

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

واحد ایمنی بیمار

**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**

ترجمه و تألیف : فرناز مستوفیان ، کارشناس ارشد مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

واحد ایمنی بیمار

**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**

آبان 1388

فهرست مطالب H

| مقدمه

| ضوابط کلی مرتبط به شناسایی صحیح بیماران بستری :

| فرآیند شناسایی صحیح نوزادان :

| فرآیند شناسایی صحیح نوزادان بعد از زایمان :

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی :

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

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون:

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه :

| منابع:

مقدمه :

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه من جمله در فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود . با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر ، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد . بر اساس شواهد به نظر می رسد که در اغلب موارد اشتباهات قابل پیش گیری می باشند . از دیدگاه سازمان ملی ایمنی بیمار کشور انگلیس¹ اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران بطور عمده در سه حیطه ذیل قرار می گیرند :

p بیماران تحت درمان های اشتباه در نتیجه عدم تطبیق صحیح نمونه های آزمایشگاهی ، تکه برداری و یا نتایج رادیوگرافی با ایشان قرار می گیرند .

p بیماران در نتیجه نارسایی و یا فقدان ارتباطات مناسب بین کارکنان درمانی و یا عدم انجام صحیح اقدامات تأمین و تضمین کننده فرآیندهای ارائه خدمات صحیح و سالم ، درمان های اشتباه دریافت می نمایند .

p بیماران به علت شناسایی غلط و اشتباه ، تحت درمانی که برای بیمار دیگری در نظر گرفته شده است ، قرار می گیرند .

گذشته از بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات ، طیف عواقب این گونه اشتباهات و اتفاقات ناخواسته بسیار وسیع و متفاوت می باشد ، تا حدی که اشتباهات مزبور در برخی موارد منجر به آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و یا حتی مرگ بیماران می گردد . گر چه هزینه واقعی ناشی از عدم تطبیق صحیح بیماران و طرح درمانی آنان برآورد نگردیده است ، ولی تخمین زده می شود 10 درصد دوره بستری بیماران در بیمارستانها ی انگلیس به نحوی ناشی از بروز اشتباه در شناسایی بیماران بوده که 50% این موارد نیز قابل پیش گیری است .

میزان بروز وقایع و اتفاقات مرتبط به ایمنی بیمار 850000 مورد از کل 8 میلیون مورد بستری سالیانه در انگلیس می باشد که هزینه روزهای اضافی بستری رقمی بالغ بر 2 بیلیون پوند تخمین زده می شود .

از نوامبر سال 2003 لغایت جولای سال 2005 میلادی سازمان ملی ایمنی بیمار کشور انگلیس بروز 236 مورد واقعه² و اتفاقات نزدیک به خطا³ را در ارتباط با فقدان باندهای شناسایی بیمار و یا باند هایی دارای مشخصات غلط گزارش نموده است . این موضوع در دوره زمانی بین فوریه 2006 تا ژانویه 2007 بیش از 24382 مورد گزارش شده است که بیش از 2900 مورد

¹ National Patient Safety Agency

² incidents

³ near misses

آن در ارتباط با باندهای شناسایی و کاربرد آن بوده است. خوشبختانه نتایج گزارش منجر به انجام تحلیل ریشه ای وقایع بر روی بیش از 100 مورد اشتباه واقع شده در فرآیند شناسایی صحیح بیماران، مؤید اثربخشی مداخلات و استراتژی های انجام شده در کاهش مؤثر خطر عدم شناسایی صحیح بیماران بوده است.

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردد. روند رو به افزایش محدودیت های اعمال شده در ساعات کاری و افزایش تعداد تیم درمانی و مشکلات تحویل و تحول شیفت های کاری و سایر مشکلات ارتباطی در جهان از جمله عوامل مؤثر در عدم شناسایی صحیح بیماران می باشد. از همین رو به منظور بهبود ایمنی بیمارشناسایی صحیح بیماران به عنوان اهداف اولیه کمیسیون های مشترک امریکا⁴ در سال 2003 میلادی مورد توجه واقع و در زمره الزامات اعتبار بخشی مراکز بهداشتی درمانی قلمداد شده است. این در حالیست که در بسیاری از کشور های دنیا برای مدتی طولانی از باندهای شناسایی برای تشخیص بیماران بخش بستری استفاده می شده است و گم شدن باندها و یا اطلاعات غلط بر روی آنها منجر به کاهش کارایی و اثر بخشی این سیستم شده است. بمنظور رفع این نقصان از کد های رنگ بندی شده⁵ برای تشخیص سریع معضلات و مشکلات احتمالی در زمینه شناسایی بیمار استفاده شده است که فقدان وجود سیستم رنگ بندی استاندارد محدودیت هایی را در این زمینه باعث شده است.

| ضوابط کلی مرتبط به فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری :

| به منظور 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.

- (1) 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 کاهد.
- (2) 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.
- (3) صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
- (4) ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.
- (5) 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

⁴ The Joint Commission

⁵ Color coding

افتادن" باشد ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود .

6) 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 متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد .

7) 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 .

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

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

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

11) 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 .

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

● نام و نام خانوادگی بیمار

● تاریخ تولد / نام پدر

● شماره پرونده بیمار

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

13) تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود .

14) در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور 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 .

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

16) 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 .

17) الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن 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 .

18) اکیداً یادآوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش حین تعویض شیفت باشند .

فرآیند شناسایی صحیح نوزادان :

1) در صورتی که زائو قبل از زایمان برای معاینات دوره ای به بیمارستان مراجعه نموده است و دارای پرونده است ، مشخصات شناسایی مادر را از روی پرونده بر روی باند شناسایی او نوشته و آن را به بازوی غالب مادر ببندید ، و در صورتی که زائو برای اولین بار به درمانگاه مراجعه می نماید بعد از تشکیل پرونده ، برای او باند شناسایی تهیه کرده و به بازوی زائو ببندید .

2) بر روی باند شناسایی زائو قید مشخصات ذیل ضروری است :

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تاریخ تولد / نام پدر
- شماره پرونده بیمار

3) در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو باند شناسایی تهیه کرده و بعد از چک مجدد با مشخصات نوزاد به هر دو مچ پای نوزاد ببندید .

4) نوشتن موارد ذیل بر روی باند شناسایی نوزاد الزامی است :

- نام و نام خانوادگی مادر
- جنسیت نوزاد
- تاریخ تولد
- زمان تولد
- شماره پرونده مادر

5) در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو است بر روی باند شناسایی آنها قید کنید .

6) باندهای شناسایی نوزادان باید در طی معاینات روزانه توسط یکی از کارکنان پرستاری بررسی شود . در صورتی که یکی از باندهای شناسایی نوزادی مفقود گردد ، برای نوزاد یک باند جدید شناسایی تهیه کرده و به مچ پای او ببندید .

7) در صورتی که هر دو باند شناسایی نوزاد مفقود شود ، مسئول بخش را مطلع نموده و کلیه باند های شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتی که مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید ، برای نوزاد باند جدید شناسایی تهیه و به مچ پای او ببندید .

فرآیند شناسایی صحیح نوزادان بعد از زایمان :

- (1) در صورتی که مادر و نوزاد به صورت 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 .
- (2) در هنگام انجام اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به باند شناسایی آنان توجه نمایید .

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:

- (1) در صورتی که بیمار هوشیار است ، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده و از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد .
- (2) 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 .
- (3) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه⁶ بیمار ، چارت عمل و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .
- (4) 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 .
- (5) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید ، و در غیر این صورت اگر یک مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید ، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید.
- (6) 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 .
- (7) سایر مراحل مطابق با چک لیست ذیل انجام می شود .

راهنمای استفاده از چک لیست جراحی ایمن⁷

چک لیست جراحی ایمن که به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار⁸ وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی و پرستاران و بیماران از سراسر جهان ، بمنظور کاهش ، اتفاقات نا خواسته 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 دستگاه ها و

⁶ informed consent

⁷ Safe surgery checklist

⁸ World Alliance for Patient Safety

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 فرآیند ها، 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. باتوجه 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:

1- مرحله زمانی قبل از بیهوشی بیمار

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

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

در صورت تمایل بیمارستان ها 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.

۷ 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.

§ علامتگذاری موضع عمل :

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 :

دراین مرحله ضمن پرسش از متخصص بیهوشی حاضر در اتاق عمل ایمنی و صحت عملکرد وسایل و تجهیزات لازم جهت بیهوشی بیمار، با اعمال گام های ABCDE به شرح ذیل تأیید می شود:

(1) بررسی تجهیزات راه هوایی¹⁹ به لحاظ صحت عملکرد

(2) اداره راه هوایی² (شامل اکسیژن و هوشبر های استنشاقی)

(3) ساکشن³

(4) داروها و وسایل⁴

(5) داروهای اورژانس⁵

§ 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 عمل کرد آن قبل از القاء بیهوشی، نسبت به تکمیل بخش ذیربط دربخش ذیربط اقدام نماید. ایده آل است که نشان گر 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 درخصوص 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 خطر وجود راه هوایی مشکل در بیمار می باشد، تیم بیهوشی نسبت به انتخاب روش بیهوشی مناسب و دسترسی به تجهیزات ضروری اقدام

- 1-Airway equipments
- 2-Breathing system
- 3-suction
- 4-Drugs & devices
- 5-Emergency medications

می نمایند. نیز در این صورت یکی از اعضاء 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 500ml خون در بیماران بالغ و یا 7ml/kg خون در کودکان:

در صورتی که با تأیید متخصص جراحی خطر از دست رفتن حجم خون بیش از 500 ml در بیماران بالغ تحت جراحی و یا به میزان 7 kg/ml در کودکان وجود دارد به منظور کاهش خطر وقوع شوک هیپو ولیمیک 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 رزروخون و یا مایعات وریدی مناسب را برای احیاء بیمار تأیید نماید.

۷ 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 اعضاء تیم معرفی می نمایند. در این مرحله انتظار می رود که دقیقاً قبل از انجام برش جراحی توسط جراح، کلیه اعضاء 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 اعضاء 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 اعضاء 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 60 دقیقه قبل از عمل جراحی تأکید می شود، لذا انتظار می رود که تأیید سؤال ذی ربط پس از پرسش از فرد مسئول انجام پذیرد.

تأکید می شود در صورتی که از تزریق آنتی بیوتیک بیش از 60 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.

۷ مرحله ثالثیه :

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

- 1- تأیید اقدام جراحی انجام شده بر روی بیمار بصورت کاملاً دقیق.
- 2- 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).
- 3- برچسب گذاری صحیح نمونه اخذ شده حین جراحی توسط پرستار سیرکولار.
- 4- 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 60000 مورد گزارش وقایع و حوادث ناخواسته دارویی به آژانس ملی ایمنی بیمار انگلیس از ژانویه سال 2005 لغایت ژانویه سال 2006 میلادی مؤید این مسئله می باشد که بیش از 80% حوادث ناخواسته دارویی از بیمارستانها گزارش شده است . بر اساس بررسی های اخیر این آژانس حداکثر 6/5% از بیماران مورد پذیرش بیمارستان ها و 9% کل بیماران بستری در بیمارستان ها دچار ضرر و زیان ناشی از یک حادثه ناخواسته دارویی شده اند در حالی که بسیاری از این وقایع قابل پیش گیری بوده اند . هزینه این موارد سالیانه بیش از 370 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**:¹⁰ 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 واکنش های ناخواسته و واکنش های متقابل دارویی¹¹ می باشد.

¹⁰ Adverse Consequence

¹¹ medication interaction

- **عوارض ناخواسته دارویی:**¹² 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 حساسیت¹³ ، پاسخ ایمنوسینکرازی¹⁴ ، واکنش سمی¹⁵ و یا واکنش های دارویی می باشد .
- **اتفاقات / حوادث ناخواسته دارویی**¹⁶ : شامل عواقب ناخواسته دارویی ، واکنش های ناخواسته دارویی و اشتباهات دارویی می باشد.
- **عوارض جانبی کولینرژیک دارویی**¹⁷ : 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 ، دلیریوم¹⁸ و یا هذیان توأم می شود.
- **عوارض جانبی اکستراپارامیدال**¹⁹ : علائم و نشانه های مرتبط به تخریب سیستم عصبی اکستراپارامیدال : نظیر لرز ، عدم تعادل²⁰ ، کندی حرکات ، ریزش بزاق ، صورت بی حالت ، کشیدن پاها در هنگام راه رفتن ، اکتیویا²¹ و سفیدی 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.

¹² **Adverse Drug Reaction (ADR)**

¹³ hypersensitivity

¹⁴ idiosyncratic response

¹⁵ toxic reaction

¹⁶ **Adverse Medication Event**

¹⁷ **Anticholinergic Side Effects**

¹⁸ delirium

¹⁹ **Extrapryramidal Side Effects**

²⁰ postural unsteadiness

²¹ akathisia

1) 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:

1-1) 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 نمائید و یا آنان درخواست نمائید 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 واکنش های متقابل دارویی مقایسه نمائید.

1-2) در هنگام انتقال بین بیمارستانی بیماران برگه دستورات پزشک²² و Medication Administration Record (MARs/TARs) و خلاصه پرونده بیمار را جهت آگاهی از آخرین داروهای تجویز شده برای بیمار بررسی نمائید (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 نمائید، 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 نمائید.

1-3) جهت انتقال داخل و بین بیمارستانی الزامیست لیست داروهای تجویزی بیمار مندرج در برگه دستورات پزشک به روز باشد.

1-4) برگه انتقال داخل بیمارستانی بیمار توسط پزشک معالج بیمار امضاء می شود.

1-5) برنامه و طرح مراقبتی بیمار در برگه دستورات پزشک به تاریخ روز در زمان انتقال موجود است.

1-6) در حین انتقال داخل و بین بیمارستانی داروهای مورد مصرف بیمار، وضعیت جسمانی و روانی بیمار بصورت تلفنی از بخش مبدأ به بخش مقصد در صورت نیاز اطلاع داده می شود.

1-7) در صورتی که بیمار بعد از ترخیص به علت عارضه ی مرتبط به تشخیص قبلی بستری در بیمارستان مجدداً پذیرش می شود، الزامیست داروهای وی براساس نسخه به روز تجویز شود.

1-8) 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.

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

²² Physician's Order Sheets (POS)

(2-1) در صورت اضطراب 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 .

(2-2) در گام دوم تأکید می شود 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 می شود و سپس به پرستار دورنویس می شود .

(3) با توجه به اینکه فقدان اطلاعات کافی مرتبط به مشخصات بیمار از عوامل خطرزا در وقوع حوادث دیده وری²³ دارویی می باشد ، 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 می باشد :

- سن بیمار
- جنس بیمار
- داروهایی که در حال حاضر مورد مصرف بیمار است .
- تشخیص بیمار ، بیماریهای همراه²⁴ 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 .

(4) 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
- (5) از بکار گیری اختصارات در تجویز دارو اجتناب نمائید .

²³ sentinel
24 co morbidities

(6) 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

(7) 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 انقضاء محلول نهایی
- سن و وزن بیمار از کمتر از 16 سال
- تاریخ بازنگری دستور دارویی (تاریخ و زمان قطع)
- دستور پزشک به منظور پایش تعادل مایعات و یا پایش بالینی بیمار

(8) بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته دارویی الزامیست بیمارستان دارای لیست داروهای پر خطر و لیست واکنشهای متقابل دارویی خطرناک باشد .

(9) هر گونه داروی تجویز شده جهت بیمار از ضروریست با این لیست مطابقت داده شود.

