران شامل زنجیره ای از فرآیندهای مختلف : اخذ نمونه خون وریدی ، آماده نمودن گیرنده خون ، انتقال واحد خونی

و یا فرآورده های خونی از بانک خون به بخش ، آمادگی خون و یا فرآورده های خونی برای انتقال و تجویز واحد خونی و یا فرآورده خونی

به بیمار می باشد .

۲) به منظور کسب اطمینان از دانش و صلاحیت حرفه ای جهت انجام صحیح انتقال به بیمار صحیح، کادر درمانی واجد شرایط برای تجویز خون و یا فرآورده های خونی به بیماران مشتمل بر کادر پرستاری (پرستاران فوق دیپلم یا بالاتر که دوره آموزش توجیهی را گذرانده باشند)، ماماها و پزشکان می باشند.

۳) فرآورده های خونی شامل RBC^{۲۰}، FFP^{۲۱}، PLAT^{۲۲}، HAS^{۲۳} می باشد.

۴) اولین مرحله از انتقال خون به بیماران اخذ نمونه خون وریدی است در زمان اخذ نمونه خون وریدی ضروریست در بالین بیمار بر روی شیشه آزمایش حاوی نمونه خون بیمار پس از تأیید کلامی بیمار، مشخصات او شامل نام، نام خانوادگی، نام پدر و شماره تخت و نام بخش نوشته شود.

۵) کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب حاوی اطلاعات ناقص بیمار لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت دهند.

۶) انتقال خون با توجه به دستور کتبی پزشک معالج و پس از اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از بیمار صورت می گیرد.

۷) الزامیست نسخه بیمار شامل موارد ذیل گردد:

- نوع و تعداد واحد خون و یا فرآورده خونی مورد لزوم.

- در صورت ضرورت، تجویز دارو قبل از انتقال، بمنظور پیشگیری از واکنشهای حین انتقال.

۸) از ذخیره خون در یخچال مخصوص دارو و یا یخچالهای خانگی پرهیزید.

۹) در صورتی که پیش بینی می شود که واحد گلوبول فشرده و یا خون کامل سریعاً به بیمار انتقال می شود، توصیه می گردد که از یخچال بانک

خون خارج شود، این موارد حداکثر بعد از گذشت ۳۰ دقیقه قابل برگشت به یخچال بانک خون می باشد.

۱۰) به لحاظ رعایت موازین کنترل عفونت در صورت نیاز الزامیست پرستار ضمن انتقال خون از وسایل حفاظت فردی (نظیر محافظ چشم و یا

عینک) استفاده نماید.

۱۱) رعایت بهداشت دست با استفاده از محلولهای ضد عفونی با بنیان الکلی و یا شستشوی دستها قبل، حین و بعد از اتمام پروسیجر ضروریست.

۱۲) دفع بهداشتی و مناسب سر سوزن و آنژیوکت و سایر پسماندهای آلوده به خون ضروریست.

۱۳) در زمان انتقال خون بیمار را مورد مشاهده و کنترل مراقبتی قرار دهید و در صورت مواجهه با هر گونه مشکلی از دسترسی بیمار به زنگ اخبار

جهت اطلاع به پرستاران مطمئن شوید.

۱۴) با توجه به وقوع اتفاقات ناخواسته احتمالی ضمن انتقال خون (انتقال فرآورده های خونی اشتباه، واکنشهای ایمنولوژیک و انتقال عفونتهای

خونی) انجام موارد ذیل بمنظور شناسایی دقیق بیمار گیرنده خون توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت به صورت منفک از یکدیگر

ضروریست:

۱۵) با توجه به اینکه عدم چک واحد خونی در بالین بیمار، ناخوانا بودن نسخه و یا سایر دست نوشته های مرتبط به مشخصات واحد خونی،

کمبود وقت، حجم زیاد کار و هر گونه تداخل کاری در حین انتقال و یا مداخلات پرستاری و مراقبتی قبل از آن از جمله عوامل مؤثر در

بروز حوادث و واکنشهای ناخواسته خونی محسوب می شوند لذا ضروریست مشخصات واحد خونی بر اساس باند شناسایی در بالین بیمار چک

شود.

۱۶) بمنظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود، ضروریست پرستار قبل از انتقال خون از بیمار درخواست نماید که نام

و نام خانوادگی و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد.

۱۷) در صورتی که بیمار بیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد، پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهد.

۱۸) بیاد داشته باشید بمنظور انتقال در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن باند شناسایی مچ بند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد.

۱۹) ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل

- نام پدر بیمار

- تاریخ تولد

- شماره پرونده بیمار

۲۰) شماره و گروه خونی مندرج بر روی برچسب واحد خون با مشخصات کیسه حاوی خون مطابقت دهید.

۲۱) گروه خونی و Rh نوشته شده بر روی برچسب کیسه خون

۲۲) نوع فرآورده خونی و تاریخ انقضای موجود روی برچسب واحد خون

۲۳) کیسه خون و یا فرآورده خونی را به لحاظ علایم هر گونه آسیب و صدمه، تغییر رنگ، همولیز و یا نشسته و یا لخته بررسی نمایید.

۲۴) نکات مورد بررسی را با امضاء دو پرستار در پرونده بیمار ثبت کنید.

۲۵) علائم حیاتی پایه بیمار شامل تعداد نبض، تنفس بیمار در دقیقه و میزان فشار خون و درجه حرارت را قبل از شروع انتقال کنترل نمایید

۲۶) راه وریدی بیمار را بررسی نمایید و در صورت نیاز یک راه وریدی جدید باز نمایید.

۲۷) با استفاده از یک ست انتقال Y شکل (اکثراً قابل استفاده در پلاسما فرزیس و تعویض خون) که یک سر آن پس از هواگیری وارد یک

سرم فیزیولوژی شده و سر دیگر آن وارد کیسه خون شده است، انتقال خون را انجام دهید و یا در صورت عدم دسترسی به ست مزبور برای

بیمار قبل از انتقال خون راه وریدی دیگری باز کرده و ست سرم را بعد از داخل نمودن به سرم فیزیولوژی هواگیری نموده و به مدخل راه

وریدی متصل نمایید.

۲۸) در ۱۵ دقیقه اول علائم حیاتی مددجو را هر ۵ دقیقه یکبار کنترل و ثبت نمایید. مددجو را از نظر لرز، درد پشت، سردرد، تهوع، استفراغ،

تاکی کاردی، هیپوتانسیون، تاکی پنه و بشورات جلدی کنترل نمایید.

۲۹) انتقال را به مدت ۱۵ دقیقه بصورت آهسته انجام دهید (به میزان ۱۰ قطره در دقیقه).

۳۰) در صورتی که با گذشت ۱۵ دقیقه از شروع انتقال واکنشهای ناخواسته مشاهده نشد مطابق با دستور پزشک جریان انتقال را تنظیم نمایید

۳۱) با توجه به اینکه نگهداری واحد خون خارج از دمای یخچال بانک خون در بخش جهت انتقال به بیمار بیش از ۴ ساعت مجاز نمی باشد و

نگهداری پلاکت و FFP بیش از نیم ساعت مجاز نیست، انتقال خون و پلاکت را در محدوده زمانی مطمئن یاد شده انجام دهید.

۳۲) گلوبول خونی حداکثر ظرف ۲ ساعت ضروریست انتقال شود مگر اینکه بیمار در معرض افزایش بار قلبی عروقی باشد.

۳۳) در صورت مشاهده واکنش های ناخواسته خفیف (بشورات جلدی و یا افزایش درجه حرارت به میزان کمتر از ۱/۵ درجه نسبت به درجه

حرارت پایه)، جریان خون را آهسته تر نمایید و مشاهده و کنترل بیمار را افزایش دهید.

۳۴) در صورتی که بعد از تجویز پاراستامول درجه حرارت بیمار رو به افزایش بود، با احتمال بروز واکنش شدید جریان خون را قطع کرده و پس

از باز نمودن جریان سرم فیزیولوژی به پزشک سریعاً اطلاع دهید (در خصوص گرفتن نمونه خون وادرار از بیمار و یا اطلاع به بانک خون

مطابق مقررات سازمان عمل نمائید).

۳۵) علایم حیاتی بیمار را تا پایان فرآیند هر ۱۵ دقیقه یکبار بگیریید.

۳۶) پس از اتمام انتقال علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت نمائید.