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

(11) 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
- 12) قبل از تجویز به بیمارپرستار مسئول شیفت/سرپرستار و نیز قبل از پیچیدن نسخه پزشک داروساز مسئول داروخانه بیمارستان نسخ 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 .
- 13) 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 .
- 14) به منظور دادن داروی صحیح به بیمار اقدامات ذیل را رعایت نمائید :
- 14-1) در هنگام دادن اولین دوز داروی جدید به بیمار به منظور کسب اطمینان از صحت داروی مندرج در کارت دارویی/کاردکس دارویی ، الزامیست دارو را با دستور دارویی بیمار کنترل کنید .
- 14-2) 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 و در هنگام دادن دارو به بیمار .
- 15) با استفاده از حداقل دو روش ذیل بصورت تئامان بیمار صحیح را شناسایی نمائید:
- پرسش نام و نام خانوادگی از بیمار
 - باند شناسایی بیماران
 - شناسایی توسط کادر درمانی
- 16) یادآوری می شود هیچگاه از شماره تخت و شماره اتاق برای شناسایی بیمار استفاده نشود .
- 17) رعایت استانداردهای ذیل بمنظور اطمینان از تجویزداروی صحیح به بیمار صحیح ضروری است :
- 17-1) آماده نمودن دارو برای تزریق
- 17-1-1) نسخه دارویی را با مشخصات بیمار کنترل نمائید .
- 17-1-2) دارو را در اتاق درمان بخش که تمیز و خلوت و بدون مزاحمت است ، آماده نمائید .
- 17-1-3) به منظور رعایت موازین کنترل عفونت آمپول /ویال تزریق ، ،سرنگ ها ، حلال استریل ، سوآب پنبه آغشته به الکل 70% و دستکش یک بار مصرف را در یک سینی تمیزومخصوص دارو قرار دهید .
- 17-1-4) تاریخ انقضای دارو، شفافیت ، وجود کریستال ویا هر گونه آسیب به جداره ویال /آمپول دارو یا بسته بندی آنها ، شرایط نگهداری قبلی دارو(برای مثال خارج از یخچال) را کنترل نمائید .
- 17-2) برچسب داروها را با دقت مطالعه نمائید تا از اشتباه درداروهای مشابه پیش گیری شود

17-3) 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.

17-4) از بیمار به لحاظ وجود هر گونه آلرژی و حساسیت شناخته شده دارویی سؤال نمائید.

17-5) 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.

17-5) برای دارو برچسب تهیه نمائید.

17-6) برچسب دارو شامل مشخصات ذیل است:

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

17-7) دست ها را شسته و یا با به روش hand rub تمیز نمائید.

17-8) دستکش یکبار مصرف را بدست نمائید.

17-9) با استفاده از سوآب پنبه آغشته به الکل 70% سطح سینی را تمیز نمائید و سپس وسایل را مرتب در داخل آن بچینید.

17-10) در صورتی که محتوی ویال دارویی بصورت پودر می باشد، بعنوان حلال از آمپول های حاوی (water for injections or sodium chloride 0.9%) آب مقطر به اندازه مورد نیاز استفاده کنید و از استفاده از سرم های فیزیولوژی نیم یا یک لیتری بعنوان حلال بپرهیزید.

17-11) 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 دهید.

17-12) جهت تزریق به بیمار بعد از هواگیری سرنگ سر سوزن را عوض کنید.

17-13) 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 10% مقدار مایع اولیه سرم است (50 میلی لیتر در مورد سرم نیم لیتری و 100 میلی لیتر در مورد یک لیتری) قبل از اضافه نمودن دارو به سرم ضروریست مطابق با حجم داروی مورد نظرتوسط یک سرنگ و سر سوزن استریل مایع از سرم تخلیه شود.

14-17) برچسب تهیه شده دارو و یا سرم دارویی را بچسبانید. (بطور اکید الزامیست که هیچ گاه داروی کشیده شده

در سرنگ و یا محلول سرم دارویی آماده برای انفوزیون را بدون برچسب دارویی صحیح رها ننمائید.)

18-17) دارو را از وسط سر سرم بدخل سرم تزریق نمائید. پس از خروج سر سوزن ظرف سرم را حداقل 5 بار به آرامی معکوس نمائید تا از مخلوط شدن کامل دارو مطمئن شوید.

19-17) 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 محلول های انفوزیون و سرنگ های حاوی محلول دارویی دارای برچسب مناسب باشند.

20-17) 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 سرم های شیشه ای²⁵ ممکن است.

21-17) 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.

22-17) 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

23-17) 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 16 سال

²⁵ burette

● تاریخ بازننگری دستور دارویی

- 17-24) قبل از تجویز داروبه بیمار کلیه وسایل و موارد مورد نیاز را در دسترس قرار دهید (من جمله در صورت نیاز آب مقطر برای شستشوی داخل عروقی²⁶ محل تزریق)
- 17-25) 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 دارو یا ما بین تزریق دو داروی وریدی اقدام به شستشوی رگ با استفاده از آب مقطر نمائید.
- 17-26) واکنش های ناخواسته به مایعات و یا داروهای تجویز وریدی شامل شوک نروژنیک، آنافیلاکتیک و هیپوولمیک، کاردیوژنیک و سپتیک و یا بروز آلرژی می باشد.
- 17-27) بروز هر گونه واکنش ناخواسته دارویی را در پرونده بیمار ثبت کنید .
- 17-28) 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 ننمائید مگر در صورتی که در برچسب کارخانه سازنده دارو قید شده باشد .
- 17-29) 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 :

- 1) 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 .
- 2) 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 .
- 3) فرآورده های خونی شامل²⁷ RBC ،²⁸ FFP ،²⁹ PLAT ،³⁰ HAS می باشد .
- 4) 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 .

²⁶ flushing solution(s)

²⁷ Red Blood Cells

²⁸ Fresh Frozen Plasma

²⁹ Platelets

³⁰ Human Albumin Solution

- 5) کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب حاوی اطلاعات ناقص بیمار لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت دهند .
- 6) انتقال خون با توجه به دستور کتبی پزشک معالج و پس از اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از بیمار صورت می گیرد .
- 7) 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 پیش گیری از واکنش های حین انتقال.
- 8) از ذخیره خون در یخچال مخصوص دارو و یا یخچال های خانگی بپرهیزید .
- 9) در صورتی که پیش بینی می شود که واحد گلبول 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 30 دقیقه قابل برگشت به یخچال بانک خون می باشد .
- 10) 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.
- 11) رعایت بهداشت دست با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی و یا شستشوی دستها قبل ، حین و بعد از اتمام پروسیجر ضروریست.
- 12) دفع بهداشتی و مناسب سر سوزن و آنژیوکت و سایر پسماندهای آلوده به خون ضروریست .
- 13) 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 .
- 14) با توجه به وقوع اتفاقات ناخواسته احتمالی ضمن انتقال خون (انتقال فرآورده های خونی اشتباه ، واکنش های ایمنولوژیک و انتقال عفونت های خونی) انجام موارد ذیل به منظور شناسایی دقیق بیمار گیرنده خون توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت به صورت منفک از یکدیگر ضروریست:
- 15) 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 واکنش های ناخواسته خونی محسوب می شوند لذا ضروریست مشخصات واحد خونی بر اساس باند شناسایی در بالین بیمار چک شود .
- 16) به منظور 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 .
- 17) 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 .

- 18) بیاد داشته باشید به منظور انتقال در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن باند شناسایی مچ بند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد .
- 19) ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند :
- نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل
 - نام پدر بیمار
 - تاریخ تولد
- 20) شماره و گروه خونی مندرج بر روی برچسب واحد خون با مشخصات کیسه حاوی خون مطابقت دهید .
- 21) گروه خونی و Rh نوشته شده بر روی برچسب کیسه خون
- 22) نوع فرآورده خونی و تاریخ انقضای موجود روی برچسب واحد خون
- 23) کیسه خون و یا فرآورده خونی را به لحاظ علائم هر گونه آسیب و صدمه ، تغییر رنگ، همولیز و یا نشسته و یا لخته بررسی نمایید .
- 24) نکات مورد بررسی را با امضاء دو پرستار در پرونده بیمار ثبت کنید .
- 25) 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 .
- 26) راه وریدی بیمار را بررسی نمایید و در صورت نیاز یک راه وریدی جدید باز نمایید.
- 27) با استفاده از یک ست انتقال ۷ شکل 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 .
- 28) در 15 دقیقه اول علائم حیاتی مدجو را هر 5 دقیقه یکبار کنترل و ثبت نمایید . مدجو را از نظر لرز، درد پشت ، سردرد، تهوع، استفراغ، تاکی کاردی، هیپوتانسیون، تاکی پنه و بثورات جلدی کنترل نمایید.
- 29) انتقال را به مدت 15 دقیقه بصورت آهسته انجام دهید (به میزان 10 قطره در دقیقه).
- 30) در صورتی که با گذشت 15 دقیقه از شروع انتقال واکنش های ناخواسته مشاهده نشد مطابق با دستور پزشک جریان انتقال را تنظیم نمایید
- 31) با توجه به اینکه نگهداری واحد خون خارج از دمای یخچال بانک خون در بخش جهت انتقال به بیمار بیش از 4 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 .
- 32) گلبول خونی حداکثر ظرف 2 ساعت ضروریست انتقال شود مگر اینکه بیمار در معرض افزایش بار قلبی عروقی باشد .
- 33) در صورت مشاهده واکنش های ناخواسته خفیف (بثورات جلدی و یا افزایش درجه حرارت به میزان کمتر از 1/5 درجه نسبت به درجه حرارت پایه) ، جریان خون را آهسته تر نمایید و مشاهده و کنترل بیمار را افزایش دهید .

- 34) 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).
- 35) علایم حیاتی بیمار را تا پایان فرآیند هر 15 دقیقه یکبار بگیریید.
- 36) پس از اتمام انتقال علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت نمائید.
- 37) 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.
- 38) با توجه به اینکه پلاکت گروه "O" منجر به واکنش حاد همولیتیک می شوند، لذا به عنوان استوک نباید توسط بیمارستان ها ذخیره شوند و پیشنهاد می شود به عنوان آخرین راهکار برای بیمارانی که گروه خونی "O" ندارند استفاده شوند.
- 39) الزامیست درخواست های تلفنی انتقال خون با اخذ اطلاعات ذیل و به صورت بسیار محدود انجام شوند:
- نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده
- 40) ضروریست ضوابط و مقررات مکتوب و مدون در ارتباط با استفاده از گروه خونی O Rhd+ و Rhd- در بیمارستان های تخصصی و بخش های بستری کودکان موجود باشد.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه :

- بیش از 70% 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 من جمله 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.
- 1) الزامیست در آزمایشگاه خط مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نام گذاری 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.
 - 2) 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 پیش گیری شود.
 - 3) 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.
 - 4) الزامیست برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.

- (5) 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 پیش گیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.
- (6) برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری بچسبانید.
- (7) 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.

منابع :

Right patient – right care: Improving patient safety through better manual and technology- based systems for identification and matching of patients and their care.

Identification of neonates; National Patient Safety Agency. October 2008. Right patient – right care

Royal College of Nursing. Right Blood, Right Patient, Right Time, RCN guidance for improving transfusion practice. London, June 2004.

Safer Practice Notice 11 Ref: NPSA/ 2005/11 .NHS ;National Patient Safety Agency . Specifications for a standard patient identification band .Australian Commission for Safety and Quality in Health Care Level 7, 1. NSW 2001.

www.safetyandquality.gov.au

Recommended Standards of Practice for Patient identification .Association of Surgical Technologists

Patient briefing 11 Information 22 November 2005.National Patient Safety Agency; NHS. Standardizing wristbands improves patient safety: guidance on implementing the Safer Practice Notice. National Patient Safety Agency; NHS.

www.npsa.nhs.uk/alerts. NPSA proposed workforce competence statement on preparing injectable medicines March 2007.

Standardizing wristbands improves patient safety : For action by Chief Executives ; Safer practice Notice . National Patient Safety Agency; NHS. 03 July 2007 No. 24

WHO Surgical Safety Checklist .Patient Safety Alerts .National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service .26 January 2009.

American Journal of Health-System Pharmacy. New JCAHO Medication Management Standards for 2004: Changes Related to Patient-Specific Information American Society of Health-System Pharmacists2004;61(13) .

Core blood competencies assessment framework. Assessment criteria for organizing the receipt of blood/blood products for transfusion.NHS; National Patient Safety Agency .

Healthcare Competence – BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products. November 2006 National Patient Safety Agency; NHS.

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_bds17_receipt.pdf BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_criteria_receipt.pdf Assessment criteria for organizing the receipt of blood/blood .

www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=1712 - CORE BLOOD COMPETENCIES ASSESSMENT FRAMEWORK

transfusion/.../Collection%20process%20OCTOBER%202007.pdf - Similar NPSA, 2006. Five competencies: BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion. BDS18 Collect blood/blood components for transfusion

.. www.somerset.nhs.uk/welcome/services/training.../competencies/BDS18 Collect blood/blood products for transfusion

www.cmft.nhs.uk/.../blood transfusion/.../NPSA%20full%20competency%20powerpoint.pdf - Similar Safer blood transfusion, NPSA, 2006. Five competencies: BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion. BDS18 Collect blood/blood

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_bds19_prepare.pdf Healthcare Competence BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. November 2006.

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_criteria_administer assess the core blood transfusion competencies, BDS19 Prepare to administer blood/blood products to patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/

Factor VIII products. Blood Transfusion Resource Manual Index
<http://www.lhsc.on.ca/lab/bldbank/BTRManual.htm> (1 of 3)2009/07/15 7:18:52 AM .

.. www.lhsc.on.ca/lab/bldbank/assets/BTRManual.pdf

BDS18 Collect blood/blood components for transfusion. BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. Obtaining a venous blood ...

www.somerset.nhs.uk/welcome/services/training.../competencies/

BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products ... made to ensure the correct patient receives the correct blood (refer to competence BDS19). ... BDS18 Collect blood/blood components for transfusion; BDS19 Prepare to administer ..

.. www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=5497

core blood transfusion competencies, BDS19 Prepare to administer blood/blood products to patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products .

.. www.suht.nhs.uk/.../BloodTransfusionSafeTransfusionPractice/CompetencePreparingandadministeringatransfusionofbloodbloodpro

patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products. This workforce competence is linked to the Knowledge and Skills Framework ..

.. www.suht.nhs.uk/Media/.../IntroductiontoBloodtransfusion.pdf - Similar BDS18 Collect blood/blood components for transfusion. BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. BDS20 Administer a .

..
www.cmft.nhs.uk/.../bloodtransfusion/.../NPSA [PDF] Microsoft PowerPoint - NPSA full competency powerpoint

patients and *BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products*

. This workforce competence is linked to the Knowledge and Skills Framework ...
www.suht.nhs.uk/Media/.../IntroductiontoBloodtransfusion.pdf Introduction to *Blood transfusion Competencies*

DS19 Prepare to *administer transfusion of blood/blood products* to patients, *BDS20. Administer a transfusion of blood and blood products*. CP26 Drug Policy ...
transfusionguidelines.org/docs/.../rtc-york_edu_npsa_practitioner2.pdf - Similar Safe and Appropriate Use of *Blood and Blood Products* Copyright

BDS18 Collect blood/blood products for transfusion Healthcare Competence –
BDS18 Collect blood/blood products for transfusion November 2006

Learning Points from the 2008 Serious Hazards of Transfusion Annual Report, SHOT Learning Points Matrix 2008

.
The fourth report from the Patient Safety Observatory :Safety in doses: medication safety incidents in the NHS. National Patient Safety Agency 2007

NPSA template standard operating procedure for use of injectable medicines. Promoting safer use of injectable medicines. March 2007

Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Medication management guideline. Hamilton (NJ): Health Care Association of New Jersey (HCANJ); 2006 Apr. 33 p.

Barbara Harty - Golder , collection conundrum: What's the proper procedure for labeling blood tubes?Medical laboratory observer ,sept,2001

specimen labeling QI project cuts error rate: weekly feedback to ED aided improvement.Healthcare benchmarks and quality improvement , Dec,2006

آغا گوهر

شماره ۸۲۹۷
تاریخ ۱۳۸۹/۶/۹
پست

بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

معاونت درمان

سازمان محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

سلام علیکم

امتزازاً به پیوست دستورالعمل "تفییق باروشی هنگام بستری" و "شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و برپایی انتقال خون در زمان باروشی" اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بیمارستان کاشی و قدح اتفاقاً خواسته بهداشتی درمانی "از سلسله دستورالعمل های تدوین و ترجمه شده در زمینه "ایمنی بیمار" به همراه تقدیر کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و کاهش حوادث ناخواسته و خطاهای پزشکی در مراکز بهداشتی درمانی رسیده می شود. خواهشمند است دستور فرمائید نقطه نظرات کارشناسان استانی و تمام ایمنی بیمارستان سید طالقانی، آن دانشگاه بمنظور افزایش اثربخشی دستورالعمل های مذکور نهایت ۱۳۸۹/۷/۵ به این مرکز ارسال گردد.

دکتر حمید زمانی

مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۳۸۹/۶/۱۶
رئیس هیات امنات درمان



۱۳۸۹/۶/۱۶

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

واحد ایمنی بیمار

**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**

ترجمه و تألیف : فرناز مستوفیان ، کارشناس ارشد مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

واحد ایمنی بیمار

**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**

آبان 1388

فهرست مطالب H

| مقدمه

| ضوابط کلی مرتبط به شناسایی صحیح بیماران بستری :

| فرآیند شناسایی صحیح نوزادان :

| فرآیند شناسایی صحیح نوزادان بعد از زایمان :

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی :

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

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون:

| فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه :

| منابع :

مقدمه :

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه من جمله در فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود . با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر ، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد . بر اساس شواهد به نظر می رسد که در اغلب موارد اشتباهات قابل پیش گیری می باشند . از دیدگاه سازمان ملی ایمنی بیمار کشور انگلیس¹ اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران بطور عمده در سه حیطه ذیل قرار می گیرند :

p بیماران تحت درمان های اشتباه در نتیجه عدم تطبیق صحیح نمونه های آزمایشگاهی ، تکه برداری و یا نتایج رادیوگرافی با ایشان قرار می گیرند .

p بیماران در نتیجه نارسایی و یا فقدان ارتباطات مناسب بین کارکنان درمانی و یا عدم انجام صحیح اقدامات تأمین و تضمین کننده فرآیندهای ارائه خدمات صحیح و سالم ، درمان های اشتباه دریافت می نمایند .

p بیماران به علت شناسایی غلط و اشتباه ، تحت درمانی که برای بیمار دیگری در نظر گرفته شده است ، قرار می گیرند .

گذشته از بی اعتمادی بیمار به نظام ارائه کننده خدمات ، طیف عواقب این گونه اشتباهات و اتفاقات ناخواسته بسیار وسیع و متفاوت می باشد ، تا حدی که اشتباهات مزبور در برخی موارد منجر به آسیب و صدمات دائمی و غیر قابل جبران و یا حتی مرگ بیماران می گردد . گر چه هزینه واقعی ناشی از عدم تطبیق صحیح بیماران و طرح درمانی آنان برآورد نگردیده است ، ولی تخمین زده می شود 10 درصد دوره بستری بیماران در بیمارستانها ی انگلیس به نحوی ناشی از بروز اشتباه در شناسایی بیماران بوده که 50% این موارد نیز قابل پیش گیری است .

میزان بروز وقایع و اتفاقات مرتبط به ایمنی بیمار 850000 مورد از کل 8 میلیون مورد بستری سالیانه در انگلیس می باشد که هزینه روزهای اضافی بستری رقمی بالغ بر 2 بیلیون پوند تخمین زده می شود .

از نوامبر سال 2003 لغایت جولای سال 2005 میلادی سازمان ملی ایمنی بیمار کشور انگلیس بروز 236 مورد واقعه² و اتفاقات نزدیک به خطا³ را در ارتباط با فقدان باندهای شناسایی بیمار و یا باند هایی دارای مشخصات غلط گزارش نموده است . این موضوع در دوره زمانی بین فوریه 2006 تا ژانویه 2007 بیش از 24382 مورد گزارش شده است که بیش از 2900 مورد

¹ National Patient Safety Agency

² incidents

³ near misses

آن در ارتباط با باندهای شناسایی و کاربرد آن بوده است. خوشبختانه نتایج گزارش منجر به انجام تحلیل ریشه ای وقایع بر روی بیش از 100 مورد اشتباه واقع شده در فرآیند شناسایی صحیح بیماران، مؤید اثربخشی مداخلات و استراتژی های انجام شده در کاهش مؤثر خطر عدم شناسایی صحیح بیماران بوده است.

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردد. روند رو به افزایش محدودیت های اعمال شده در ساعات کاری و افزایش تعداد تیم درمانی و مشکلات تحویل و تحول شیفت های کاری و سایر مشکلات ارتباطی در جهان از جمله عوامل مؤثر در عدم شناسایی صحیح بیماران می باشد. از همین رو به منظور بهبود ایمنی بیمارشناسایی صحیح بیماران به عنوان اهداف اولیه کمیسیون های مشترک امریکا⁴ در سال 2003 میلادی مورد توجه واقع و در زمره الزامات اعتبار بخشی مراکز بهداشتی درمانی قلمداد شده است. این در حالیست که در بسیاری از کشور های دنیا برای مدتی طولانی از باندهای شناسایی برای تشخیص بیماران بخش بستری استفاده می شده است و گم شدن باندها و یا اطلاعات غلط بر روی آنها منجر به کاهش کارایی و اثر بخشی این سیستم شده است. بمنظور رفع این نقصان از کد های رنگ بندی شده⁵ برای تشخیص سریع معضلات و مشکلات احتمالی در زمینه شناسایی بیمار استفاده شده است که فقدان وجود سیستم رنگ بندی استاندارد محدودیت هایی را در این زمینه باعث شده است.

| ضوابط کلی مرتبط به فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری :

| به منظور 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.

- (1) 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 کاهد.
- (2) 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.
- (3) صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
- (4) ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.
- (5) 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

⁴ The Joint Commission

⁵ Color coding

افتادن" باشد ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود .

6) 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 متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد .

7) 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 .

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

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

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

11) 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 .

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

● نام و نام خانوادگی بیمار

● تاریخ تولد / نام پدر

● شماره پرونده بیمار

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

13) تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود .

14) در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور 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 .

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

16) 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 .

17) الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن 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 .

18) اکیداً یادآوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش حین تعویض شیفت باشند .

فرآیند شناسایی صحیح نوزادان :

1) در صورتی که زائو قبل از زایمان برای معاینات دوره ای به بیمارستان مراجعه نموده است و دارای پرونده است ، مشخصات شناسایی مادر را از روی پرونده بر روی باند شناسایی او نوشته و آن را به بازوی غالب مادر ببندید ، و در صورتی که زائو برای اولین بار به درمانگاه مراجعه می نماید بعد از تشکیل پرونده ، برای او باند شناسایی تهیه کرده و به بازوی زائو ببندید .

2) بر روی باند شناسایی زائو قید مشخصات ذیل ضروری است :

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تاریخ تولد / نام پدر
- شماره پرونده بیمار

3) در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو باند شناسایی تهیه کرده و بعد از چک مجدد با مشخصات نوزاد به هردومچ پای نوزاد ببندید .

4) نوشتن موارد ذیل بر روی باند شناسایی نوزاد الزامی است :

- نام و نام خانوادگی مادر
- جنسیت نوزاد
- تاریخ تولد
- زمان تولد
- شماره پرونده مادر

5) در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو است بر روی باند شناسایی آنها قید کنید .

6) باندهای شناسایی نوزادان باید در طی معاینات روزانه توسط یکی از کارکنان پرستاری بررسی شود . در صورتی که یکی از باندهای شناسایی نوزادی مفقود گردد ، برای نوزاد یک باند جدید شناسایی تهیه کرده و به مچ پای او ببندید .

7) در صورتی که هر دو باند شناسایی نوزاد مفقود شود ، مسئول بخش را مطلع نموده و کلیه باند های شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتی که مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید ، برای نوزاد باند جدید شناسایی تهیه و به مچ پای او ببندید .

فرآیند شناسایی صحیح نوزادان بعد از زایمان :

- (1) در صورتی که مادر و نوزاد به صورت 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 .
- (2) در هنگام انجام اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به باند شناسایی آنان توجه نمایید .

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:

- (1) در صورتی که بیمار هوشیار است ، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده و از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد .
- (2) جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و پرونده او را با هم و خود اظهاری بیمارمقایسه نمایید .
- (3) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه⁶ بیمار ، چارت عمل و خود اظهاری بیمارمقایسه نمایید .
- (4) 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 .
- (5) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید ، و در غیر این صورت اگر یک مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید ، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید.
- (6) 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 .
- (7) سایر مراحل مطابق با چک لیست ذیل انجام می شود .

راهنمای استفاده از چک لیست جراحی ایمن⁷

چک لیست جراحی ایمن که به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار⁸ وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی و پرستاران و بیماران از سراسر جهان ، بمنظور کاهش ، اتفاقات نا خواسته معلولیت ومرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل تدوین و تنظیم شده است ، در این چک لیست با تأکید ویژه بر سلامت کارکرد دستگاه ها و

⁶ informed consent

⁷ Safe surgery checklist

⁸ World Alliance for Patient Safety

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 فرآیند ها، 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. باتوجه 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:

1- مرحله زمانی قبل از بیهوشی بیمار

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

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

در صورت تمایل بیمارستان ها 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.

۷ 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.

§ علامتگذاری موضع عمل :

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 :

دراین مرحله ضمن پرسش ازمتخصص بیهوشی حاضر در اتاق عمل ایمنی و صحت عملکرد وسایل و تجهیزات لازم جهت بیهوشی بیمار، با اعمال گام های ABCDE به شرح ذیل تأیید می شود:

(1) بررسی تجهیزات راه هوایی¹⁹ به لحاظ صحت عملکرد

(2) اداره راه هوایی² (شامل اکسیژن و هوشبر های استنشاقی)

(3) ساکشن³

(4) داروها و وسایل⁴

(5) داروهای اورژانس⁵

§ 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 عمل کرد آن قبل از القاء بیهوشی، نسبت به تکمیل بخش ذیربط دربخش ذیربط اقدام نماید. ایده آل است که نشان گر 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 درخصوص 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 خطر وجود راه هوایی مشکل در بیمار می باشد، تیم بیهوشی نسبت به انتخاب روش بیهوشی مناسب و دسترسی به تجهیزات ضروری اقدام

-
- 1-Airway equipments
 - 2-Breathing system
 - 3-suction
 - 4-Drugs & devices
 - 5-Emergency medications

می نمایند. نیز در این صورت یکی از اعضاء 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 500ml خون در بیماران بالغ و یا 7ml/kg خون در کودکان:

در صورتی که با تأیید متخصص جراحی خطر از دست رفتن حجم خون بیش از 500 ml در بیماران بالغ تحت جراحی و یا به میزان 7 kg/ml در کودکان وجود دارد به منظور کاهش خطر وقوع شوک هیپو ولیمیک 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 رزروخون و یا مایعات وریدی مناسب را برای احیاء بیمار تأیید نماید.

۷ 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 اعضاء تیم معرفی می نمایند. در این مرحله انتظار می رود که دقیقاً قبل از انجام برش جراحی توسط جراح، کلیه اعضاء 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 مراحمی که در طی آن نیاز به تجهیزات خاص، ایمپلنت و یا آمادگیهای خاصی است را بمنظور انجام تمهیدات و اقدامات ویژه درمانی به سایر اعضاء 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 اعضاء 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 60 دقیقه قبل از عمل جراحی تأکید می شود، لذا انتظار می رود که تأیید سؤال ذی ربط پس از پرسش از فرد مسئول انجام پذیرد.

تأکید می شود در صورتی که از تزریق آنتی بیوتیک بیش از 60 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.

۷ مرحله ثالثیه :

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

- 1- تأیید اقدام جراحی انجام شده بر روی بیمار بصورت کاملاً دقیق.
- 2- 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).
- 3- برچسب گذاری صحیح نمونه اخذ شده حین جراحی توسط پرستار سیرکولار.
- 4- 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 60000 مورد گزارش وقایع و حوادث ناخواسته دارویی به آژانس ملی ایمنی بیمار انگلیس از ژانویه سال 2005 لغایت ژانویه سال 2006 میلادی مؤید این مسئله می باشد که بیش از 80% حوادث ناخواسته دارویی از بیمارستانها گزارش شده است . بر اساس بررسی های اخیر این آژانس حداکثر 6/5% از بیماران مورد پذیرش بیمارستان ها و 9% کل بیماران بستری در بیمارستان ها دچار ضرر و زیان ناشی از یک حادثه ناخواسته دارویی شده اند در حالی که بسیاری از این وقایع قابل پیش گیری بوده اند . هزینه این موارد سالیانه بیش از 370 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**:¹⁰ 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 واکنش های ناخواسته و واکنش های متقابل دارویی¹¹ می باشد.

¹⁰ Adverse Consequence

¹¹ medication interaction

- **عوارض ناخواسته دارویی:**¹² 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 حساسیت¹³ ، پاسخ ایمنوسینکرازی¹⁴ ، واکنش سمی¹⁵ و یا واکنش های دارویی می باشد .
- **اتفاقات / حوادث ناخواسته دارویی**¹⁶ : شامل عواقب ناخواسته دارویی ، واکنش های ناخواسته دارویی و اشتباهات دارویی می باشد.
- **عوارض جانبی کولینرژیک دارویی**¹⁷ : 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 ، دلیریوم¹⁸ و یا هذیان توأم می شود.
- **عوارض جانبی اکستراپارامیدال**¹⁹ : علائم و نشانه های مرتبط به تخریب سیستم عصبی اکستراپارامیدال : نظیر لرز ، عدم تعادل²⁰ ، کندی حرکات ، ریزش بزاق ، صورت بی حالت ، کشیدن پاها در هنگام راه رفتن ، اکتیزیا²¹ و سفیدی 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.

¹² **Adverse Drug Reaction (ADR)**

¹³ hypersensitivity

¹⁴ idiosyncratic response

¹⁵ toxic reaction

¹⁶ **Adverse Medication Event**

¹⁷ **Anticholinergic Side Effects**

¹⁸ delirium

¹⁹ **Extrapryramidal Side Effects**

²⁰ postural unsteadiness

²¹ akathisia

1) 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:

1-1) 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 نمائید و یا آنان درخواست نمائید 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 واکنش های متقابل دارویی مقایسه نمائید.

1-2) در هنگام انتقال بین بیمارستانی بیماران برگه دستورات پزشک²² و Medication Administration Record (MARs/TARs) و خلاصه پرونده بیمار را جهت آگاهی از آخرین داروهای تجویز شده برای بیمار بررسی نمائید (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 نمائید، 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 نمائید.

1-3) جهت انتقال داخل و بین بیمارستانی الزامیست لیست داروهای تجویزی بیمار مندرج در برگه دستورات پزشک به روز باشد.

1-4) برگه انتقال داخل بیمارستانی بیمار توسط پزشک معالج بیمار امضاء می شود.

1-5) برنامه و طرح مراقبتی بیمار در برگه دستورات پزشک به تاریخ روز در زمان انتقال موجود است.

1-6) در حین انتقال داخل و بین بیمارستانی داروهای مورد مصرف بیمار، وضعیت جسمانی و روانی بیمار بصورت تلفنی از بخش مبدأ به بخش مقصد در صورت نیاز اطلاع داده می شود.

1-7) در صورتی که بیمار بعد از ترخیص به علت عارضه ی مرتبط به تشخیص قبلی بستری در بیمارستان مجدداً پذیرش می شود، الزامیست داروهای وی براساس نسخه به روز تجویز شود.

1-8) 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.

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

²² Physician's Order Sheets (POS)

(2-1) در صورت اضطراب 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 .

(2-2) در گام دوم تأکید می شود 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 می شود و سپس به پرستار دورنویس می شود .

(3) با توجه به اینکه فقدان اطلاعات کافی مرتبط به مشخصات بیمار از عوامل خطرزا در وقوع حوادث دیده وری²³ دارویی می باشد ، 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 می باشد :

- سن بیمار
- جنس بیمار
- داروهایی که در حال حاضر مورد مصرف بیمار است .
- تشخیص بیمار ، بیماریهای همراه²⁴ 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 .

(4) 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
- (5) از بکار گیری اختصارات در تجویز دارو اجتناب نمائید .

²³ sentinel
24 co morbidities

(6) 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

(7) 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 انقضاء محلول نهایی
- سن و وزن بیماران کمتر از 16 سال
- تاریخ بازنگری دستور دارویی (تاریخ و زمان قطع)
- دستور پزشک به منظور پایش تعادل مایعات و یا پایش بالینی بیمار

(8) بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته دارویی الزامیست بیمارستان دارای لیست داروهای پر خطر و لیست واکنشهای متقابل دارویی خطرناک باشد .