۳۷) تاریخ و زمان انتقال خون به ویژه زمان شروع و خاتمه واحد خون و یا فرآورده خونی را کامل، صحیح و خوانا در پرونده بیمار ثبت نمائید.

۳۸) با توجه به اینکه پلاکت گروه "O" منجر به واکنش حاد همولیتیک می شوند، لذا به عنوان استوک نباید توسط بیمارستانها ذخیره شوند و

پیشنهاد می شود به عنوان آخرین راهکار برای بیمارانی که گروه خونی "O" ندارند استفاده شوند.

۳۹) الزامیست درخواستهای تلفنی انتقال خون با اخذ اطلاعات ذیل و به صورت بسیار محدود انجام شوند:

• نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده

۴۰) ضروریست ضوابط و مقررات مکتوب و مدون در ارتباط با استفاده از گروه خونی O RhD+ و RhD- در بیمارستانهای تخصصی و بخشهای

بستری کودکان موجود باشد.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه:

بیش از ۷۰٪ اطلاعاتی که جهت تشخیص و درمان بیماران توسط پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد، اطلاعات آزمایشگاهی است، لذا اطمینان از صحت

شناسایی نمونه ها و بیماران در آزمایشگاه از اهم موضوعات در حیطه اشتباهات و وقایع ناخواسته پزشکی محسوب می شود. برچسب اشتباه نمونه ها در

آزمایشگاه منجر به صدمات و آسیب های متعددی می شود منجمله اینکه از دو بیماری که تشخیص و درمان آنان بر اساس اطلاعات اشتباه بوده است ،

هر دو بیمار درمان صحیح را دریافت نمی کنند. این امر در بسیاری از موارد منجر به عواقب شدیدی برای بیماران حتی مرگ آنان می شود .

(۱) الزامیست در آزمایشگاه خط مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نامگذاری و اداره نمونه های خونی و سایر نمونه ها موجود باشد

که عملکرد کادر درمانی ، خدماتی و دفتری را در هنگام بروز وقایع و اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه تشریح نماید .

(۲) در هنگام بروز وقایع و اتفاقات ناخواسته در آزمایشگاه ضروریست فرآیند اشتباه مشخص شود و کادر متخصص مسئول توجیه گردد تا از بروز

موارد مشابه پیشگیری شود .

(۳) برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار یا مددجو، تاریخ نمونه گیری و نام آزمایشات مورد درخواست باشند

(۴) الزامیست برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.

(۵) برگه درخواست آزمایشات بایستی در قبال نام و نام خانوادگی بیمار کنترل شود و پس از کسب اطمینان از نوع آزمایشات درخواستی برچسب

مشخصات بیمار به لوله/ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیشگیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه

گیری اجتناب شود.

(۶) برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری بچسبانید.

(۷) در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها ، بهتر است که نمونه گیری مجدد انجام شود و فرآیندی که منجر به اشتباه شده

است بررسی گردد.



ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

communication during patient hand-overs

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحد های مختلف

(از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

• ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد.)

• ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و

• ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.

• ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است.

• پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی و پمفیلت اصول ومقررات بیمارستان که شامل منشور

حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.

به همین منظور از پرستار انتظار می رود آگاهی و مهارت کافی در برقراری ارتباط موثر داشته و موارد ذیل را رعایت نماید:

۱- نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.

۲- در برقراری ارتباط با بیمار، به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.

۳- در حین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و...) بطور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید، و از تبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) بطور کامل و صحیح مطمئن گردد.

۴- هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام می دهد، بصورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار/ خانواده توضیح دهد، و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.

۵- در برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته، و حریم بیمار را حفظ نماید.

۶- به اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار آگاه بوده، و از افشای اطلاعات خصوصی بیمار خودداری کند.

۷- در هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، با همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.

۸- اطمینان یابد که عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی، برای بیمار فراهم شده است.

۹- از دسترسی کافی بیماران غیر فارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبت های پرستاری اطمینان یابد.

۱۰- از دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص، از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی، به خدمات مورد نیاز درمانی/ مراقبتی اطمینان حاصل نماید.

۱۱- توجه کافی، به هنگام و عادلانه ای، به شکایات و خواسته های بیمار داشته باشد.

۱۲- در برخورد با رفتار های ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و موثری را اتخاذ نماید.

۱۳- ضمن برقراری ارتباط موثر درمانی با بیمار، به سیاستها و دستورالعمل های

رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه ای، خصومت، تحمیل ارزشهای خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.

راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.

- آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار، پانل، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد.
- تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها، گاید لاینها و یا سیاست گذاریهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.
- تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.
- نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزر های محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.
- استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشاندهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی، انجام پذیرد.
- تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.
- استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.

تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

مقدمه

تحويل مراقبت اقدامات درمانی بیمارانی^۱ از یک تیم / فرد مسئول درمان به تیم . فرد دیگر یکی از مخاطره آمیزترین روش های اجرایی^۲ در درمان است که اگر به خوبی صورت نپذیرد می تواند متممضمّن عواقب بالقوه خطرناکی برای بیمارانی تیم ارائه کننده خدمات سلامت و سازمان باشد در یک دوره بیماری یا مراقبتی بیمار می تواند به صورت بالقوه از تعداد کثیری از کارکنان و متخصصان خدمات سلامت در سطوح مختلف خدمات منجمله سطح اول ، دوم و سوم در زمان مراجعه به درمانگاه تخصصی ، اورژانسی ، جراحی یا مراقبت های ویژه خدمات دریافت نماید به علاوه بیمارانی بستری در طی شبانه روز در سه شیفت از کادری به کادری دیگر و از تیمی به تیم دیگر تحويل می گردند در صورتی که برقراری ارتباط بین اعضای یک تیم یا تیم های مختلف خدمات سلامت به خوبی انجام نگیرد و اطلاعات کامل و صحیح مرتبط به بیمارانی تبادل نگردد خطرات جدی بر بیمارانی تحمیل و این امر باعث عدم تداوم محور درمان درمان نامناسب یا آسیب بالقوه به بیمارانی می شود بنابراین می توان اذعان داشت که عدم تحويل مناسب بیمارانی یکی از چالش های تداوم اطلاعات محسوب می شود که خود بر اثر عوامل کلیدی ذیل حادث می شود.

۱- افزایش تعداد بیمارانی که تحت مراقبت یک تیم سلامت می باشند

۲- میزان تکرار موقعیت هایی که منجر به تغییر مشاور بیمارانی می شود.

۳- میزان تکرار جابجایی بیمارانی بین بخش ها و واحدهای مختلف (گاهی حتی بدون اطلاع پزشک معالج)

۴- مشارکت تیم های تخصصی متعدد در فرآیند درمان و مراقبت بیمارانی

تداوم درمان مبتنی بر تداوم اطلاعات می باشد هدف اولیه در تحویل بیمار ، انتقال اطلاعات بالینی بیمار در زمان انتقال مسئولیت به فرد یا تیم دیگر ارائه کننده خدمات سلامت است کار شیفی بر انتقال اثر بخش اطلاعات به منظور حفظ ایمنی بیمار اتکاء دارد. عدم تداوم اطلاعات احتمال خطر در عدم تداوم درمان و ایمنی بیمار را مطرح می نماید.

در بررسی علل ریشه ای حوادث ناگوار گزارش شده به کمیسیون مشترک ایالات متحده امریکا در سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۶ نارسایی و نقص ارتباطی از مهم ترین عوامل بوده است. ۱۱ درصد از ۲۵۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ مورد اتفاقات ناخواسته قابل اجتناب که منجر به معلولیت دائمی در

استرالیا گردید ناشی از مشکلات و معطلات برقرار یارتباط صحیح بوده است برخی از مطالعات ۷۰ تا ۸۰ درصد اتفاقات ناخواسته را ناشی از مشکلات تعاملات بین فردی دانسته اند.

ضرورت تحویل بیماران:

۱- الزام تداوم اطلاعات برای ایمنی بیماران

۲- الزام تحویل جامع و دقیق ، با توجه به شیفی بودن کار بیمارستانها و تعدد کارکنانی که از بیماران مراقبت می کنند برقراری ارتباطات در حین

تحویل بیماران شامل تبادل و انتقال اطلاعات از یک ارائه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران) از یک تیم ارائه کننده به

تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاری) از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی تخصصی

یا از کارکنان خدمات سلامت به بیمار مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل می شود.