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

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

(11) 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
- 12) قبل از تجویز به بیمارپرستار مسئول شیفت/سرپرستار و نیز قبل از پیچیدن نسخه پزشک داروساز مسئول داروخانه بیمارستان نسخ 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 .
- 13) 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 .
- 14) به منظور دادن داروی صحیح به بیمار اقدامات ذیل را رعایت نمائید :
- 14-1) در هنگام دادن اولین دوز داروی جدید به بیمار به منظور کسب اطمینان از صحت داروی مندرج در کارت دارویی/کاردکس دارویی ، الزامیست دارو را با دستور دارویی بیمار کنترل کنید .
- 14-2) 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 و در هنگام دادن دارو به بیمار .
- 15) با استفاده از حداقل دو روش ذیل بصورت تئامان بیمار صحیح را شناسایی نمائید:
- پرسش نام و نام خانوادگی از بیمار
 - باند شناسایی بیماران
 - شناسایی توسط کادر درمانی
- 16) یادآوری می شود هیچگاه از شماره تخت و شماره اتاق برای شناسایی بیمار استفاده نشود .
- 17) رعایت استانداردهای ذیل بمنظور اطمینان از تجویزداروی صحیح به بیمار صحیح ضروری است :
- 17-1) آماده نمودن دارو برای تزریق
- 17-1-1) نسخه دارویی را با مشخصات بیمار کنترل نمائید .
- 17-1-2) دارو را در اتاق درمان بخش که تمیز و خلوت و بدون مزاحمت است ، آماده نمائید .
- 17-1-3) به منظور رعایت موازین کنترل عفونت آمپول /ویال تزریق ، ،سرنگ ها ، حلال استریل ، سوآب پنبه آغشته به الکل 70% و دستکش یک بار مصرف را در یک سینی تمیزومخصوص دارو قرار دهید .
- 17-1-4) تاریخ انقضای دارو، شفافیت ، وجود کریستال ویا هر گونه آسیب به جداره ویال /آمپول دارو یا بسته بندی آنها ، شرایط نگهداری قبلی دارو(برای مثال خارج از یخچال) را کنترل نمائید .
- 17-2) برچسب داروها را با دقت مطالعه نمائید تا از اشتباه درداروهای مشابه پیش گیری شود

17-3) 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 .

17-4) از بیمار به لحاظ وجود هر گونه آلرژی و حساسیت شناخته شده دارویی سؤال نمائید .

17-5) 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 .

17-5) برای دارو برچسب تهیه نمائید .

17-6) 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

17-7) دست ها را شسته و یا با به روش hand rub تمیز نمائید .

17-8) دستکش یکبار مصرف را بدست نمائید .

17-9) با استفاده از سوآب پنبه آغشته به الکل 70% سطح سینی را تمیز نمائید و سپس وسایل را مرتب در داخل آن بچینید .

17-10) در صورتی که محتوی ویال دارویی بصورت پودر می باشد، بعنوان حلال از آمپول های حاوی (water for injections or sodium chloride 0.9%) آب مقطر به اندازه مورد نیاز استفاده کنید و از استفاده از سرم های فیزیولوژی نیم یا یک لیتری بعنوان حلال بپرهیزید .

17-11) 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 دهید .

17-12) جهت تزریق به بیمار بعد از هواگیری سرنگ سر سوزن را عوض کنید .

17-13) 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 10% مقدار مایع اولیه سرم است (50 میلی لیتر در مورد سرم نیم لیتری و 100 میلی لیتر در مورد یک لیتری) قبل از اضافه نمودن دارو به سرم ضروریست مطابق با حجم داروی مورد نظرتوسط یک سرنگ و سر سوزن استریل مایع از سرم تخلیه شود .

14-17) برچسب تهیه شده دارو و یا سرم دارویی را بچسبانید. (بطور اکید الزامیست که هیچ گاه داروی کشیده شده

در سرنگ و یا محلول سرم دارویی آماده برای انفوزیون را بدون برچسب دارویی صحیح رها ننمائید.)

18-17) دارو را از وسط سر سرم بدخل سرم تزریق نمائید. پس از خروج سر سوزن ظرف سرم را حداقل 5 بار به آرامی معکوس نمائید تا از مخلوط شدن کامل دارو مطمئن شوید .

19-17) 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 محلول های انفوزیون و سرنگ ها ی حاوی محلول دارویی دارای برچسب مناسب باشند .

20-17) 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 سرم های شیشه ای²⁵ ممکن است .

21-17) 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 .

22-17) 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

23-17) 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 16 سال

²⁵ burette

● تاریخ بازننگری دستور دارویی

- 17-24) قبل از تجویز داروبه بیمار کلیه وسایل و موارد مورد نیاز را در دسترس قرار دهید (من جمله در صورت نیاز آب مقطر برای شستشوی داخل عروقی²⁶ محل تزریق)
- 17-25) 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 دارو یا ما بین تزریق دو داروی وریدی اقدام به شستشوی رگ با استفاده از آب مقطر نمائید.
- 17-26) واکنش های ناخواسته به مایعات و یا داروهای تجویز وریدی شامل شوک نروژنیک، آنافیلاکتیک و هیپوولمیک، کاردیوژنیک و سپتیک و یا بروز آلرژی می باشد.
- 17-27) بروز هر گونه واکنش ناخواسته دارویی را در پرونده بیمار ثبت کنید .
- 17-28) 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 ننمائید مگر در صورتی که در برچسب کارخانه سازنده دارو قید شده باشد .
- 17-29) 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 :

- 1) 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 .
- 2) 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 .
- 3) فرآورده های خونی شامل²⁷ RBC ،²⁸ FFP ،²⁹ PLAT ،³⁰ HAS می باشد .
- 4) 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 .

²⁶ flushing solution(s)

²⁷ Red Blood Cells

²⁸ Fresh Frozen Plasma

²⁹ Platelets

³⁰ Human Albumin Solution

- 5) کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب حاوی اطلاعات ناقص بیمار لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت دهند .
- 6) انتقال خون با توجه به دستور کتبی پزشک معالج و پس از اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از بیمار صورت می گیرد .
- 7) 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 پیش گیری از واکنش های حین انتقال.
- 8) از ذخیره خون در یخچال مخصوص دارو و یا یخچال های خانگی بپرهیزید .
- 9) در صورتی که پیش بینی می شود که واحد گلبول 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 30 دقیقه قابل برگشت به یخچال بانک خون می باشد .
- 10) 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.
- 11) رعایت بهداشت دست با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی و یا شستشوی دستها قبل ، حین و بعد از اتمام پروسیجر ضروریست.
- 12) دفع بهداشتی و مناسب سر سوزن و آنژیوکت و سایر پسماندهای آلوده به خون ضروریست .
- 13) 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 .
- 14) با توجه به وقوع اتفاقات ناخواسته احتمالی ضمن انتقال خون (انتقال فرآورده های خونی اشتباه ، واکنش های ایمنولوژیک و انتقال عفونت های خونی) انجام موارد ذیل به منظور شناسایی دقیق بیمار گیرنده خون توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت به صورت منفک از یکدیگر ضروریست:
- 15) 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 واکنش های ناخواسته خونی محسوب می شوند لذا ضروریست مشخصات واحد خونی بر اساس باند شناسایی در بالین بیمار چک شود .
- 16) به منظور 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 .
- 17) 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 .

- 18) بیاد داشته باشید به منظور انتقال در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن باند شناسایی مچ بند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد .
- 19) ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند :
- نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل
 - نام پدر بیمار
 - تاریخ تولد
- 20) شماره و گروه خونی مندرج بر روی برچسب واحد خون با مشخصات کیسه حاوی خون مطابقت دهید .
- 21) گروه خونی و Rh نوشته شده بر روی برچسب کیسه خون
- 22) نوع فرآورده خونی و تاریخ انقضای موجود روی برچسب واحد خون
- 23) کیسه خون و یا فرآورده خونی را به لحاظ علائم هر گونه آسیب و صدمه ، تغییر رنگ، همولیز و یا نشسته و یا لخته بررسی نمایید .
- 24) نکات مورد بررسی را با امضاء دو پرستار در پرونده بیمار ثبت کنید .
- 25) 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 .
- 26) راه وریدی بیمار را بررسی نمایید و در صورت نیاز یک راه وریدی جدید باز نمایید.
- 27) با استفاده از یک ست انتقال Y شکل 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 .
- 28) در 15 دقیقه اول علائم حیاتی مددجو را هر 5 دقیقه یکبار کنترل و ثبت نمایید . مددجو را از نظر لرز، درد پشت ، سردرد، تهوع، استفراغ، تاکی کاردی، هیپوتانسیون، تاکی پنه و بثورات جلدی کنترل نمایید.
- 29) انتقال را به مدت 15 دقیقه بصورت آهسته انجام دهید (به میزان 10 قطره در دقیقه).
- 30) در صورتی که با گذشت 15 دقیقه از شروع انتقال واکنش های ناخواسته مشاهده نشد مطابق با دستور پزشک جریان انتقال را تنظیم نمایید
- 31) با توجه به اینکه نگهداری واحد خون خارج از دمای یخچال بانک خون در بخش جهت انتقال به بیمار بیش از 4 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 .
- 32) گلبول خونی حداکثر ظرف 2 ساعت ضروریست انتقال شود مگر اینکه بیمار در معرض افزایش بار قلبی عروقی باشد .
- 33) در صورت مشاهده واکنش های ناخواسته خفیف (بثورات جلدی و یا افزایش درجه حرارت به میزان کمتر از 1/5 درجه نسبت به درجه حرارت پایه) ، جریان خون را آهسته تر نمایید و مشاهده و کنترل بیمار را افزایش دهید .

- 34) 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).
- 35) علایم حیاتی بیمار را تا پایان فرآیند هر 15 دقیقه یکبار بگیریید.
- 36) پس از اتمام انتقال علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت نمائید.
- 37) 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.
- 38) با توجه به اینکه پلاکت گروه "O" منجر به واکنش حاد همولیتیک می شوند، لذا به عنوان استوک نباید توسط بیمارستان ها ذخیره شوند و پیشنهاد می شود به عنوان آخرین راهکار برای بیمارانی که گروه خونی "O" ندارند استفاده شوند.
- 39) الزامیست درخواست های تلفنی انتقال خون با اخذ اطلاعات ذیل و به صورت بسیار محدود انجام شوند:
- نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده
- 40) ضروریست ضوابط و مقررات مکتوب و مدون در ارتباط با استفاده از گروه خونی O Rhd+ و Rhd- در بیمارستان های تخصصی و بخش های بستری کودکان موجود باشد.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه :

- بیش از 70% 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 من جمله 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.
- 1) الزامیست در آزمایشگاه خط مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نام گذاری 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.
 - 2) 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 پیش گیری شود.
 - 3) 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.
 - 4) الزامیست برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.

- (5) 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 پیش گیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.
- (6) برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری بچسبانید.
- (7) 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.

منابع :

Right patient – right care: Improving patient safety through better manual and technology- based systems for identification and matching of patients and their care.

Identification of neonates; National Patient Safety Agency. October 2008. Right patient – right care

Royal College of Nursing. Right Blood, Right Patient, Right Time, RCN guidance for improving transfusion practice. London, June 2004.

Safer Practice Notice 11 Ref: NPSA/ 2005/11 .NHS ;National Patient Safety Agency . Specifications for a standard patient identification band .Australian Commission for Safety and Quality in Health Care Level 7, 1. NSW 2001.

www.safetyandquality.gov.au

Recommended Standards of Practice for Patient identification .Association of Surgical Technologists

Patient briefing 11 Information 22 November 2005.National Patient Safety Agency; NHS. Standardizing wristbands improves patient safety: guidance on implementing the Safer Practice Notice. National Patient Safety Agency; NHS.

www.npsa.nhs.uk/alerts. NPSA proposed workforce competence statement on preparing injectable medicines March 2007.

Standardizing wristbands improves patient safety : For action by Chief Executives ; Safer practice Notice . National Patient Safety Agency; NHS. 03 July 2007 No. 24

WHO Surgical Safety Checklist .Patient Safety Alerts .National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service .26 January 2009.

American Journal of Health-System Pharmacy. New JCAHO Medication Management Standards for 2004: Changes Related to Patient-Specific Information American Society of Health-System Pharmacists2004;61(13) .

Core blood competencies assessment framework. Assessment criteria for organizing the receipt of blood/blood products for transfusion.NHS; National Patient Safety Agency .

Healthcare Competence – BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products. November 2006 National Patient Safety Agency; NHS.

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_bds17_receipt.pdf BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_criteria_receipt.pdf Assessment criteria for organizing the receipt of blood/blood .

www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=1712 - CORE BLOOD COMPETENCIES ASSESSMENT FRAMEWORK

transfusion/.../Collection%20process%20OCTOBER%202007.pdf - Similar NPSA, 2006. Five competencies: BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion. BDS18 Collect blood/blood components for transfusion

.. www.somerset.nhs.uk/welcome/services/training.../competencies/ BDS18 Collect blood/blood products for transfusion

www.cmft.nhs.uk/.../blood transfusion/.../NPSA%20full%20competency%20powerpoint.pdf - Similar Safer blood transfusion, NPSA, 2006. Five competencies: BDS17 Organize the receipt of blood/blood products for transfusion. BDS18 Collect blood/blood

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_bds19_prepare.pdf Healthcare Competence BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. November 2006.

www.transfusionguidelines.org.uk/.../nbtc_npsa_criteria_administer assess the core blood transfusion competencies, BDS19 Prepare to administer blood/blood products to patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/

Factor VIII products. Blood Transfusion Resource Manual Index
<http://www.lhsc.on.ca/lab/bldbank/BTRManual.htm> (1 of 3)2009/07/15 7:18:52 AM .

.. www.lhsc.on.ca/lab/bldbank/assets/BTRManual.pdf

BDS18 Collect blood/blood components for transfusion. BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. Obtaining a venous blood ...

www.somerset.nhs.uk/welcome/services/training.../competencies/

BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products ... made to ensure the correct patient receives the correct blood (refer to competence BDS19). ... BDS18 Collect blood/blood components for transfusion; BDS19 Prepare to administer ..

.. www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=5497

core blood transfusion competencies, BDS19 Prepare to administer blood/blood products to patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products .

.. www.suht.nhs.uk/.../BloodTransfusionSafeTransfusionPractice/CompetencePreparingandadministeringatransfusionofbloodbloodpro

patients and BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products. This workforce competence is linked to the Knowledge and Skills Framework ..

.. www.suht.nhs.uk/Media/.../IntroductiontoBloodtransfusion.pdf - Similar BDS18 Collect blood/blood components for transfusion. BDS19 Prepare to administer transfusion of blood/blood products to patients. BDS20 Administer a .

..
www.cmft.nhs.uk/.../bloodtransfusion/.../NPSA [PDF] Microsoft PowerPoint - NPSA full competency powerpoint

patients and *BDS20 Administer a transfusion of blood/blood products*

. This workforce competence is linked to the Knowledge and Skills Framework ...
www.suht.nhs.uk/Media/.../IntroductiontoBloodtransfusion.pdf Introduction to *Blood transfusion Competencies*

DS19 Prepare to *administer transfusion of blood/blood products* to patients, *BDS20. Administer a transfusion of blood and blood products*. CP26 Drug Policy ...
transfusionsguidelines.org/docs/.../rtc-york_edu_npsa_practitioner2.pdf - Similar Safe and Appropriate Use of *Blood and Blood Products* Copyright

BDS18 Collect blood/blood products for transfusion Healthcare Competence –
BDS18 Collect blood/blood products for transfusion November 2006

Learning Points from the 2008 Serious Hazards of Transfusion Annual Report, SHOT Learning Points Matrix 2008

.
The fourth report from the Patient Safety Observatory :Safety in doses: medication safety incidents in the NHS. National Patient Safety Agency 2007

NPSA template standard operating procedure for use of injectable medicines. Promoting safer use of injectable medicines. March 2007

Health Care Association of New Jersey (HCANJ). Medication management guideline. Hamilton (NJ): Health Care Association of New Jersey (HCANJ); 2006 Apr. 33 p.

Barbara Harty - Golder , collection conundrum: What's the proper procedure for labeling blood tubes?Medical laboratory observer ,sept,2001

specimen labeling QI project cuts error rate: weekly feedback to ED aided improvement.Healthcare benchmarks and quality improvement , Dec,2006

فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در بدو پذیرش در بیمارستان*:

Primary Nutritional Assessment

شدت بیماری	وضعیت بیماری	تغذیه	وضعیت تغذیه
------------	--------------	-------	-------------

بله	خیر	
		آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰/۵ می باشد؟**
		آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن داشته است؟
		آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل (مانند تهوع یا استفراغ شدید) شده است؟
		آیا بیماری فرد شدید است؟***

*تذکر: این فرم در زمان پذیرش توسط پرستار تکمیل می شود.
 ** تذکر: نحوه محاسبه نمایه توده بدنی: حاصل نسبت وزن بر حسب کیلو گرم بر مجذور قد بر حسب متر.

وزن (کیلوگرم)

(قد) ۲

*** تذکر: منظور از شدید بودن بیماری آن است که آیا به طور کلی وضعیت کلی بیمار را وخیم ارزیابی می کنید و به طور مثال نیاز به درمان ویژه در ICU یا CCU یا intensive therapy دارد یا خیر؟
 توجه: اگر مقرر است بیمار برای یک عمل جراحی بزرگ آماده شود، باید برنامه مراقبتی تغذیه ای قبل از عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود.
 • اگر جواب هر یک از سوالات جدول بله است، فرم ارزیابی اولیه تخصصی توسط پزشک معالج و مشاور تغذیه تکمیل می شود.
 • اگر جواب همه سوالات جدول خیر است، بیمار به فاصله یک هفته، مجدداً با استفاده از همین جدول ارزیابی خواهد شد.

فقدان بیماری (امتیاز از ۰)	بدون علائم بالینی است.	فقدان تغذیه (امتیاز ۰)	وضعیت تغذیه طبیعی است.
خفیف (امتیاز ۱)	در موارد شکستگی لگن، بیماریهای مزمن به ویژه با عوارض حاد مانند سیروز، COPD، همودیالیز مزمن، دیابت یا اونکولوژی	خفیف (امتیاز ۱)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی سه ماه یا دریافت غذایی کمتر از ۵۰٪ تا ۷۵٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
متوسط (امتیاز ۲)	در موارد جراحی بزرگ شکمی، سکته، پنومونی شدید، بدخیمی خونی	متوسط (امتیاز ۲)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی دو ماه یا نمایه توده بدنی بین ۱۸.۵ و ۲۰.۵+ وضعیت عمومی نامناسب یا دریافت غذایی بین ۲۵٪ تا ۶۰٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
شدید (امتیاز ۳)	در موارد صدمه به سر، پیوند مغز استخوان، بیماران نیازمند مراقبتهای ویژه (APACHE II > 10).	شدید (امتیاز ۳)	در موارد کاهش وزن بیش از ۵٪ طی یک ماه (بیش از ۱۵٪ طی ۳ ماه) یا نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸.۵+ وضعیت عمومی نامناسب یا دریافت غذایی کمتر از ۲۵٪ نیاز طبیعی طی هفته گذشته
امتیاز ست اول:		امتیاز ستو دوم:	
جمع امتیاز ستون اول و دوم: **			
مهر و امضاء پزشک معالج:		مهر و امضاء مشاور تغذیه:	
<ul style="list-style-type: none"> • در افراد بالاتر از ۷۰ سال: به امتیاز کلی بالا ۱ نمره اضافه کنید = امتیاز کلی (اصلاح شده با توجه به سن) • امتیاز < ۳: بیمار از نظر تغذیه ای در خطر است و درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک جهت اجرای مراقبت تغذیه ای با تکمیل برگ ارزیابی وضعیت تغذیه داده شود. • امتیاز > ۳: غربالگری هفتگی بیمار انجام شود. اگر بیمار برای مثال قرار است برای یک عمل جراحی بزرگ آماده شود، باید برنامه مراقبتی تغذیه ای قبل از این عمل جهت اجتناب از خطر در نظر گرفته شود. <p>* تذکر: این فرم در صورت نیاز و با توجه به نتایج ارزیابی اولیه تکمیل خواهد شد که در آن شدت بیماری توسط پزشک معالج، و شدت سوء تغذیه توسط مشاور تغذیه تعیین شده و در نهایت با در نظر گرفتن جمع امتیازهای حاصله، نیاز به دریافت مشاوره تغذیه تعیین خواهد شد.</p> <p>**تذکر: در صورتی که با توجه به مجموع امتیازات این فرم، نیاز به انجام مشاوره تغذیه وجود داشته باشد، درخواست مشاوره از سوی پزشک معالج تکمیل شده و در مرحله بعد، "فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه" نیز به عنوان بخشی از فرایند مشاوره، توسط مشاور تغذیه تکمیل و در پرونده بیمار قرار داده می شود.</p>			

Primary Professional Nutritional

فرم ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای:*

Assessment

بیمارستان.....
.....

فرم ارزیابی تکمیلی تخصصی وضعیت تغذیه
Complementary Professional Nutritional Assessment
Form

تاریخ پذیرش:		بخش:		نام پدر:		شماره پرونده:																	
تاریخ درخواست مشاوره تغذیه:		اتاق:		سن:		نام و نام خانوادگی:																	
نوع پذیرش: سرپایی® اورژانس® بستری®		تخت:		جنس: مرد زن		متأ مجرد																	
امتیاز ارزیابی اولیه تخصصی:		تشخیص:		شغل:		داروها و مکمل های مصرفی:																	
						سابقه حساسیت غذایی یا دارویی:																	
(۱) اطلاعات تن سنجی:																							
وزن (کیلوگرم): Weight		قد (سانتیمتر): Height		دور کمر (سانتیمتر): Waist Circumference		ضخامت چین پوستی Skin fold thickness: Biceps																	
دور بازو (سانتیمتر): MAC (cm):		دور مچ (سانتیمتر): Wrist Circumference		نمایه توده بدن (کیلوگرم/متر مربع): BMI (kg/m ²):		Triceps:																	
وزن ایده آل (کیلوگرم): Ideal Weight		مقدار (کیلوگرم): Kg		اندازه اسکلت بدن: (کوچک/متوسط/بزرگ): Skeletal Size		تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر): Weight Change																	
تغییر وزن اخیر: (بلی/خیر): Weight Change		مدت زمان تغییرات وزن اخیر: Duration																					
(۲) مشکلات گوارشی و غذایی: <input type="checkbox"/> Nausea تهوع <input type="checkbox"/> Vomiting استفراغ <input type="checkbox"/> Constipation یبوست <input type="checkbox"/> Diarrhea اسهال <input type="checkbox"/> Swallowing and Chewing Problems اختلال بلع و جویدن غذا <input type="checkbox"/> Denture دندان مصنوعی																							
(۳) وضعیت بالینی: <input type="checkbox"/> تحلیل عضلانی مشهود (Wasting) <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> تغییرات مو و پوست <input type="checkbox"/> ادم -۳																							
(۴) نحوه تغذیه: <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله <input type="checkbox"/> Total Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> Enteral Nutrition <input type="checkbox"/> Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی <input type="checkbox"/> Nil by Mouth																							
(۵) نیازهای تغذیه ای: کالری مورد نیاز (فرمول Harris Benedict): $\text{Ht(cm)} - [/ * \text{A(year)}] * (\text{ضریب استرس}) = \text{کالری مورد نیاز}$ $\text{Ht(cm)} - [/ * \text{A(year)}] * (\text{ضریب استرس}) + [/ * \text{wt(kg)}] + [/ * \text{wt(kg)}] = \text{کالری مورد نیاز}$ (Female) (kcal/day) = / + [/ * wt(kg)] + [/ * Ht(cm)] - [/ * A(year)] * (ضریب استرس) =																							
پروتئین مورد نیاز: حجم مایعات مورد نیاز: (۶) تست های آزمایشگاهی مورد نیاز:																							
(۷) ضرایب استرس: <table border="1"> <tr> <td>آسیب با عفونت</td> <td>۱/۴</td> <td>آسیب در چندین ناحیه بدن</td> <td>۱-۱/۱</td> <td>جراحی</td> <td>۳-۱/۵۵</td> <td>آسیب با عفونت</td> <td>۱/۴</td> </tr> <tr> <td>شکستگی استخوانی</td> <td>۱/۲</td> <td>تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)</td> <td>۱-۱/۴۵</td> <td>سرطان</td> <td>۱/۱-۱/۳</td> <td>سوختگی</td> <td>۱/۲</td> </tr> </table>								آسیب با عفونت	۱/۴	آسیب در چندین ناحیه بدن	۱-۱/۱	جراحی	۳-۱/۵۵	آسیب با عفونت	۱/۴	شکستگی استخوانی	۱/۲	تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)	۱-۱/۴۵	سرطان	۱/۱-۱/۳	سوختگی	۱/۲
آسیب با عفونت	۱/۴	آسیب در چندین ناحیه بدن	۱-۱/۱	جراحی	۳-۱/۵۵	آسیب با عفونت	۱/۴																
شکستگی استخوانی	۱/۲	تب (به ازای هر ۱ درجه بالاتر از ۳۷ درجه سانتیگراد)	۱-۱/۴۵	سرطان	۱/۱-۱/۳	سوختگی	۱/۲																
(۸) ارزیابی شدت سوء تغذیه:																							
بیش از ۹۰٪ وزن ایده آل	۷۱ - ۹۰٪ وزن ایده آل	۶۰ - ۷۰٪ وزن ایده آل	کمتر از ۶۰٪ وزن ایده آل	آلبومین سرم																			
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی خفیف تا متوسط	سوء تغذیه انرژی شدید	سوء تغذیه انرژی متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف	سوء تغذیه انرژی شدید																
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی شدید	سوء تغذیه انرژی متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف	سوء تغذیه انرژی شدید																
سوء تغذیه شدید	سوء تغذیه پروتئینی شدید	سوء تغذیه پروتئینی متوسط	سوء تغذیه پروتئینی خفیف	سوء تغذیه انرژی شدید	سوء تغذیه انرژی متوسط	سوء تغذیه انرژی خفیف	سوء تغذیه انرژی شدید																
<۲/۵ gr/dl	۲/۵ - ۲ gr/dl	۳/۱ - ۳/۵ gr/dl	>۳/۵ gr/dl																				

۹) دستور رژیم غذایی توسط مشاور تغذیه:

تاریخ تکمیل فرم
توسط مشاور تغذیه:

مهر و امضاء مشاور تغذیه:

مهر و امضای پزشک معالج:

۱۰) تاریخی که فرم تکمیل شده به رؤیت پزشک معالج رسیده است.

شماره
تاریخ
پست

معاونت سلامت

**معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
معاون محترم سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران**

سلام علیکم

احتراماً به استحضار می‌رساند، با عنایت به دیدگاه مسئولین اتحادیه جهانی ایمنی بیمار وابسته به سازمان جهانی بهداشت و اجماع نظر صاحب نظران و محققان سلامت از سراسر جهان در ارتباط با ضرورت ارتقاء مقوله ایمنی بیمار در بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی در سال ۲۰۰۴ میلادی چندین موضوع بعنوان اولویت فعالیتهای اتحادیه در حیطه ایمنی بیمار تعیین شد. در همین راستا بر اساس بار بیماریها و هزینه های اقتصادی ناشی از آنها، اولین چالش جهانی در حیطه ایمنی بیمار تحت عنوان "Clean Care is Safer Care" معین شد. مطابق با بررسی متون، عفونت های مکتسبه از ارائه خدمات بهداشتی درمانی منجر به افزایش طول مدت بستری و مرگ و میر بیماران، معلولیت های طولی مدت، افزایش مقاومت ضد میکروبی در قبال آنتی بیوتیکها، افزایش تحمیل هزینه به بیمار، خانواده ها و جامعه می شود بعنوان مثال در قاره اروپا و در بخش مراقبت های حاد بیمارستانی میزان عفونت بیمارستانی تقریباً برای هر میلیون نفر در سال می باشد که موجب افزایش اقامت بیماران به میزان ۲۵ میلیون روز و هزینه ای معادل با ۲۴-۱۳ بیلیون پوند سالیانه می باشد.

با تشخیص این مهم معاونت سلامت در تاریخ ۱۳۸۶/۲/۱۸ مطابق با ۲۰۰۷/۵/۸ میلادی ضمن امضاء موافقتنامه ای با اتحادیه جهانی ایمنی بیمار متعهد به اقدام مؤثر بمنظور کاهش عفونت های ناشی از ارائه خدمات بهداشتی درمانی گردید. در ادامه این فعالیتهای "دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی" با تأکید بر رعایت بهداشت دست با استفاده از روش Hand rub و محلول ضد عفونی با بنیان الکلی به اهتمام مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان این معاونت ترجمه و تنظیم گردیده است که جهت استفاده در بیمارستانهای تحت پوشش آن دانشگاه ارسال می شود. لازم به ذکر است که بمنظور صرفه جویی در هزینه ها روش و فرمولاسیون تهیه محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی مطابق با توصیه سازمان جهانی بهداشت ایفاد می گردد. مراتب جهت دستور هماهنگی و اقدام مقتضی به کلیه بیمارستانهای تحت پوشش اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی ایفاد میگردد.

دکتر محمود رضا محقق

رئیس مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

رونوشت:

- جناب آقای دکتر امامی رضوی معاون محترم سلامت جهت استحضار
- مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان (خانم مستوفیان)
- بایگانی



Handwritten notes and signatures on the left side of the page.

Handwritten signatures and notes on the right side of the page.

انستگن شد

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

واحد ایمنی بیمار

دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی

ترجمه و تألیف : فرناز مستوفیان ، کارشناس ارشد مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور

درمان

اردیبهشت 1388

دستورالعمل رعایت بهداشت دستها بمنظور پیشگیری از انتقال عفونت بیمارستانی :

| مقدمه :

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی که یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانها محسوب می گردد در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته در سراسر جهان اتفاق می افتد . بررسی انجام شده سازمان بهداشت جهانی در 55 بیمارستان واقع در 14 کشور دنیا از جمله کشور های منطقه مدیترانه شرقی ، مؤید شیوع عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی در بخش بستری بیمارستانی با میانگین نرخ 8/7% بوده است .

مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در هر لحظه در جهان 1400000 نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند . در کشور های در حال توسعه میزان عفونت های قابل پیشگیری ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی تا حد 40% و بیشتر بر آورد شده است . این در حالیست که هنوز هم رعایت بهداشت دست¹ که روشی بسیار ساده می باشد بعنوان اساسی ترین موازین و یکی از اولیه ترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیماران محسوب می شود .

۳ موارد شستن دست با آب و صابون :

بر اساس سیستم طبقه بندی مرکز پیشگیری و کنترل بیماریها² (CDC) و کمیته مشورتی اقدامات کنترل عفونت بهداشتی درمانی³ (HICPAC) و با استناد به برخی مطالعات تجربی ،

¹ Hand Hygiene

² Centers for Disease Control and Prevention

³ Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

بالینی یا اپیدمیولوژیک و دلایل تئوریک قوی، شستن دست با آب و صابون در موارد ذیل بصورت اکید توصیه می شود:

- 1- دستها بصورت آشکارا کثیف⁴ باشند. (کثیفی مشهود دستها با توجه به معیار های فرهنگی، قومی، عوامل محیطی و اعتقادات مذهبی در هر کشوری از دنیا توجیه می شود).
 - 2- دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
 - 3- دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل⁵ شستن دست با آب و صابون روش ارجح در رعایت بهداشت دست محسوب می شود.
 - 4- براساس اجماع نظر کارشناسان، مطالعات بالینی و یا اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک، شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است.
- ۳ با استناد به مطالعات تجربی، بالینی، یا اپیدمیولوژیک دارای طراحی مناسب بصورت اکید توصیه شده است که در سایر موقعیت های ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل که دستها بصورت آشکارا کثیف نمی باشند ترجیحاً با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی و بکارگیری روش⁶ Hand rub رعایت بهداشت دستها را نمایند، توجه نمائید در صورتی که محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی جهت Hand rub در دسترس نیست دستها را با آب و صابون بشوئید.
- 1- قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران.
 - 2- بعد از در آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود.
 - 3- قبل از دست زدن به یا هر گونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار. (صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر).