از مهم ترین فواید تحویل استاندارد بیماران می توان موارد ذیل را نام برد:

۱- حفظ ایمنی بیماران: لغزش و خطا با تحویل مطلوب بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش مرگ و معلولیت ها می شود.

۲- تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت - بیماری

۳- کاهش موارد تکراری: اجتناب از پرسش های تکراری

۴- افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات سلامت

۵- استاندارد سازی تحویل شیفت که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رسانیدن زمان سپری شده کادر بالینی دور از بالین بیمار میشود.

اصول و ضوابط تحویل بیماران:

به منظور تضمین ایمنی بیمار، با حضور کلیه اعضاء تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود.

۱- پزشکان ارشد بیماران بدحال و ناپایدار را بهتر می شناسند.

۲- بایستی اعضاء کم سابقه تیم نسبت به نگرانی همتایان خود در شیفت قبلی به خوبی آگاه شوند.

۳- بایستی مراقبت ها و درمان هایی که هنوز انجام نشده اند به تیم بعدی تفهیم شوند.

در خاتمه اگر موارد ذیل شفاف نشوند تحویل بیماران حائز ارزش زیادی نمی باشد:

۱- اولویت بندی اقدامات درمانی که بایستی برای بیمار انجام شود.

۲- طرح درمانی آتی بیمار بایستی نوشته

۳- بیماران ناپایدار بایستی بررسی شوند.

مهم ترین اصل در تحویل دقیق صحیح و مناسب بیماران تبدیل تداوم انفرادی الگوی سنتی کاری مبتنی بر آنکالی پزشکان به تداوم سیستمی الگوی کاری

مبتنی بر تداوم تبادل اطلاعات و دانش صحیح بین تمامی اعضاء تیم چند تخصصی می باشد.

دستیابی به تداوم سیستمی نیازمند:

- ۱- زمان بندی برنامه برای ملاقات اعضای تیم با یکدیگر به منظور تبادل اطلاعات و شفاق سازی مسئولیت و ارائه مراقبت مستمر و انجام فعالیت های برجسته می باشد.
- ۲- دسترسی به خلاصه و طرح های درمانی به روز تمامی بیمارانی که تحت نظر تیم می باشند.
- ۳- تثبیت سیستمی به منظور شناسایی و تماس با پزشک معالج بیمار در هر زمان یا موقعیت
- ۴- تداوم سیستمی تغییرات عمده در فرهنگ و سازمان بندی پزشکان در تمامی درجات و رشته ها و درک از مفهوم تداوم سیستمی و فردی با پشتیبانی آموزش و تعلیم ضروری است.

الزامات تحویل مناسب بیماران:

تحویل مطلوب نیازمند اسنجام و سازمان دهی کار سازمان و کلیه کارکنان بالینی و در مواردی پشتیبان است .

- ۱- شیفت ها بایستی هماهنگ شوند.
- ۲- زمان لازم بایستی اختصاص داده شود.
- ۳- رهبری فرآیند بایستی شفاف باشد.
- ۴- تحویل بیماران بایستی توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب پشتیبانی شود.
- ۵- برای اجرایی شدن تحویل مناسب بیماران بیمارستان بایستی واجد خط مشی اختصاصی در زمینه تحویل بیماران ، (با دیدگاه مدیریتی پزشکان در تمامی رده ها و تیم چند تخصصی ارائه کننده خدمات سلامت) باشند.
- ۶- در ارتباط با شیفت شب (حضور کادر در رده های مختلف از تخصص ها و فوق تخصص های مختلف ، مسئول پرستاری شیفت

شب در کل بیمارستان)

۷- در ارتباط با شیفت روز حضور پزشکان ارشد کارکنان را از تصمیم گیری های متناسب سطوح مدیریتی و این که تحویل بیماران

بخش سازنده ای از آموزش پزشکی می باشد ، مطمئن می سازد.

۸- بایستی موارد اورژانس به منظور حضور سازنده کادر در زمان تحویل بیماران تعریف شود.

۹- هدایت کننده جلسات تحویل بیماران بایستی از وجود روش های اجرایی به منظور آشنا سازی اعضای جدید تیم سلامت با

یستم ها و جغرافیای بیمارستان مطمئن شود.

۱۰- جز در موارد اضطراری و اورژانس معین ، کارکنان در زمان تحویل بیماران مجاز به پاسخ به تلفن و یا زنگ احضار پرستار نمی

باشند.

۱۱- برای تمامی کادر زمان تحویل بیماران بایستی در شیفت کاری تنظیم شود.

۱۲- تحویل بیماران در شیفت صبح و در هنگام تغییر سایر شیفت های بیمارستانی الزامی است.

۱۳- تداخلاتی که درحین تحویل بیماران ممکن است رخ می دهد شامل موارد ذیل می باشد .

i. آلام های شنیداری

ii. تلفن ها

iii. حضور خویشاوندان بیمار

iv. حضور پرستاران

v. حضور سایر پزشکان

۱۵- نیاز به وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات : تکنیک های توجیهی وضعیتی نظیر فرآیند SBAR (وضعیت ، سوابق ، ارزیابی و توصیه ها) که می تواند چهارچوب ارتباطی استاندارد برای تحویل بیماران فراهم آورد.

۱۶- در هر زمان که ممکن است تحویل بیماران بین ارائه کنندگان خدمات سلامت ، شیفت ها یا بخشهای مختلف با حضور تیم های پرستاری و پزشکی صورت پذیرد و در این هنگام مدیریت فرآیند با ارشد ترین پزشک حاضر است.

۱۷- افزایش اثر بخشی فرآیند ارتباطی با ایجاد فرصت برای ارائه کنندگان خدمات جهت پرسش سوالات

۱۸- در برخی از موقعیتهای نظیر موارد ذیل در تبادل اطلاعات بایستی دقت ویژه ای انجام شود

۱) اعلام نتایج حیاتی آزمایشات آزمایشگاه

۲) عدم آگاهی دقیق از نام پزشک معالج بیماران توسط کادر بخش ها یا آزمایشگاه

۳) استفاده اشتباه از باند شناسایی بیماران برای بیمار دیگر

۱۹- بازخوانی مجدد به منظور اخذ تایید فرستنده پیام مبتنی بر صحت درک مطالب توسط گیرنده پیام

۲۰- راندهای چند تخصصی به منظور ارتقاء اثر بخشی ارتباطات و تبادل اطلاعات مهم مرتبط به درمان بیمار

۲۱- از آن جا که بیماران و خانواده شان عضو ثابت تیم سلامت محسوب می شوند مشارکت آنان در تضمین تداوم مراقبت / درمان نقش اساسی دارد.

۲۲- به لحاظ اهمیت انتقال کامل و صحیح اطلاعات اساسی مرتبط به بیمار و خانواده وی ترخیص بیمار از بیمارستان مرحله ای بسیار حیاتی است از آن

جا که انتقال اطلاعات در این مرحله بستگی به سواد سلامت بیمار دارد گاهی درگیری فعال و جلب مشارکت بیماران در این مرحله مشکل می باشد در

همین راستا بازخورد آموزش ها تکنیکی است که توسط ارائه کنندگان خدمات سلامت به منظور کسب اطمینان از درک صحیح بیمار از اطلاعات ارائه

شده انجام می شود.

اختصاص وقت کافی برای تبادل اطلاعات مهم و پرسش و پاسخ کارکنان بدون مزاحمت (بایستی بازخوانی مجدد و بازخورد آموزش ها قسمتی از این

فرآیند باشد).

ساعت کار کادر بالینی در شیفت های مختلف با یکدیگر هم پوشانی داشته به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض شیفت را فراهم آورد.

ارجح است فرآیند تحویل در بالین بیماران صورت گیرد.

اطلاعات تبادل شده در تحویل بیماران بایستی ثبت شود.

حضور کادر بالینی موظف شیفت در تحویل بیماران اجباری است.

ارائه اطلاعات درباره وضعیت ، داروها، برنامه درمان و هرگونه تغییر مهم شرایط بیمار.

اطلاعات کلیدی که بایستی در زمان ترخیص به بیمار یا ارائه کننده بعدی خدمات سلامت انتقال یابد .

شامل:

تشخیص بیمار حین ترخیص

تشخیص قطعی بیمار

وضعیت کنونی بیمار شامل داروها و برنامه های درمانی

تغییرات اخیر در شرایط بیمار

نتایج آزمایشات

تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید.