⁴ Visibly dirty

⁵ *Clostridium difficile*

توضیح این روش در "بند الف روشهای رعایت بهداشت دست" ذکر شده است.

4- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران .

5- در صورتی که در حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی ، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت .

6- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار . (مشمول بر تجهیزات پزشکی)

۳ با توجه به برخی مطالعات تجربی ، بالینی و اپیدمیولوژیک و دلایل قوی تئوریک ، رعایت بهداشت دست (شستن دست با آب و صابون ساده و یا صابون ضد میکروبی و یا استفاده از محلولهای ضد عفونی دست با بنیان الکی جهت *Hand rub*) قبل از آماده نمودن ، جابجایی و یا دادن غذا به بیماران و یا هر گونه جابجایی و یا آماده سازی دارو های بیماران بصورت اکید توصیه شده است .

۳ بصورت همزمان از محلولهای ضد عفونی دست با بنیان الکی جهت *Hand rub* و صابون برای رعایت بهداشت دست استفاده نکنید .

مزایای استفاده از محلولهای ضد عفونی دست با بنیان الکی جهت *Hand*

rub :

1. فعالیت سریع
2. وسیع الطیف بودن
3. ویژگیهای میکروب کشی عالی
4. عدم احتمال بروز مقاومت میکروبی
5. سهولت رعایت بهداشت دستها در مواردی که محدودیت دسترسی به آب و سینک دستشویی وجود دارد .
6. کاهش هزینه ها با توجه به صرفه جویی حاصل از عدم ضرورت استفاده از حوله و دستمال یکبار مصرف .

7. Hand rub به نسبت شستشوی دست با آب و صابون زمان کمتری می برد .
8. بر طبق مطالعات سازمان بهداشت جهانی میزان بروز واکنشهای نا خواسته پوستی با استفاده از محلولهای Hand rub با بنیان الکلی در مقایسه با سایر فرآورده های مؤثر در بهداشت دست کمتر می باشد .

فرمولاسیون توصیه شده سازمان بهداشت جهانی جهت محلولهای Hand rub

بمنظور آماده نمودن محلول های حداکثر تا حد 50 لیتر Hand rub در داخل بیمارستان و تحت نظر پزشک متخصص داروساز شاغل در بیمارستان دو فرمول ذیل توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است :

Ø فرمولاسیون (1) :

بمنظور آماده نمودن غلظت نهایی اتانول 80% v/v⁷، گلیسرول 1/45% v/v و هیدروژن پراکسید 0/125% v/v به طریق ذیل عمل نمایید :

در یک فلاسک 1000 میلی لیتری مدرج از مواد یاد شده در ذیل مطابق با مقادیر تعیین شده بریزید :

1. اتانول 6% v/v 833/3 میلی لیتر .
 2. هیدروژن پراکسید 3% ، 41/7 میلی لیتر .
 3. گلیسرول 98% ، 14/5 میلی لیتر .
 4. در فلاسک مذکور به مقادیر فوق الذکر تا حجم 1000 میلی لیتر آب جوشیده سرد شده و یا آب مقطر بیفزایید و به آرامی تکان داده تا بخوبی مخلوط گردند .
- Ø فرمولاسیون (2) :

بمنظور آماده نمودن غلظت نهایی ایزوپروپیل الکل 75% v/v⁷، گلیسرول 1/45% v/v و هیدروژن پراکسید 0/125% v/v به طریق ذیل عمل نمایید :

^v Percentage of volume (= ml/100 ml, abbreviated % v/v)

در یک فلاسک 1000 میلی لیتری مدرج از مواد یاد شده در ذیل مطابق با مقادیر تعیین شده بریزید :

1. ایزوپروپیل الکل با درجه خلوص 99/8% ، 751/5 میلی لیتر .
2. هیدروژن پر اکسید 3% ، 41/7 میلی لیتر .
3. گلیسرول 98% ، 14/5 میلی لیتر .
4. در یک فلاسک مدرج به مقادیر فوق الذکر آب جوشیده سرد شده و یا آب مقطر تا حجم 1000 میلی لیتر بیفزایید و به آرامی تکان داده تا بخوبی مخلوط گردند .

| نحوه برچسب گذاری صحیح ظروف یا افشانه های محتوی

محلولهای Hand rub با بنیان الکلی :

۳ نوشتن موارد ذیل بر روی برچسب ضروریست :

1. نام بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی .
2. تاریخ تولید محلول .
3. نام محلول ضد عفونی Hand rub و فرمولاسیون آن .
4. فقط برای مصرف خارجی .
5. دور از دسترس کودکان نگاهدارید .
6. از تماس آن با چشمها اجتناب نمائید .
7. بمنظور استفاده ، مقداری از آن را در کف دست ریخته و سپس پشت و کف دستها و انگشتان را تا زمانی که خشک شوند ، بهم بمالید . (در صورتی که دستها در کمتر از 15- 10 ثانیه بعد از مالیدن به یکدیگر خشک شد به این معناست که میزان الکل کم بوده است .)
8. محلول قابل اشتعال : دور از شعله و حرارت نگاهدارید .

فرمولاسیون های محلولهای Hand rub سازمان بهداشت جهانی قابل استفاده در موارد

بهداشتی ، ضد عفونی و آماده سازی دستها برای جراحی می باشند. افزودن کلر

هگزیدین⁸ پایداری محلول را جهت کاربرد آن بمنظور آماده سازی دستها برای جراحی افزایش می دهد .

| نحوه توزیع مناسب محلولهای Hand rub در محیط بیمارستانی :

1. استفاده از افشانه ها و ظروف یکبار مصرف ارجح است .
2. بمنظور پیشگیری از تبخیر محلولهای Hand rub حداکثر ظرفیت توصیه شده برای افشانه ها و ظروف محتوی محلول های Hand rub واقع در بخش های بیمارستانی 500 میلی لیتر و در اتاق های عمل فعال 1 لیتر می باشد .

| در صورتی که ظروف یکبار مصرف نمی باشد ، بمنظور پیر کردن مطلوب

مجدد ظروف الزامیست مراحل ذیل رعایت گردد :

1. ظروف خالی را بخوبی با استفاده از پودر شوینده و آب بشوئید .
2. در صورت مقاوم بودن ظروف به حرارت روش ارجح ضد عفونی در ابتدا اتو کلاو و سپس جوشانیدن و در نهایت ضد عفونی شیمیایی محسوب می شود.
3. بمنظور ضد عفونی شیمیایی ظروف را به مدت 15 دقیقه در محلول حاوی کلرین با غلظت 1000 ppm خیس نمایید .
4. پس از ضد عفونی ، اجازه دهید ظروف کاملاً خشک شوند .
5. از افزودن محلول به ظروف نیمه پیر حاوی محلول پیر هیزید .

| روشهای رعایت بهداشت دست :

الف - روش Hand rub :

[^] Chlorhexidine

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 :

- 1- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید .
- 2- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.
- 3- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید .
- 4- دستها را کاملاً آبکشی نمائید .
- 5- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید .
- 6- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید .

۳ نکات قابل توجه :

- 1- مطمئن شوید که دستهایتان کاملاً خشک شده اند و از آلودگی مجدد دستهایتان بپرهیزید .
- 2- در هنگام خشک کردن دست از یک حوله پارچه ای فقط یک بار استفاده شود (از یک حوله چند بار توسط یک فرد و یا افراد مختلف استفاده نشود و در صورتی که رعایت این نکته مقدور نمی باشد ، ترجیحاً از حوله کاغذی یکبار مصرف استفاده شود) .

3- با توجه به اینکه تماس مکرر با آب خیلی داغ باعث تحریک پوست و احتمال صدمه به پوست را افزایش می دهد ، از آب داغ جهت شستن دستها استفاده نکنید .
بمنظور شستن دست با آب و صابون معمولی انواع صابون (قالب صابون جامد ، مایع دستشویی ، برگه کاغذی) قابل استفاده است .

4- هنگامی که از صابون قالبی جامد استفاده می شود ، قالب کوچک صابون که مانع از جمع شدن آب در جا صابونی می شود بیشتر مورد توصیه است .

| توصیه هایی برای آماده نمودن دست جهت اقدام به جراحی :

الف - انجام اقدامات ذیل قبل از شروع آماده سازی دستها برای انجام جراحی ضروری است :

1- با توجه به اینکه منشاء غالب میکروب های دست از زیر ناخن ها می باشد ، ناخن را همیشه کوتاه نگاهدارید ، و در هنگام شستن دست زیر آنها را کاملاً تمیز نموده و بشوئید .
2- از زدن لاک ناخن و استفاده از ناخن مصنوعی اجتناب نمائید .

3 - قبل از ورود به فضای اتاق عمل تمامی زینت آلات و جواهرات مورد استفاده را از دست خود درآورید (بعنوان مثال : حلقه ، انگشتر ، ساعت مچی و دستبند) .

4 - در صورتی که دستها بصورت آشکارا کثیف می باشند ، قبل از آماده سازی دستها برای اقدام به جراحی و ورود به فضای اتاق عمل ، دستها را با آب و صابون ساده بشوئید .

خرده های موجود در زیر ناخن ها را ترجیحاً در زیر آب شیر بوسیله ناخن شور خارج نمائید . بدلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی از برس استفاده نکنید . در صورت لزوم از ناخن شور استریل استفاده کنید . (ناخن شور هایی که قابلیت اتوکلاو شدن و استریلیتی مجدد را دارند در حال حاضر در بازار موجودند) .

| استاندارد اسکراب جراحی دستها با استفاده از صابون ضد میکروبی (طبی):

- 1- با بالاتر نگاهداشتن دستها از ساعد، شروع به اسکراب دستها و ساعد تا آرنج نمائید .
این عمل از آلودگی مجدد دستها بوسیله آب ناحیه ساعد پیشگیری می نماید .
- 2- با گرفتن زمان بمدت 5-2 دقیقه ، هر طرف هر یک از انگشتان ، بین انگشتان و پشت و روی هر دست را اسکراب کنید (اسکراب طولانی مدت برای مثال به مدت 10 دقیقه توصیه نمی شود) .
- 3- رویه قدام و خلف ساعد را از ناحیه مچ تا آرنج بمدت 1 دقیقه بشوئید .
- 4- بندهای 2 و 3 را در مورد دست دیگران نیز تکرار نمائید .
- 5- در صورتی که در هر زمانی دست شما با هر چیزی به جز برس تماس یافت ، ناحیه آلوده شده را بمدت 1 دقیقه طولانی تر اسکراب نمائید .
- 6- با حرکت یک سویه دستها و آرنج بطور کامل از میان جریان آب ، دستها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمائید . دست را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت ندهید .
- 7- با بالا نگاهداشتن دستها بالاتر از آرنج وارد اتاق عمل شوید .
- 8- در کل فرآیند اسکراب دستها دقت نمائید که آب به لباس جراحی که بر تن دارید نپاشد ، بدین منظور کاسه دستشویی باید بنحوی باشد که از پاشیدن آب و ترشحات بر روی لباس افراد ممانعت شود .
- 9- در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان ، کلاه و دستکش استریل دستها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک نمائید .

| استاندارد اسکراب جراحی با استفاده از محلول های ضد عفونی دست با بنیان الکی

که دارای فعالیت پایدار می باشند :

- 1- هنگامی که از محلول های ضد عفونی با بنیان الکی با فعالیت پایدار جهت اسکراب جراحی استفاده می نمائید ، محلول را بر روی دستهای خشک بریزید .

2- با محاسبه زمان و استفاده از مقدار کافی و لازم از محلول ضد عفونی ، دستها و ساعد تا ناحیه آرنج را با استفاده از حرکات چرخشی آنقدر بهم بمالید تا کاملاً خشک شوند .

ü مدت زمان مالیدن دستها و ساعد به یکدیگر با استفاده از حرکات چرخشی ضروریست بیش از 3 دقیقه بطول بیانجامد .

ü مقدار محلول استفاده شده به حدی باشد که در کل این مدت دستها و ساعد تا ناحیه آرنج ها کاملاً مرطوب باقی بمانند . (بر اساس مطالعات تجربی این مقدار کمتر از 16 cc می باشد) .

ü در صورتی که کیفیت آب مورد اطمینان نیست جهت آماده سازی دستها قبل از اقدام به جراحی اقدام به Hand rub با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی نمائید .

ü از استفاده اسکراب جراحی و Hand rub جراحی بصورت توأم با محلول های ضد عفونی دست با بنیان الکلی و یا بصورت متعاقب بعد از یکدیگر اجتناب نمائید .

3- قبل از پوشیدن کلاه ، گان و دستکش استریل اجازه دهید دستها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند .

4- با بالا نگاهداشتن دستها بالاتر از آرنج وارد اتاق عمل شوید .

| پوشیدن دستکش :

پوشیدن دستکش توسط کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در حین مراقبت از

بیماران با توجه به دو هدف ذیل صورت می گیرد :

1- پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگری در حین ارائه مراقبت یا خدمات .

2- پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کارکنان .

ü توجه به این نکات ذیل ضروریست :

- 1- ضرورت استفاده یا عدم استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل در موقعیت های مختلف ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران منطبق با موازین احتیاطات استاندارد^۹د و تماسی^{۱۰} می باشد .
- 2- در زمانی که پیش بینی می نمائید در حین ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران ، احتمال آلودگی دستها با خون و سایر ترشحات و مواد بالقوه عفونی بیمار و یا غشاء مخاطی و پوست ناسالم آنان وجود دارد ، دستکش بپوشید
- 3- الزامی است هر بیمارستان دارای ضوابط و خط مشی شفاف در ارتباط با موارد استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن با موقعیت های مختلف ارائه خدمات و یا مراقبت از بیماران باشد .
- 4- بیاد داشته باشید که به لحاظ رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت پوشیدن دستکش ضرورت رعایت بهداشت دست (با استفاده از آب و صابون و یا Hand rub با استفاده از محلولهای ضد عفونی دست با بنیان الکلی) را منتفی نمی نماید .
- 5- از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات و یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.
- 6- در هنگامی که دستکش بدست دارید ، در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده بیمار نیاز است موضع تمیز همان بیمار و یا محیط را لمس نمائید ، دستکش خود را در آورید و یا آن را عوض کنید . شدیداً توصیه می شود که از استفاده مجدد دستکشها اجتناب نمائید . در صورت ضرورت با بکارگیری استانداردهای روشهای بازیابی^{۱۱} از سلامت و میکروب زدایی دستکشها اطمینان کسب نمائید .

^۹ Standard precaution

^{۱۰} Contact precaution

^{۱۱} reprocessing

| مثالهایی از موارد استفاده از دستکش استریل :

1. انجام هر گونه اقدامات جراحی
2. زایمان واژینال.
3. اقدامات رادیولوژیکی تهاجمی .
4. برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط به راه های عروقی (ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران).
5. آماده نمودن محلول های تغذیه مکمل^{۱۲} جهت انفوزیون .
6. آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق .

| مثالهایی از موارد استفاده از دستکش تمیز :

- 1- تماس مستقیم با بیمار .
- 1-1- احتمال قرار گرفتن در معرض خون ، مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیاء و مواردی که بصورت مشهود آلوده به مایعات دفعی بیمار می باشد .
- 2-1- تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار .
- 3-1- احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانیسم های شدیداً عفونی و خطرناک .
- 4-1- موقعیت های اورژانس یا اپیدمی .
- 5-1- گذاردن و یا کشیدن آنژیوکت و
- 6-1- گرفتن خون از بیمار .
- 7-1- قطع یا بستن راه وریدی .
- 8-1- کشیدن خون .
- 9-1- معاینات لگنی و واژینال در بیماران .

^{۱۲} Total Parietal Nutrition

1-9- ساکشن سیستم های آندوتراشیال باز.

2- تماس غیر مستقیم با بیمار .