ادغام آموزش برقراری ارتباط موثر در حین تحویل بیماران در برنامه آموزش های مستمر و آموزش بدو ورود کارکنان



performance of correct procedure at correct body site

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین خط مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

۱

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

به عنوان یک خط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می باشد.

در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی - قیومیت - لازم می باشد.

لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد.

گام دوم - تأیید هویت بیمار:

۲

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد.

از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» میگردد.

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل:

• **نام کامل بیمار و تاریخ تولد**

(لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید.)

• **نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.**

• **دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر**

• **نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر**

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گاهها " بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً " که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری ، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای . تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله: LP ، B.M.A و ... هم قرار گیرند.

لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد.

گام سوم- علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:

۳

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود. سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری - بنا به صلاحدید - واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری ، کاملاً در زمینه بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد

اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد. در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شخص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است .

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل :

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکار های ذیل الزامیست:

- محل مورد نظر انسزیزویون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.
- در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند.
- همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختار های چندگانه (از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.
- علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (*drapping*) هم چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.
- علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم چنان برای کلیه ی اعضای تیم درمانی قابل رؤیت باشد.
- علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.
- جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.
- نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

- همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.
- در واحد های تصویر برداری، اعضاء تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصاویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.
- در صورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح - بیمار صحیح می باشند.
- به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبه بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرتوس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت امکان) استفاده شود. بعد از انجام رویه علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

- مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل:

(کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپینال))

- پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (*Mid line*) از قبیل:

(نواحی *anal* و *perineal*، *umbilical*)

در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

- موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.

- موارد منفرد از قبیل: C/S (برش سزارین)، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورتوتومی.
 - در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد. (مثل: دندان)
 - در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.
 - در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.
 - در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)
 - در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل: MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)
 - در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.
- انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است.
- در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم موردنظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود.
- در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و هم چنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

گام چهارم - بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری

۴

پیش از عمل

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی - تیم جراحی - درگیر (شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند.

موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضای تیم درمان است.

بر اساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضای تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل آیت‌های زیر را بررسی نمایند.

- بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر
- بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)
- علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر.
- در دسترس بودن پروتزهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه دیگر.

بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد.

مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد

گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

۵

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار

صحیح می باشد.

فرآیندهای مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری :

- حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضای تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

- همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.

- از صحت بیمار صحیح- گزارش صحیح اطمینان یابند.

بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد.

در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد. و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.



کنترل غلظت محلول های الکترولیت



control of concentrated electrolyte solutions

یک مسئله متداول که در مورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود ، توزیع سهوی الکترولیتها است (برای مثال: پتاسیم کلراید با غلظت $meq/ml \times 2$ یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطا ها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورزویا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

- حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود
- داروهای مورد نظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود

- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- نحوه مصرف ورقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد
- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود



اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی آرایه خدمات

assuring medication accuracy at transitions in care

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار

- پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل امضا و مهر شود.
- می‌بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد حاکمیت بالینی بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

تلفیق دارویی فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسج اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می‌گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع تغییر یا دستور داروی جدید است این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم‌گیری برای دستور مناسب‌ترین دارو می‌نماید.

فرآیند تلفیق دارویی کار مشترک بیمار و ارائه کنندگان خدمت است. درگیر نمودن فعال و جلب مشارکت اثر بخش بیمار و خانواده در فرآیند تلفیق دارویی کلیدی‌ترین استراتژی برای کاستن خطاهای نسخه نویسی و تجویز دارویی و در نتیجه اجتناب از آسیب است. تلفیق دارویی فرصت‌هایی را برای بررسی و مرور داروهای بیمار در طی زمان که شرایط بیمار ممکن است تغییر نماید یا نسخ دارویی دیگری برای بیمار نوشته شود فراهم می‌آورد.

اصول عمومی

۱- تلفیق دارویی که فرآیند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیش گیری از حذف مصرف بیش از میزان دستور شده خطای مرتبط به دوزااز یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده ، نوع خدمت ، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود تلفیق دارویی شامل گام های ذیل است.

۲- ابعاد کامل ترین و صحیح ترین لیست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " که هم چنین لیست داروهای " خانگی " نیز نامیده می شود لیستی از تمامی داروهایی است که بیمار دریافت کمی نماید بایستی از صحت نام ، دوز ، دفعات مصرف ، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی بیمار مطمئن شد و در لیست به طور کامل درج نمود.

۳- مقایسه لیست مزبور در قبال دستورات دارویی بیمار در هنگام پذیرش انتقال یا ترخیص در زمان نوشتن دستورات دارویی

۴- شناسایی و توجه به نا همخوانی های احتمالی بین لیست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " بیمار و دستورات پزشک و رفع آن .

۵- به روز نمودن " بهترین تاریخچه دارویی ممکن (BPMH) با در نظر گرفتن دستورات جدید دارویی به نحوی که شامل تمامی داروهای مصرفی فعلی بیمار باشد.

۶- تحویل " بهترین تاریخچه دارویی ممکن (BPMH) به بیمار در زمان ترخیص یا به ارائه کننده خدمات بعدی در هنگام انتقال بیمار به بیمارستان یا سطح دیگری از خدمات سلامت .

۷- از وجود خط مشی و روش های اجرایی برای انجام تلفیق دارویی در هنگام پذیرش ، انتقال بین بخشی و بیمارستانی و ترخیص بیماران مطمئن گردید.

۸- به منظور اجرای موفق فرآیند تلفیق دارویی در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت مشارکت فعال تیم سلامت (پزشک ، پرستار و داروساز/داروساز بالینی) باتعین شفاف مسئولیت ها و وظایف هریک در زمینه همکاری مشترک سازمانی و جلوگیری از اتلاف وقت و منابع بسیار حائز اهمیت است.

۹- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار بایستی توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام شود.

۱۰- پزشک معالج بیمار، مسئول نسخه نویسی و دستور داروهای بیمار در هنگام پذیرش، انتقال (بین بخشی یا بین بیمارستانی) یا ترخیص بیمار می باشد مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن بیمار یا داروهای جدید براساس نسخه دارویی بایستی هم زمان توسط پزشک انجام شود.

a) شناسایی ناهمخوانی (هرگونه از قلم افتادگی، داروهای مشابه و تکراری، ناسازگاری های دارویی، خطاهای مرتبط به دوز دارویی و تداخلات بالقوه) بایستی توسط داروساز بالینی / داروساز و حذف آن توسط پزشک انجام شود.

۱۱- لیست داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند به شرح ذیل می باشد. بدیهی است اطلاعات مربوط به مواد غذایی بالقوه تداخل کننده نیز بایستی به صورت جداگانه اخذ شود.

a) داروهای نسخه شده

b) ویتامین ها

c) داروهای روش پیشخوان

d) مواد تشخیصی و کنتراست ها

e) تغذیه مکمل

f) فرآورده های خونی

۱۲- تنظیم فرم یکسان در بیمارستان به منظور انجام تلفیق دارویی و نگاهداری آن در پرونده بیماران

۱۳- در خصوص بیماران بستری قراردادن لیست داروهای فعلی بیمار در جایی کاملاً قابل مشاهده (مانند چارت بیمار) به نحوی که در زمان نوشتن نسخه دارویی بیمار قابل دسترسی باشد.

۱۴- در خصوص بیماران سرپایی (مراجعه کننده به درمانگاه بخش اورژانس یا در بدو پذیرش در بخش بستری) استفاده از لیست داروهای خانگی که نزد بیمار است به عنوان ریفرنس در زمان نسخه نویسی

۱۵- تعیین سطح واقعی تبعیت بیمار از دوز داروی نسخه شده

۱۶- انجام تلفیق دارویی در چهار چوب زمانی خاص:

۱۷- برای بیماران پذیرش شده تلفیق دارویی بایستی در ۲۴ ساعت اولیه پذیرش انجام شود.

۱۸- براساس خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان در زمان کوتاه تر برای تفاوت بالقوه جدی در دوز دارویی داروهای خطرناک

۱۹- برگزاری نشت های آموزشی مشترک برای تفهیم اهداف و ادغام این عنوان در برنامه آموزش ضمن خدمت کارکنان و بازآموزشی پزشکان

۲۰- از آنجا که بیمار یا خانواده آنان جزء ثابت تیم سلامت محسوب می شوند جلب مشارکت و درگیری فعال بیماران و خانواده آنان در فرآیند تلفیق دارویی کلیدی ترین استراتژی در اثر بخشی فرآیند تلفیق دارویی و کاهش خطاهای نسخه نویسی و تجویز دارویی و در نتیجه اجتناب از آسیب است .

۲۱- مفهوم تلفیق دارویی را از عناوین آموزش بیماران قرار دهید



avoiding catheter and tubing misconnections

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله‌ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله‌ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتل‌ها
- بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرار گیری در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سائز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

انواع کاتترها و لوله ها

لوله ورودی محیطی لوله متسع کننده کاف فشار سنج خودکار

کاترهای ورودی مرکزی کاترهای فولی

کاتر شریان نافی لوله نازوگاستریک

کاتر ورودی نافی لوله تغذیه معدوی دهانی

کاتر ورودی زیر پوستی کاترهای اپیدورال

کاترهای دیالیز پریتوان لوله سینه ای

لوله متسع کننده کاف تراکتوستومی راه های شریانی

اصول عمومی :

۱. به منظور اطمینان از اتصال صحیح، الزامی است ارائه دهندگان خدمت قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی مسیر لوله ها و کاتر ها را از منشاء

اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نمایند.

۲. کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتر ها را با توجه به کاربرد مختلف آنها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند این امر به ویژه در هنگام مراقبت از

نوزادان حائز اهمیت است.

۳. مسیر راه ورودی را جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام های تحتانی بیمار ثابت کنند. و در صورت لزوم بایستی از کارکنان

در مانی درخواست کمک نمایند .

۴. برچسب گذاری کاترهای پرخطر (برای مثال : کاترهای شریانی، اپیدورال و اینترا تکال) الزامی است.

۵. از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.

۶. از استفاده کاترهای شریانی اپیدورال و اینترا تکال با پورت تزریق اجتناب شود.

۷. به منظور تجویز دارو، از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.

۸. همیشه اتصالات لوله ها و کاترها را در نور کافی انجام دهید.

۹. در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله و کاتر ها فوراً به پرستار اطلاع دهید.

۱۰. فرایند استاندارد شده همخوانی راهها را بمنظور اطمینان از اتصالات لوله ها و کاتر ها و منشاء اولیه اتصال آنها به بدن بیمار به عنوان بخشی از

ارتباطات تحویل بیمار در حین تغییر نوبت کاری کارکنان بالینی و انتقال بین بخشی یا بیمارستانی قرار دهید.

۱۱. لوله ها و کاتر ها را کدبندی رنگی نکنید.

۱۲. در صورت خریداری کاتر و لوله های جدید به منظور شناسایی ریسک بالقوه اتصالات نادرست از روشهای مدیریت پیشگیرانه خطا برای مثال

FMEA (تحلیل حالات و اثرات شکست) استفاده نمایید.

۱۳. مخاطرات ناشی از اتصالات نادرست لوله ها و کاتر ها را در آموزش توجیهی بدو استخدام کارکنان بالینی جدید الورد و آموزش مستمر

کادر بالینی ادغام نمایید.

اقدامات پیشگیری:

۱. بایستی خط مشی و روشهای اجرایی در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به منظور استقرار استانداردهای الزامی موثر در پیشگیری از اتصال

نادرست لوله ها و کاتر ها در حال اجرا باشد.

۲. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتر ها در برنامه درسی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی ذیربط ادغام شود.

۳. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاترها در برنامه آموزش ضمن خدمت کادر بالینی ادغام شود.

۴. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاترها در برنامه آموزش بدو ورود کادر بالینی ادغام شود.

۵. مهارت آموزی در کادر ارائه کننده خدمات در بخشهای ویژه انجام شود.



استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات



single use of injection devices

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن ، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت - گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن الزامات می باشد انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

۱. استفاده از وسایل استریل.
۲. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
۳. از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.
۴. از آلودگی وسایل (سرنگ-سر سوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
۵. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
۶. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
۷. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
۸. هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.

۹. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۰. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
۱۱. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۲. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشوید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
۱۳. از تزریق به بیمار در نواحی نا سالم پوستی اجتناب نمایید.
۱۴. نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
۱۵. از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
۱۶. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشوید.
۱۷. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
۱۸. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.



improved hand hygiene to prevent health care-associated infection

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیزم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیزم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیزم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد. مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از :

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

• قبل و بعد از تماس با زخم

• پس از در آوردن دستکش ها از دست.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- روش Hand rub :

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید .

ب - روش صحیح شستن دست با آب و صابون :

• در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید .

• ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.

• با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید .

• دستها را کاملاً آبکشی نمائید .

• با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید .

• با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لانداری کثیف و یا در

صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید

اصول عمومی بهداشت دست

۱- در صورت کثیفی آشکار دست ها ۴ (کثیفی مشهود دستها با توجه به معیارهای فرهنگی ، قومی ، عوامل محیطی و اعتقادات مذهبی در هر کشوری از دنیا توجیه می شود) آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانسیم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل دست ها را با آب و صابودن بشویید.

۲- برای ضد عفونی معمول دستها در تمامی موقعیت های دیگر ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل مالش دست ها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی توصیه می شود.

A. قبل و بعد از تماس مستقیم بیماران.

b. بعد از درآوردن دستکش استریل یا غیر استریل

C. قبل از دست زدن به یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار (صرف نظر از پوشیدن دستکش)

d. بعد از تماس با مایعات یا ترشحات غشاء مخاطی پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم بیماران

e. در صورت احتمال تماس دست یا نواحی تمیز بدن بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن در حین مراقبت از یک بیمار

f. بعد از تماس با اشیاء یا سطوح بی جان محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)

۳- قبل از آماده سازی دارو و غذای بیماران بهداشت دست به روش شستشو با آب و صابون ساده یا آنتی میکریال یا مالش توصیه می شود.

برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست ، سازمان جهانی بهداشت "مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست " را ارائه نموده است

این موقعیت ها عبارتند از:

- ۱- قبل از تماس بیمار
- ۲- قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل
- ۳- بعد از خطر مواجهه با مایعات بدن
- ۴- بعد از تماس با بیمار
- ۵- بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول های مالش دست با پایه الکلی و صابون استفاده نکنید.

الف- روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

مدت زمان کل فرایند ۴۰ تا ۶۰ ثانیه

- ۱- در صورت امکان همیشه از آب تمیز روان و لوله کشی استفاده نمائید.
- ۲- ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دست ها را با صابون بپوشانید.
- ۳- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را بهم بمالید.
- ۴- کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را بهم بمالید.
- ۵- کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را بهم بمالید.
- ۶- در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است . پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آنها را به هم بمالید.
- ۷- انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.

۸- دستها را کاملا ابکشی نمائید

۹- با حوله پارچه ای یا کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملا خشک نمائید.

۱۰- با همان حوله یا دستمال کاغذی شیر آب را بسته و دستمال را در سطل آشغال یا حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف برای شستشوی مجدد

ببندازید(از یک حوله پارچه ای فقط یک بار استفاده شود. از یک حوله چند بار توسط یک فرد یا افراد مختلف استفاده نشود).

با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلوده یا میکرو ارگانیسم ها را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دستها جزء لاینفک فرایند بهداشت دست است.

ب. ضد عفونی دستها با مالش به یکدیگر

مدت زمان کل فرایند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.

۱. مقدار کافی از محلول مالش دست با پایه الکلی در اشکال مختلف (فوم، ژله و محلول با ویسکوزیته پایین)، به نحوی که کل سطوح دست را

پوشاند، را در کف دست خود بریزید.

۲. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان خود را به هم بمالید.

۳. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را به هم بمالید.

۴. کف دستها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم، آنها را به هم بمالید.

۵. در حالیکه انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در مقابل کف دست دیگر گذارده و آنها را به هم بمالید.

۶. شست چپ(و بالعکس) را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.

۷. انگشتان قفل شده هریک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.

۸. اجازه دهید دستهایتان کاملا خشک شوند.

در صورتی که از محلول های ضد عفونی با پایه الکلی استفاده می نمایید حداکثر بعد از ۷-۸ بار استفاده مکرر از حلول های ضد عفونی دست ها را با آب و صابون بشویید.

ج- روش آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی:

۱- قبل از اقدام برای آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی انگشتر ساعت مچی و دستبند را در بیاورید زدن لاک و گذاردن ناخن مصنوعی ممنوع است.

۲- کاسه روشویی باید به نحوی طراحی شده باشد که از پاشیدن آب و ترشحات بر روی لباس افراد ممانعت شود.

۳- در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف است قبل از آماده سازی دست ها برای اعمال جراحی آنها را با آب و صابون ساده بشوئید و خرده های موجود در زیر ناخن ها را ترجیحاً در زیر آب روان شیر به وسیله ناخن شور خارج نمائید.

۴- به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی برس برای آمادگی دست برای جراحی توصیه نمی شود در صورت لزوم از ناخن شور استریل استفاده کنید. (ناخن شورهایی که قابلیت اتوکلاو شدن و استریلیتی مجدد را دارند در حال حاضر در بازار موجودند)

۵- قبل از پوشیدن دستکش استریل ضد عفونی دست برای اعمال جراحی با استفاده یا از صابون مناسب آنتی میکروبیال یا محلول مناسب مالش دستترجیحاً با استفاده از محلول هایی که فعالیت پایدار داشته باشند باید انجام شود.

۶- در صورتی که کیفیت آب مورد اطمینان نیست در قسمت ورودی اتاق عمل جهت آماده سازی دست ها قبل از اقدام به جراحی مالش دست ها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی توصیه می شود

۷- در هنگامی که با استفاده از صابون ضد میکروبی دست ها را برای اعمال جراحی آماده می نمایید. مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده استفاده از صابون ضد میکروبی دست ها و آرنج را مطابق با مراحل ذیل اسکراب نمایید. اسکراب طولانی مدت (برای مثال به مدت ۱۰ دقیقه) توصیه نمی شود.

a. بالاتر نگاهداشتن دست هت از ساعد، شروع به اسکراب دست ها و ساعد تا آرنج نمائید. این عمل از آلودگی مجدد دستها بوسیله آب

ناحیه ساعد پیش گیری می نماید.

b. با گرفتن زمان بمدت ۵-۲ دقیقه، هر طرف هر یک از انگشتان و پشت و روی هر دست را اسکراب کنید.

c. رویه قدام و خلف ساعد را از ناحیه میج تا آرنج بمدت ۱ دقیقه در هر دو دست اسکراب نمائید.

d. در صورتی که در هر زمانی دست شما با هر چیزی به جز برس تماس یافت، ناحیه آلوده شده را بمدت ۱ دقیقه طولانی تر اسکراب نمائید.

e. با حرکت یک سویه دست ها و آرنج از میان جریان آب، دست ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمائید. دست رادرمیان جریان

آب به عقب و جلو حرکت ندهید.

f. در کل فرایند اسکراب دستها دقت نمائید که آب به لباس جراحی که برتن دارید نپاشد،

g. در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان، کلاه و دستکش استریل دست ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک نمائید.

۸- هنگامی که از محلول های جراحی مالش دست با پایه الکلی با فعالیت پایدار استغاده می نمائید، مطابق با زمان توصیه شده شرکت سازنده عمل

نمائید. محلول را بر روی دستهای خشک بریزید اسکراب جراحی دست و محلول مالش دست جراحی را با محلول های مالش دست با پایه

الکلی به صورت پی در پی استفاده نمائید.

۹- در هنگام استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی مقدار محلول به حدی باشد که در کل مدت آماده سازی دست برای اعمال جراحی

دستها و ساعد تا ناحیه آرنج ها کاملاً مرطوب باقی بمانند. (بر اساس مطالعات تجربی این مقدار کمتر از ۱۶CC می باشد).

بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.

روش آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضدعفونی الکلی با بنیان الکلی :

✓ جهت آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضدعفونی با بنیان الکلی ، بایستی دست ها کاملاً

تمیز و خشک باشند.

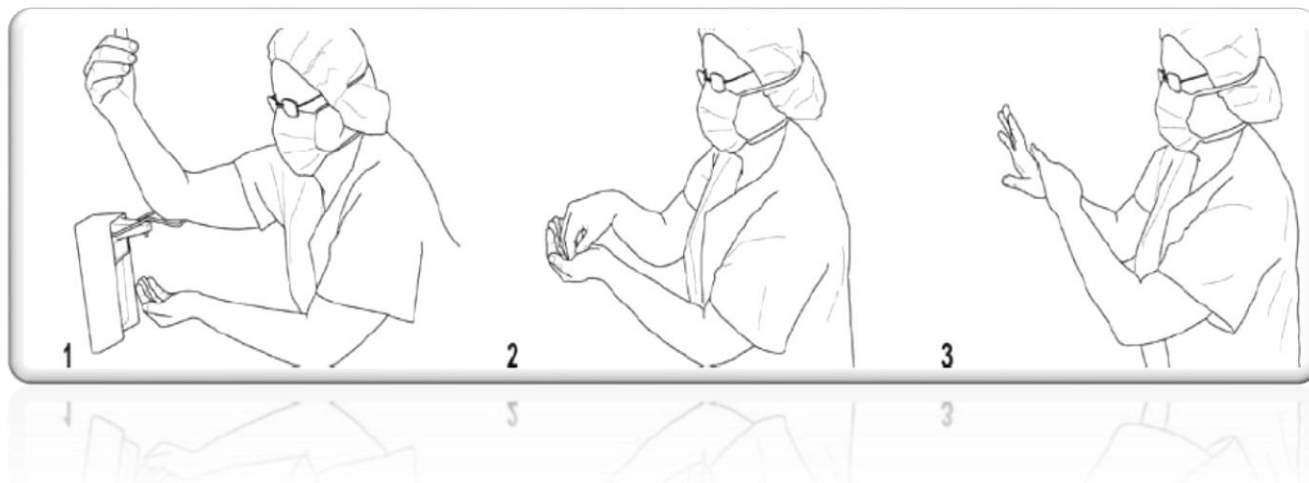
✓ بعد از ورود به اتاق عمل و بعد از پوشیدن کلاه و ماسک دست ها بایستی با آب و صابون شسته شوند.

✓ بعد از عمل و در هنگام درآوردن دستکش بایستی دست ها با محلول ضدعفونی با بنیان الکلی به یکدیگر مالش داده شود و در صورت باقی ماندن

پودر تالک و یا مایعات بیولوژیک بر روی دست ها بایستی آنها را با آب و صابون شست (برای مثال در صورت پاره شدن دستکش)

✓ در این صورت پروسیجرهای جراحی را می توان یکی بعد از دیگری بدون نیاز به شستشوی دست ها با آب و صابون انجام داد.

مراحل آماده نمودن دست جهت انجام اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با استفاده از محلول های ضدعفونی با بنیان الکلی :

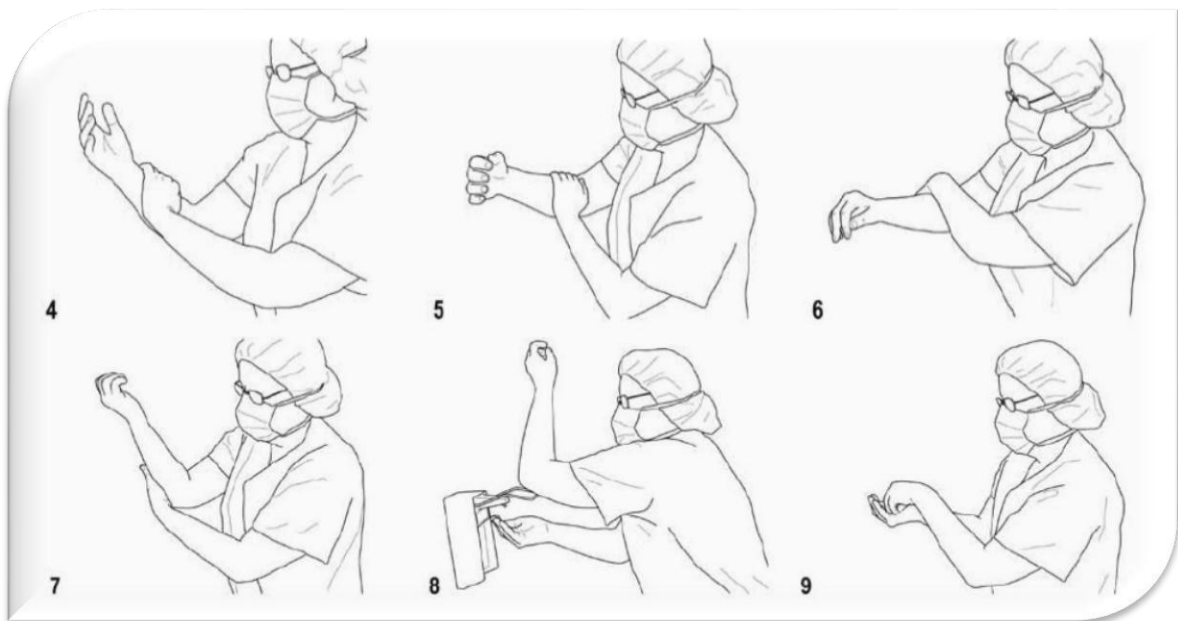


۱- با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست راست خود تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را در کف دست چپ خود بریزید.

۲- به منظور ضدعفونی نوک انگشتان دست راست خود را حداقل به مدت ۵ ثانیه در مده ضدعفونی که در کف دست چپ خود ریخته اید قرار دهید.

۳- مطابق با روش کار نمایش داده شده در تصاویر ۷-۴ ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را به مدت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه) با استفاده از حرکات دایره ای بر روی

تمام نواحی پوست در ناحیه ساعد (خلف ، قدام ، طرفین) تا بازو ، دست راست خود بمالید.

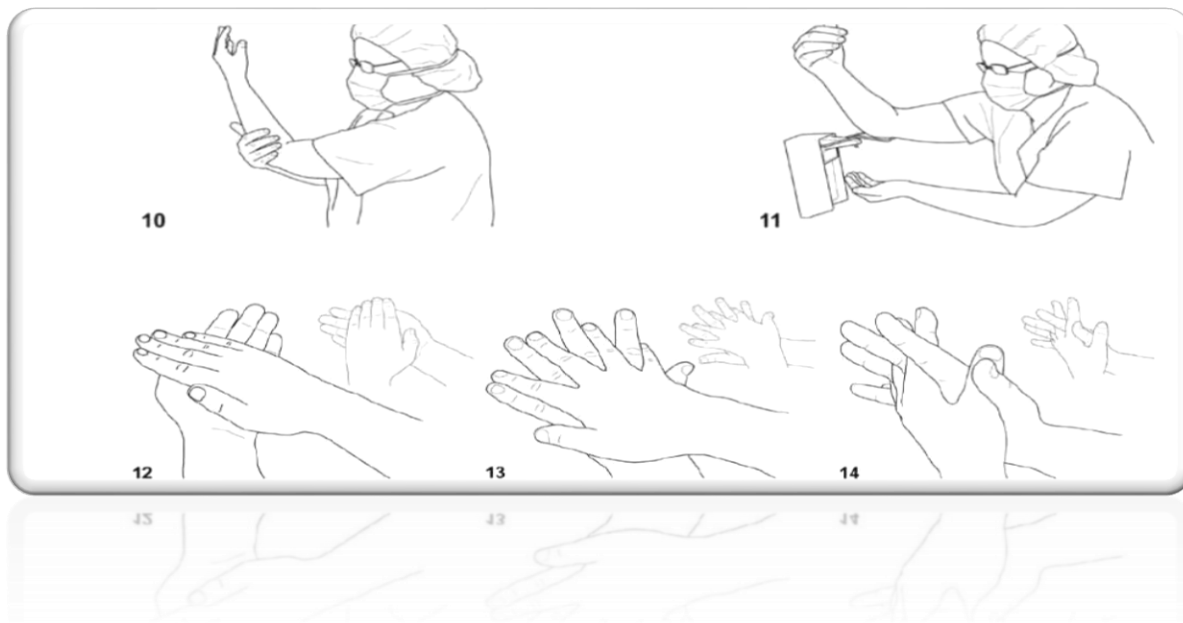


۴- با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست چپ خود تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را در کف دست راست خود بریزید.

۵- به منظور ضدعفونی نوک انگشتان دست چپ خود را حداقل به مدت ۵ ثانیه در ماده ضدعفونی که در کف دست راست خود ریخته اید قرار دهید.

۶- ماده ضدعفونی با بنیان الکلی را به مدت (۱۰ تا ۱۵ ثانیه)، با استفاده از حرکات دایره ای بر روی تمام نواحی پوست در ناحیه ساعد (خلف، قدام، طرفین

تا بازوی چپ خود بمالید.



۷- مطابق با روش کار نمایش داده شده در تصاویر ۱۷-۱۲، با فشردن افشانه با استفاده از آرنج دست راست خود، تقریباً ۵ میلی لیتر از ماده ضد عفونی با بنیان

الکلی را در کف دست چپ خود بریزید.

۸- به صورت همزمان، هر دو دست را تا ناحیه مچ دست به مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه با انجام مراحل ذیل را تمیز کنید:

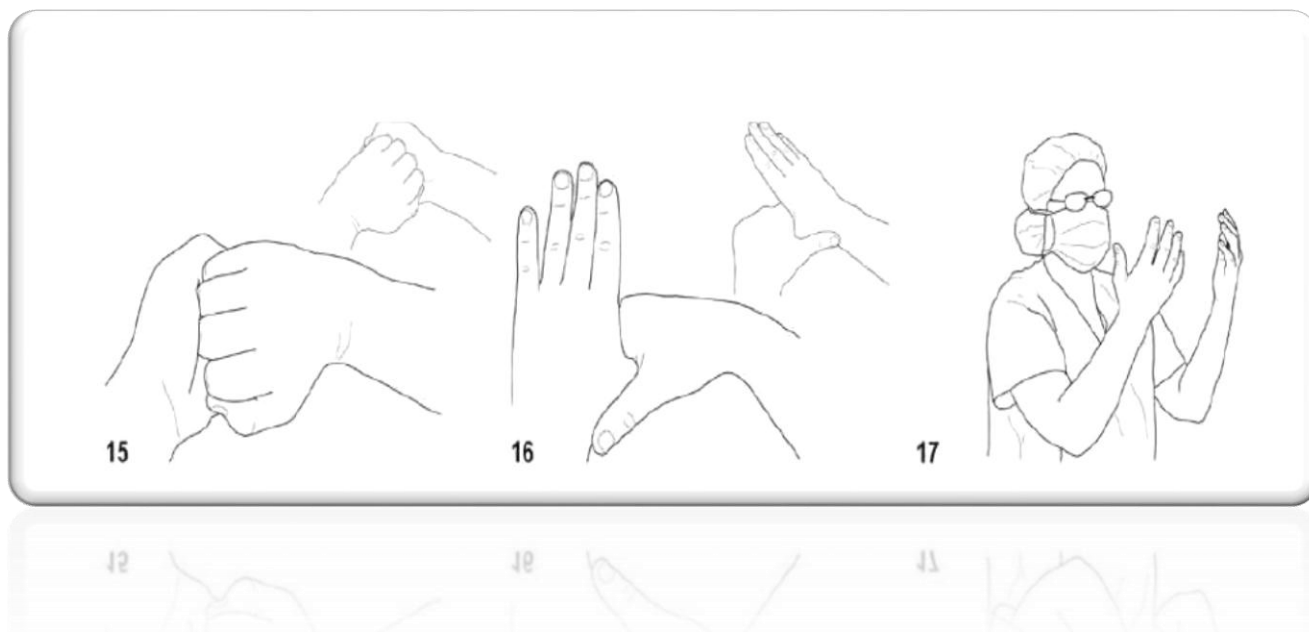
۹- کف دست راست خود را با حرکات جلو و عقب بر روی قسمت خلفی دست چپ شامل مچ دست بمالید و بالعکس.

۱۰- کف دستان خود را در حالی که انگشتانتان در هم قفل شده است با حرکات جلو و عقب به هم بمالید.

۱۱- رویه خلفی انگشتان هر یک از دستان خود را در دست دیگر خود قفل کنید و با حرکات جلو و عقب در کف دست مقابل بمالید.

۱۲- شست هر یک از دستان در کف دست مقابل قرار داده و به هم بمالید.

۱۳- بعد از خشک شدن دست ها می توان لباس جراحی و دستکش استریل را پوشید.



برای آماده نمودن دست ها برای جراحی ، از محلول های ضد عفونی مالش دست با بنیان الکلی گام های مورد نمایش در تصاویر فوق را به ترتیب و پی در پی (با میانگین زمانی ۶۰ ثانیه) به تعداد دفعاتی که مطابق با زمان کلی توصیه شده شرکت سازنده است استفاده نمایید.

اقدامات پیشگیری

- ۱- به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با ب و صابون یا ضد عفونی یا محلولهای hand rub نمی شود
- ۲- استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد ضرورت استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر مواد بالقوه عفونی ، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود پوشیدن دستکش ضروری است . لذا الزامی است هر بیمارستان دارای خط مشی شفاف در ارتباط با موارد استفاده از دستکش متناسب با موقعیت ها مختلف ارائه خدمات به بیماران باشد.
- ۳- از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.
- ۴- در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز یا موضع دیگر همان بیمار (مشتمل بر پوست آسیب دیده ، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود ، دستکش را در آورده یا عوض کنید.
- ۵- شدیداً توصیه می شود که از استفاده مجدد دستکش ها اجتناب نمایند در صورت ضرورت با بکارگیری استانداردهای روش های بازیابی از سلامت و میکروب زدایی دستکش ها اطمینان کسب نمایند.

با افزودن کلر هگزیدین به فرمولاسیون محلول های مالش دست پایداری محلول افزایش می یابد و قابل استفاده در موارد ضد عفونی و آماده سازی دست ها برای جراحی می شود.

۶- به منظور افزایش میزان رعایت بهداشت دست، نظر کارکنان را در خصوص نوع محلول ارزیابی نمایید.

۷- به منظور افزایش میزان رعایت بهداشت دست، افشانه های محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی را در بالین بیمار قرار دهید.

۸- استفاده از افشانه یک بار مصرف ارجح است.

۹- به منظور پیش گیری از تبخیر الکل موجود در محلول های hand rub حداکثر ظرفیت توصیه شده افشانه ها در بخش ها ۵۰۰ میلی لیتر و در اتاق

های عمل فعال ۱ لیتر می باشد (الکل موجود در محلول های مالش دست با پایه الکلی در دمای ۲۴/۵-۱۴/۵ درجه سانتی گراد- بسته به نوع و غلظت

الکل- تبخیر می شوند)

۱۰- در صورتی که افشانه ها یک بار مصرف نمی باشد به منظور پر کردن مجدد مطلوب است مراحل ذیل رعایت گردد.

(a) ظروف خالی را بخوبی با استفاده از پودر شوینده و آب بشوئید.

(b) در صورت مقاوم ظروف به حرارت روش ارجح ضد عفونی در ابتدا به روش اتوکلاو، جوشانیدن و در نهایت ضد عفونی شیمیایی می باشد(به

منظور ضد عفونی شیمیایی ظروف را به مدت ۱۵ دقیقه در محلول حاوی کلرین با غلظت ۱۰۰۰ ppm خیس نمایید)

(c) پس از ضد عفونی اجازه دهید ظروف کاملاً خشک شوند.

(d) از افزودن محلول به ظروف نیمه پر حاوی محلول پرهیزید.

۱۲- در صورتی که برای بهداشت دست از محلول مالش دست با پایه الکلی استفاده می شود مصرف صابون آنتی میکروبیال توصیه نمی شود.

با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانیزم ها را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینکف فرآیند بهداشت دست است.

۱۳- با توجه به افزایش احتمال آسیب پوست در طی تماس مکرر با آب داغ جهت شستن دست ها از آب داغ استفاده نکنید.

۱۴- انواع مختلف صابون ها (جامد، مایع، کاغذی) برای شستشوی دست مورد قبول است در صورت استفاده از نوع جامد ، صابون قالبی کوچک و در جا

صابونی که درناز آب را تسهیل نماید توصیه می شود.

۱۵- در بخش بستری وجود حداقل یک سنگ دستشوئی به نسبت هر ۱۰ تخت بستری و یک سینک در اتاق تریمنت همراه با تعداد کافی حوله استریل و

صابون الزامی است

مثال هایی از موارد استفاده از دستکش استریل:

۱- انجام هرگونه اقدامات جراحی

۲- زایمان واژینال

۳- اقدامات رادیولوژیکی تهاجمی

۴- برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط به راه های عروقی (ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران)

۵- آماده نمودن محلولهای تغذیه مکمل ۱۲ جهت انفوزیون

۶- آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق

مثال هایی از موارد استفاده از دستکش تمیز

۱- تماس مستقیم با بیمار

۱- احتمال قرار گرفتن در معرض خون ، مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیاء و مواردی که به صورت مشهود آلوده به

مایعات دفعی و ترشحات بیمار می باشد.

۲- تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار

۳- احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانسیم های شدیداً عفونی و خطرناک

۲- موقعیت های اورژانس یا اپیدمی

۳- گذاردن و یا کشیدن آنژیوکت و ..

۴- گرفتن خون از بیمار

۵- قطع یا بستن راه وریدی

۶- کشیدن خون

۷- معاینات لگنی و واژینال در بیماران

۸- ساکشن داخل نایی (ایندوتراکیال)

۳- تماس غیر مستقیم با بیمار

۳-۱- تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار

۳-۲- جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات

۳-۳- جابجایی یا تخلیه پسماندها

تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیاء و یا در ضمن لکه گیری البسه

مثال هایی از مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد.

در این موارد احتمال تماس مستقیم یا غیر مستقیم کارکنان بهداشتی درمانی با خون، مایعات بدن بیمار و یا محیط آلوده وجود ندارد.

۱- تماس مستقیم با بیمار

۱-۱- گرفتن فشار خون، درجه حرارت و نبض بیمار

۲-۱- تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار

۳-۱- لباس پوشانیدن به بیمار

۴-۱- انتقال بیمار

۵-۱- مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات

۶-۱- هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون

۷-۱- تماس غیر مستقیم با بیماران

۸-۱- استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر

۹-۱- درج گزارش در پرونده بالنی و یا چارت بالای سر بیمار

۱۰-۱- دادن داروی خوراکی به بیماران

۱۱-۱- جمع نمودن سینی غذا و یا قطع لوله تغذیه ای بیمار

۲-۵- تعویض ملحفه بیمار(در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی نباشد.

۲-۶- گذاردن ماسک تنفسی و یا کانولای بینی به صورت غیر تهاجمی برای بیمار

۲-۷- جابجایی اثاثیه بیمار

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد

Never Events

- شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود.

الف) وقایع جراحی

۱. انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن
۲. انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه
۳. انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار
۴. جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی یا سایر روش های درمانی
۵. مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی
۶. تلقیح مصنوعی با اهداکننده های (اسپرم و تخمک) اشتباه

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات:

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی
- ۲- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاهها و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاههایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است .
- ۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال آمبولی هوای داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی

ج) وقایع مراقبتی بیمار:

- - ترخیص نوزاد به شخص اشتباه
- ۲- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال مفقود شدن (بیش از ۴ ساعت بیمار
- ۳- خودکشی یا قصد خودکشی منجر به ناتوانی جدی در حین ارائه خدمات مراقبتی

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی
- ۲- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعلت تجویز خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)

- ۳- مرگ یا ناتوانی جدی مادر در زایمان طبیعی یا وضع حمل حاملگی های کم خطر موقع ارائه خدمات مراقبتی
- ۴- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی که موقع ارائه خدمات مراقبتی شروع شود.
- ۵- مرگ یا ناتوانی جدی (کرینکتروس Kernicterus) مرتبط با نارسائی وشکست درشناخت ودرمان یرقان نوزادی
- ۶- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعداز پذیرش جهت خدمات بالینی
- ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیماربعلت درمان manipulative نخاعی Patient

ه) وقایع مرتبط با محیط:

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمارهمراه شوک الکتریسیته درحین مراقبت های درمانی
- ۲- هرگونه حادثه ای دراثرائنتقال اشتباه لوله های اکسیژن یا گازهای دیگربه بیماریا آلودگی این لوله ها
- ۳- هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت سوختگی ناشی ازهرمنبعی درحین مراقبت های درمانی
- ۴- هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت اختلال درمحافظ ونگهدارنده های اطراف تخت
- ۵. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت افتادن

و) وقایع جنائی:

- - هرگونه اصراردستورات درمانی توسط شخصیت های پزشک ، پرستار ،داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار
- ۲- سوء استفاده وتجاوز جنسی از بیمار
- ۳- مرگ یا جراحت مهم بیماریا پرسنل ناشی از سوء استفاده وتجاوز فیزیکی
- ۴. ربودن بیمار