2-1- تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار.

2-2- جابجایی یا تمیز کردن وسایل و تجهیزات .

2-3- جابجایی یا تخلیه پسماند ها .

2-4- تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده شده روی اشیاء و یا در ضمن

لکه گیری البسه .

| مثالهایی از مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد :

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

1- تماس مستقیم با بیمار.

1-1- گرفتن فشار خون ، درجه حرارت و نبض بیمار .

1-2- تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار .

1-3- لباس پوشانیدن به بیمار .

1-4- انتقال بیمار .

1-5- مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات .

1-6- هر گونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون .

2- تماس غیر مستقیم با بیماران :

- 2-1- استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر بخش .
- 2-2- درج گزارش بیمار در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر بیمار .
- 2-3- دادن داروی خوراکی به بیماران .
- 2-4- جمع نمودن جمع نمودن سینی غذای بیمار و یا قطع لوله تغذیه ای بیمار .
- 2-5- تعویض ملحفه بیمار (در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی بیمار نباشد .)
- 2-6- گذاردن ماسک تنفسی و یا کانولای بینی بصورت غیر تهاجمی برای بیمار .
- 2-7- جابجایی اثاثیه بیمار .

مسئولیت رده های مختلف بیمارستانی جهت ترویج شیوه های

رعایت بهداشت دست و ارتقاء پذیرش کارکنان نسبت به آنها :

الف- وظایف و مسئولیت های سوپروایزر آموزشی و تیم کنترل عفونت :

۱- برگزاری برنامه های آموزشی جهت کارکنان بهداشتی درمانی در ارتباط با :

- P موارد مختلفی که در زمان مراقبت و یا ارائه خدمات به بیماران می تواند منجر به آلودگی دستها در کارکنان گردد و شیوه های پیشگیری از آلودگی .
- P آموزش مزایا و مضار توأم با بکارگیری هر یک از روشهای متفاوت بهداشت دست.
- P پایش کارکنان به لحاظ رعایت بهداشت دست بازخورد مناسب به آنان .

P تشویق بیماران و کارکنان نسبت به برقراری همکاری مؤثر بین آنان در ارتباط با موضوع بهداشت دست .

P به منظور افزایش کارکنان نسبت به اقدام به بهداشت دست از آنان در خصوص کیفیت مواد بهداشتی در دسترس نظرخواهی نمائید .

| مسئولیت های مدیر بیمارستان :

حمایت رده های مختلف مدیریت بیمارستانی در ارتقاء انگیزه ، پذیرش و اقدام کارکنان بیمارستانی نسبت به رعایت بهداشت دست با توجه به استانداردها مؤثر است :

P از دسترسی کارکنان به مقادیر کافی مواد بهداشتی و ضد عفونی کننده دست با کار آیی مناسب و کیفیت مطلوب به نحوی که از حداقل خاصیت تحریک کنندگی پوست برخوردار باشد ، مطمئن گردید .

P در هنگام انتخاب مواد بهداشتی و ضد عفونی کننده دست به هر گونه واکنش شناخته شده بین این مواد و کرم ، لوسیون های مرطوب کننده و دستکش های مورد استفاده در بیمارستان توجه نمائید .

P از سهولت دسترسی کارکنان به افشانه های حاوی محلول Hand rub در محل های ارائه خدمت (برای مثال :اتاق تریتمنت ، اتاق معاینه ،بر روی توالی پانسمان ، توالی اورژانس ، بالین بیمار ،اتاق برونکوسکوپی ، و.....) اطمینان کسب نمائید . استفاده از ظروف کوچک حاوی محلولهای یاد شده به نحوی که جاسازی و حمل آن در جیب یونیفورم کارکنان میسر باشد روشی بسیار مؤثر است که سهولت دسترسی کارکنان به این محلولها ممکن می نماید .

P از کفایت ، صحت و کارکرد مناسب افشانه ها و خروج مقدار کافی و لازم محلول از افشانه ها اطمینان کسب نمائید .

P از ایمنی افشانه ها نسبت به احتمال اشتعال محلول آن در مجاورت آتش و یا هر گونه شعله اطمینان حاصل نمائید .

۲ از افزودن مایع صابون به افشانه های نیمه پر صابون اجتناب ورزید .

منابع :

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care:First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization &World Alliance for Patient Safety. ۲۰۰۹.



معاونت درمان
مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور
اداره اورژانس بیمارستانی

استاندارد دارویی در بخش اورژانس

زیر نظر:

دکتر غلامرضا معصومی

ریس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

اصلاحیه ویرایش چهارم زمستان 1390

تهران - تقاطع خیابان حافظ و خیابان جمهوری - ساختمان شماره 2 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور

طبقه اول - مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور - اداره اورژانس بیمارستانی



اعضای کمیته تدوین استاندارد داروهای بخش اورژانس بیمارستانی به ترتیب حروف الفبا:

دکتر محمد افضلی مقدم، عضو هیات علمی طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و نایب رییس کمیته

دکتر نادر توکلی، رییس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و رییس کمیته

مهناز السادات حسینی، کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

لیلا خیراتی، کارشناس مسئول گروه تخصصی اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مریم سیاه‌تیر، کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دبیر کمیته

آمنه شکوری، سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی

معصومه عسگرزاده، کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شهره کوشا، سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم

کلی گرجی، مترون بیمارستان مدرس

آذر محمودی، کارشناس مسئول امور پرستاری دفتر پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



باسمه تعالی

تعاریف:

الف) داروهای ضروری: داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس تمامی بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی، ضروری است و امکان حذف هیچیک از آنها وجود ندارد.

ب) داروهای ترجیحی: داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستان‌های عمومی ارجحیت دارد ولی بودن آنها در برخی از مراکز خاص ضروری است که در ستون توضیحات به آن اشاره شده است. لذا توصیه می‌شود این داروها در داروخانه شبانه-روزی بیمارستان با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، در دسترس بیماران قرار گیرد.

پ) داروهای بیهوشی: داروهایی هستند که وجود آنها فقط در بخش‌های اورژانس دارای متخصصان طب اورژانس یا بیهوشی مقیم ضروری است.

ت) ترالی اورژانس: عبارت است از کمد متحرک دارو و تجهیزات احیا، که باید در تمامی اورژانس‌ها وجود داشته باشد و حاوی برخی از داروهای **ضروری** اورژانس است. (طبق لیست داروهای ترالی موجود در استاندارد دارویی ویرایش چهارم)

ث) قفسه داروهای اورژانس: عبارت است از قفسه‌ای که در بخش اورژانس موجود است و حاوی داروهای ضروری و در صورت لزوم، ترجیحی بخش اورژانس می‌باشد. لازم به ذکر است کلیه اقلام استفاده شده از محل قفسه دارویی بایستی در فواصل مناسب از انبار دارویی جایگزین گردد.

ج) انبار دارویی اورژانس: فضایی است که در آن داروهای مورد نیاز بخش اورژانس برای مدت حداقل دو ماه نگهداری می‌شود.

**توضیحات:**

- 1- داروهای مخدر تزریقی باید فقط در مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی که دارای سوپروایزر اورژانس است، در قفسه مخصوص داروهای مخدر، مجزا از قفسه دارویی بخش اورژانس و طبق ضوابط مندرج در دستورالعمل شماره 7405 به تاریخ 79/7/26 معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت نگهداری شود.
- 2- **تعداد داروهای فوق در قفسه دارویی بخش اورژانس (داروهای ضروری، بیهوشی و ترجیحی طبق دستورالعمل حاضر) با رعایت میزان حداقل، ذکر شده است و این تعداد براساس بار مراجعه اورژانس، بنا بر پیشنهاد کتبی کمیته اورژانس بیمارستان و پس از تأیید نهایی معاونت درمان دانشگاه متبوع، قابل افزایش می‌باشد. بدیهی است کاهش اقلام دارویی یا تعداد آنها مجاز نیست.**
- 3- مراکز تخصصی و فوق تخصصی (مراکز تخصصی چشم، گوش و حلق و بینی، زنان، اطفال و ...) باید بعد از اعلام کتبی لیست داروهای تخصصی مورد نیاز خود به معاونت درمان دانشگاه متبوع و پس از تأیید آن معاونت، آن را به لیست داروهای ضروری مذکور **اضافه** نمایند.
- 4- نحوه چیدمان داروهای ترالی در کشوی اول و دوم **از جلو به عقب، راست به چپ و به ترتیب شماره های مندرج در لیست حاضر و به صورت مارپیچی** می‌باشد.
- 5- در کشوی دوم ترالی علاوه بر رعایت بند 4 و قرار دادن داروهای موجود در لیست، داروهای ضروری مراکز تخصصی و فوق تخصصی که در لیست داروهای ترجیحی ذکر شده اند نیز قرار می‌گیرند.
- 6- استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیازمند استفاده از **امکانات مانیتورینگ قلبی** مناسب است.
- 7- داروهایی که باید در یخچال نگهداری شوند، جداگانه لیست شده اند و این دسته از داروها باید در طبقه میانی یخچال و در دمای 2 تا 8 درجه سانتیگراد نگهداری شوند. لازم به ذکر است کنترل و ثبت دمای روزانه یخچال دارویی بخش اورژانس الزامی است.
- 8- الصاق لیست داروهای ضروری آخرین ویرایش استاندارد دارویی (ویرایش چهارم)، روی یکی از طرفین ترالی و همچنین قفسه دارویی بخش اورژانس **اجباری** است.
- 9- در تمامی بخش های اورژانس، الصاق فرمی در خصوص کنترل و ثبت تاریخ انقضای داروهای موجود در ترالی و قفسه و همچنین توضیحات مورد نیاز احتمالی، در کنار دستورالعمل حاضر، الزامی است.
- 10- آخرین ویرایش دستورالعمل حاضر (اصلاحیه زمستان 1390)، در سایت پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آدرس <http://medcare.health.gov.ir>، بخش مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور، اداره اورژانس بیمارستانی با استفاده از **username** و **password** دانشگاه در دسترس می‌باشد.



1 - داروهای ضروری

1-1-1- لیست داروهای کشوی اول ترالی اورژانس					
ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در ترالی
1	آب مقطر	Vial	5 ml	Sterile Water	10
2	اپی نفرین هیدروکلراید *	Amp.	1 mg/ml	Epinephrine HCl	10
3	آتروپین سولفات *	Amp.	0.5 mg/ml	Atropine Sulfate	10
4	آمیودارون *	Amp.	50 mg/ml, 3ml	Amiodarone HCl	5
5	لیدوکائین *	Amp.	100mg/5ml	Lidocaine HCl 2%	5
6	آدنوزین *	Amp.	3 mg/ml, 2 ml	Adenosine	3
7	نیتروگلیسیرین * (NTG)	Amp.	1mg/ml, 5 ml 10mg/10ml	Nitroglycerin	5
8	دوپامین *	Amp.	40 mg/ml, 5 ml	Dopamine HCl	3
9	دوبوتامین *	Amp.	250 mg/20ml	Dobutamine	3
10	هپارین سدیم	Amp.	5000 U/ml, 1ml	Heparin Sodium	3
11	وراپامیل *	Amp.	2.5 mg/ml, 2ml	Verapamil HCl	3
12	پروپرانولول *	Amp.	1mg/ml	Propranolol HCl	2
13	دیگوکسین *	Amp.	0.25 mg/ml, 2 ml	Digoxin	3
14	فوروزماید	Amp.	10 mg/ml, 2ml	Furosemide	10
15	نالوکسان	Amp.	0.4 mg/ml	Naloxone HCl	10
16	میدازولام	Amp.	5 mg/ml, 1ml	Midazolam	3
17	دiazepam	Amp.	5 mg/ml, 2 ml	Diazepam	5
18	فنی توین سدیم	Amp.	50 mg/ml, 5ml	Phenytoin Sodium	10
19	فنوباریتال	Amp.	200 mg/ml, 1ml	Phenobarbital Sodium	5
20	هالوپریدول	Amp.	5 mg/ml	Haloperidol	3
21	کلسیم گلوکونات *	Amp.	1000 mg/10ml	Calcium Gluconate 10%	3
22	هیدروکورتیزون	Amp.	50 mg/2 ml	Hydrocortisone	5
23	رانیتیدین	Amp.	25mg/ml, 2ml	Ranitidine	5
24	متوکلوپرامید	Amp.	5 mg/ml, 2 ml	Metoclopramide	5



1-1-2- لیست داروهای کشوی دوم تریالی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	حداقل تعداد در تریالی
25	آ-اس-آ	Tab. 325 mg	ASA	10
26	نیتروگلیسرین	Pearl 0.4 mg	Nitroglycerin (NTG)	10
27	سولفات منیزیم * 50%	Vial 50 ml	MgSO4 50%	2
28	دکستروز 20%	Vial 50 ml	Dextrose 20%	3
29	دکستروز 50%	Vial 50 ml	Dextrose 50%	3
30	سدیم بیکربنات	Vial 50 ml	Sodium Bicarbonate 8.4%	3
31	سدیم کلراید 5%	Vial 50 ml	Sodium Chloride 5%	2
32	سالبوتامول	Spray 100 mcg/dose	Salbutmol	1
33	دکستروز 5%	Solution 500ml	Dextrose 5%	1
34	سدیم کلراید 0/9% (سالین نرمال تزریقی)	Solution 500ml	Sodium Chloride 0.9%	1
35	ژل لیدوکائین	Gel -	Lidocaine	1
36	ژل الکتروود	-	-	1



1-2 - لیست داروهای ضروری قفسه دارویی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
1	آدنوزین *	Amp. 3 mg/ml, 2 ml	Adenosine	3
2	آمیودارون *	Amp. 50 mg/ml, 3ml	Amiodarone HCl	5
3	آ-اس-آ	Tab. 325 mg	ASA	30
4	آتروپین سولفات *	Amp. 0.5 mg/ml	Atropine Sulfate	40
5	کلسیم گلوکونات *	Amp. 1000mg/10ml	Calcium Gluconate 10%	10
6	کابتوپریل	Tab. 25 mg	Captopril	20
7	کلرفنیرامین	Amp. 10 mg/ml	Chlorpheniramine	10
8	دگزامتازون	Amp. 4 mg/ml, 2 ml	Dexamethasone phosphate	20
9	دکستروز 20%	Vial 50 ml	Dextrose 20%	10
10	دکستروز 50%	Vial 50 ml	Dextrose 50%	10
11	دیازپام	Amp. 5 mg/ml, 2 ml	Diazepam	10
12	دیگوکسین *	Amp. 0.25 mg/ml, 2 ml	Digoxin	5
13	دوبوتامین *	Amp. 250 mg/20ml	Dobutamine	5
14	دوپامین *	Amp. 40 mg/ml, 5 ml	Dopamine HCl	10
15	ابی نفرین هیدروکلراید *	Amp. 1 mg/ml	Epinephrine Hcl	20
16	فوروزماید	Amp. 10 mg/ml, 2ml	Furosemide	20
17	هالوپریدول	Amp. 5 mg/ml	Haloperidol	10
18	هپارین	Amp. 5000 U/ml, 1ml 1000 U/ml	Heparin Sodium	5
19	هیدروکورتیزون	Amp. 50 mg/2 ml	Hydrocortisone	10
20	هیوسین	Amp. 20 mg/ml	Hyoscine	15
21	ایپراتروپیوم	Spray 20 mcg/dose	Ipratropium Bromide	2
22	لیدوکائین *	Amp. 1000 mg/5ml	Lidocaine HCl 2%	10
23	متوکلوپرامید	Amp. 5 mg/ml, 2 ml	Metoclopramide	10
24	سولفات منیزیم * 20%	Vial 50 ml	MgSO4 20%	5
25	سولفات منیزیم * 50%	Vial 50 ml	MgSO4 50%	5
26	میدازولام	Amp. 5mg/ml, 1ml	Midazolam	10
27	نالوکسان	Amp. 0.4 mg/ml	Naloxone HCl	10
28	نیتروگلیسرین *	Amp. 1mg/ml, 5 ml 10mg/10ml	Nitroglycerin (NTG)	5
29	نیتروگلیسرین	Pearl 0.4 mg	Nitroglycerin (NTG)	20



ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
30	فنوباربیتال	Amp.	200 mg/ml, 1ml	Phenobarbital Sodium	5
31	فنی توئین سدیم	Amp.	50 mg/ml, 5ml	Phenytoin Sodium	10
32	کلرید پتاسیم*	Vial	2 meq/ml, 50 ml	Potassium Chloride	10
33	پویدون ایودین (بتادین)	Solution	250 cc	Povidon Iodine 10%	5
34	پروپرانولول*	Amp.	1mg/ml	Propranolol HCl	5
35	رانیتیدین	Amp.	25mg/ml, 2ml	Ranitidine	20
36	سالبوتامول	Spray	100 mcg/dose	Salbutamol	2
37	سدیم بیکربنات	Vial	50 ml	Sodium Bicarbonate 8.4%	5
38	سدیم کلراید 5%	Vial	50 ml	Sodium Chloride 5%	5
39	سوربیتول	Sachet	5g	Sorbitol	10
40	آب مقطر	Vial	5 ml	Sterile Water	20
41	وراپامیل*	Amp.	2.5 mg/ml, 2ml	Verapamil HCl	5
42	ویتامین کا	Amp.	2 mg/ml, 0.5 ml	Vitamin k	3
43	شارکول فعال	Powder or Suspension		Activated Charcoal	3 عدد سوسپانسیون یا یک بسته 40 تایی

محلول های وریدی

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
44	دکستروز 5%	Solution	500ml, 1000 ml	Dextrose 5%	10
45	دکستروز 10%	Solution	500ml, 1000 ml	Dextrose 10%	10
46	مانیتول	Solution	10%, 20%	mannitol	5
47	رینگر لاکتات	Solution	500ml, 1000 ml	Ringer Lactate	10
48	سدیم کلراید 0/45% (سالین نیم نرمال)	Solution	500ml, 1000 ml	Sodium Chloride 0.45%	10
49	سدیم کلراید 0/9% (سالین نرمال)	Solution	500ml, 1000 ml	Sodium Chloride 0.9%	10
50	سدیم کلراید 0/9% (سالین شستشو)	Irrigation	1000 ml	Sodium Chloride 0.9%	10

داروهای مخدر (داخل قفسه مخدر اورژانس)

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه مخدر
51	مرفین سولفات	Amp.	10 mg/ml	Morphine Sulfate	5
52	متادون	Amp.	5 mg/ml	Methadone	5



1-3 - لیست داروهای ضروری یخچالی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد
1	استامینوفن	Supp.	125 mg	Acetaminophen	10
2	استامینوفن	Supp	325 mg	Acetaminophen	10
3	دیکلوفناک	Supp.	100 mg	Diclofenac Sodium	10
4	توکسویید دیفتری وکزاز (واکسن)	Vial	-	dT(toxoid)	2
5	انسولین رگولار	vial	100 IU/ml	Insulin Regular	2
6	استرپتوکیناز*	Vial	750,000 IU	Streptokinase	2



2 - داروهای ترجیحی

2-1 لیست داروهای ترجیحی بخش اورژانس

توضیحات	نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
	Acetaminophen	Amp.	1000 mg/6.7ml	استامینوفن	1
	Acetaminophen	Syrup.	120 mg/5ml	استامینوفن	2
	Acetaminophen	drop	100 mg/ml	استامینوفن	3
	Acetaminophen Codeine	Tab.	300/10	استامینوفن کدیین	4
ضروری در مراکز مسمومیت	Acetylcysteine	Amp.	200 mg/ml	استیل سیستئین	5
	Aciclovir	Vial.	250 mg	آسیکلوویر	6
	Albumin 20%	Vial	50 ml	آلبومین 20%	7
	Alprazolam	Tab.	0.5 mg	آلپرازولام	8
	Amikacin	Amp.	250 mg/ml, 2 ml	آمیکاسین	9
	Aminophylline	Amp.	25 mg/ml, 10 ml	آمینوفیلین *	10
	Ampicillin	Vial	500 mg, 1 gr	آمپی سیلین	11
	Artificial tears 0.5%	Drop	10 ml	اشک مصنوعی	12
ضروری در مراکز مسمومیت	Atropine Sulfate	Amp.	ml 2 mg/ml, 10	آتروپین *	13
	Azithromycin	Cap.	250 mg	آزیترومایسین	14
	Benzocaine 5%	Oint.	-	بنزوکائین	15
	Bisacodyl	Supp.	5 mg, 10 mg	بیزاکودیل	16
	Bupivacaine 0.25%	Vial	10 ml	بویواکائین	17
	Burn ointment	Oint.	-	پماد سوختگی	18
	Cefazoline	Vial	500 mg, 1 gr	سفازولین	19
	Ceftazidime	Vial	500 mg, 1 gr	سفتازیدیم	20
	Cefixime	Tab.	200 mg or 400 mg	سفیکسیم	21
	Cefixime	Powder, for suspension	100 mg or 100 mg/5ml	سفیکسیم	22
	Ceftriaxone	Vial	500 mg, 1 gr	سفتریاکسون	23
	Chloral Hydrate	Solution	250 mg/5 ml	محلول کلرال هیدرات	24
	Chlorpromazine HCl	Amp.	ml 25 mg/ml, 2	کلر پرومازین	25
	Ciprofloxacin	Vial	2 mg/ml, 100 ml	سیپروفلوکساسین	26
	Clindamycin	Amp.	150 mg/ml, 2 ml	کلیندامایسین	27
	Cloxacillin Sodium	Vial	250, 500 mg	کلوگزاسیلین	28
	Contraceptive HD	Tab.	-	قرص ضدبارداری اچ دی	29



توضیحات	نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
	Cyclopentolate HCl 1%	Solution	-	سیکلوپنتولات	30
	Dantrolene Sodium	Vial.	20 mg	دانترولن	31
ضروری در مراکز مسمومیت و خون	Deferoxamine	Vial.	500 mg, 2 gr	دفروکسامین	32
	Dextrose, Nacl 5, 0.9%	Solution	500 ml, 1000 ml	دکستروز، سالین نرمال	33
	Dihydroergotamine Mesylate	Amp.	1 mg/ml	دی هیدروارگوتامین	34
	Diphenhydramine HCl	Amp.	50 mg/ml	دیفن هیدرامین	35
ضروری در مراکز مسمومیت	Flumazenil	Amp.	0.1 mg/ml , 5 ml	فلومازنیل	36
	Gentamicin	Amp.	40 mg/ml, 2 ml	جنتامایسین	37
ضروری در مراکز زنان و زایمان	Hydralazine	Vial.	20 mg	هیدرالازین	38
	Hydrocortisone/ Acetic acid 1/2%	Drop	-	هیدروکورتیزون چشمی	39
	Ibuprofen	Tab.	200 mg	ایبuprofen 200	40
	Ibuprofen	Tab.	400 mg	ایبuprofen 400	41
	Lactolose	Syrup	10 g/ 15 ml	لاکتولوز	42
	Lidocaine HCl 6.5%	Spray	-	لیدوکائین	43
	Methadone HCl	Amp.	10 mg/ml	متادون	44
ضروری در مراکز زنان و زایمان	Methylergonovine Maleate	Amp.	0.2 mg/ml	متیل ارگونوین	45
ضروری در مراکز جراحی اعصاب	Methylprednisolone Succinate	Vial	500 mg	متیل پردنیزولون سوکسینات	46
	Metoprolol	Tab.	50 mg	متوپرولول	47
	Metronidazole	Vial	5 mg/ml, 100 ml	مترونیدازول	48
	Metronidazole	Tab.	250 mg	مترونیدازول	49
	Naphzoline HCl 0.1%	Ophth. drop	-	نفازولین	50
	Nitroprusside Sodium	Vial.	50 mg	نیترو پروساید سدیم*	51
	Norepinephrine	Amp.	2 mg/ml, 2ml	نور اپی نفرین*	52
	ORS	Sachet	-	او - آر - اس	53
	Oxazepam	Tab.	10 mg	اکزازپام	54
	Pantoprazole	Vial.	40 mg	پنتوپرازول	55
	Penicillin G (Na,K)	Vial	5,000,000 IU	پنی سیلین جی	56
	Phenylephrine HCl	Amp.	10 mg/ml	فنیل افرین*	57
	Phenylephrine HCl 0.25%	Nasal Drop	-	فنیل افرین	58
ضروری در مراکز مسمومیت	Poly Ethylene Glycol (PEG)	Bulk	-	پلی اتیلن گلیکول	59



ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	توضیحات
60	پرایدوکسیم	Vial.	1g	Pralidoxime Chloride	ضروری در مراکز مسمومیت
61	پروکابین آمید	Vial	100 mg/ml, 10ml	Procainamide HCl	
62	پرومتازین	Amp.	25 mg/ml, 2ml	Promethazine	
63	رینگر	Solution	500ml, 1000 ml	Ringer	
64	سالبوتامول استنشاقی	Solution	5 mg/ml	Salbutamol (ventolin)	ضروری در مراکز اطفال
65	سیلور سولفادیازین	Oint.	-	Silver sulfadiazine	
66	تیو سولفات سدیم	Amp.	250 mg/ml, 50ml	Sodium Thiosulfate	ضروری در مراکز مسمومیت
67	سدیم پلی استیرن سولفونات	Powder	454 gr	Sodium-Polystyrene sulfonate	
68	سولفاستامید	Ophth. drop	-	Sulfacetamide 20%	
69	تتراکابین 0/5%	Ophth. drop	-	Tetracaine HCl 0.5%	
70	تتراسیکلین 3%	Oint.	-	Tetracycline HCl 3%	
71	تتراسایکلین 1%	Oint.	-	Tetracycline HCl 1%	
73	تیمولول 0/5%	Ophth. drop	-	Timolol Maleate 0.5%	
74	ونکومایسین	Vial	500 mg	Vancomycin	
75	وازوپرسین	Vial	250 IU	Vasopressin	
76	ویتامین کا	Amp.	10 mg/ml	Vitamin k	



2-2 لیست داروهای یخچالی ترجیحی بخش اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	توضیحات
1	کمپلکس پروترومبین فعال	Vial IU 1000	Activited Prothrombin Complex	ضروری در مراکز هموفیلی
2	سرم ضد عقرب	Vial -	Anti venom - scorpion	ضروری در مراکز مسمومیت و مناطق آندمیک
3	سرم ضد مار	Vial -	Anti venom - snake	ضروری در مراکز مسمومیت و مناطق آندمیک
4	آنتی توکسین بوتولیسم پلی والان	Vial -	Botulism Polyvalent (A+B+E)	ضروری در مراکز مسمومیت
5	آنتی بادی ضد دیگوکسین	Vial 40 mg	Digoxin Specific Antibody	ضروری در مراکز مسمومیت
6	آنتی توکسین دیفتری	Vial	Diphtheria Antitoxin Equine	
7	فاکتور 7 فعال	Vial 1.2 , 2.4 mg	Factor VIIa	ضروری در مراکز هموفیلی
8	گلوکاگون	Vial 1 mg	Glucagon	ضروری در مراکز مسمومیت
9	انسولین	Vial -	Insulin NPH	
10	اکترئوتاید	Amp. 50 mcg/ml	Octereotide	
11	اکسی توسین	Amp. 10 U/ml	Oxytocine	ضروری در مراکز زنان و زایمان
12	پروتامین سولفات	Amp. 1000 UAH/ml, 5 ml	Protamine Sulfate	
13	تتابولین	Vial 250 IU/5ml	TIG	



3 - داروهای بیهوشی

3-1 لیست داروهای بیهوشی

نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
Fentanil	Amp.	50 mcg/ml, 10 ml	فنتانیل	1
Ketamine	Vial	50 mg/ml, 10ml	کتامین	2
Succinylcholine chloride	Vial	50 mg/ ml, 10 ml	سوکسینیل کولین	3
Thiopental sodium	Vial	50 mg/ml, 20ml	تیوپنتال	4
Lidocaine 6.5%	Spray	-	لیدوکائین	5
Etomidate	Vial	2 mg/mL (10 mL, 20 mL)	اتومیدیت	6
Methadone	Amp.	5 mg/ml	متادون	7

3-2 داروی یخچالی بیهوشی

نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
Propofol	Vial	-	پروپوفول	1

پایان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دفتر قائم مقام وزیر

بسمه تعالی

شماره ۵/۱۳۹/۳۲۹
تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۲
پوست ندارد

جناب آقای دکتر رضوی
مدیرکل محترم دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
موضوع: به
عناوین آموزشی پرستاری

سلام علیکم

احتراماً بازگشت به نامه شماره ۴۰۲/۱۱۲۴۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۵ در خصوص استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، پاسخ موارد درخواستی به ترتیب و به شرح ذیل جهت استحضار تقدیم می گردد:

- ۱- عناوین آموزشی مدیریت پرستاری
 - کلیه عناوین مرتبط با مدیریت منابع انسانی
 - کلیه عناوین مرتبط با برنامه ریزی، کنترل نظارت، ارزشیابی و...
 - کلیه عناوین مرتبط با اقتصاد سلامت، بودجه و...
 - پرستاری قانونی
 - اخلاق و کدهای اخلاقی پرستاری، استانداردهای حرفه ای و مراقبتی
 - مدیریت بحران در پرستاری
- ۲- عناوین آموزشی مدیریت عمومی: کلیه سرفصل های مدیریتی مراکز آموزش مدیریت دولتی مورد تایید می باشد.
- ۳- فرم ارزیابی اولیه پرستاری: پیش نویس فرم مذکور تدوین شده که نهایی شدن آن مستلزم بررسی در جلسه ای مشترک با متولیان امر از جمله همکاران محترم آن دفتر خواهد بود که متعاقباً اعلام خواهد شد.
- ۴- در خصوص الزام به انتصاب همکاران ماما در مشاغل مدیریتی پرستاری از قبیل مترون و... در مراکز تک تخصصی زنان شایان ذکر است که انتصاب افراد در پست های مدیریتی پرستاری باید با توجه به سرفصل های آموزشی، شرایط احراز و شرح وظایف مصوب این پست ها و لحاظ کلیه مسائل و تبعات قانونی صورت گیرد.

دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی
قائم مقام وزیر در امور پرستاری

دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی



جمهوری اسلامی ایران

مجلس شورای اسلامی

رئیس

پست

شماره: ۱۳۳۴/۷/۱۳۹

تاریخ: ۱۳۸۸/۰۲/۱۴

پست

قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت

ماده واحده- به منظور کارآیی و اثربخشی سرمایه‌های انسانی نظام سلامت شامل شاغلین بالینی رسته بهداشتی، درمانی در بخشهای دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی:
۱- ساعت کار هفتگی شاغلین موضوع این قانون با توجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت‌کارهای غیرمتعارف، به تناسب در هفته حداکثر تا هشت ساعت تقلیل می‌یابد.

۲- کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده (۱۶) قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخشهای دولتی و غیردولتی از شمول ماده (۷۵) قانون کار مستثنی می‌شوند. دولت می‌تواند مشاغل مزبور را جزء مشاغل سخت و زیان‌آور محسوب و از مزایای مواد (۶۷) و (۶۸) قانون مدیریت خدمات کشوری برخوردار نموده و علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه حداکثر تا یک‌ماه مرخصی کار در محیطهای غیرمتعارف به آنان اعطاء نماید.

۳- دولت می‌تواند ساعات کار بخشهای دولتی و غیردولتی در نوبتهای شب و ایام تعطیل را با ضریب ۱/۵ و در نوبت عصر با ضریب ۱/۲ محاسبه نماید و همچنین مشمولین این ماده اجازه کار بیش از دوازده ساعت متوالی را ندارند و می‌توانند حداکثر معادل نصف ساعت کار موظف ماهانه، با توافق کارفرما اضافه کار انجام دهند.

۴- مزایای این قانون به شاغلینی تعلق می‌گیرد که فقط در یکی از بخشهای دولتی یا غیردولتی مشغول خدمت باشند. روش پرداخت حقوق و مزایای آنها نیز ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می‌باشد، به طوری که مبنای پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد، تعرفه‌های خدمات به صورت کمی و کیفی براساس فهرستهای ارزیابی خدمات می‌باشد.

تعرفه خدمات کمی، مبتنی بر بسته خدمتی و شرح وظایف مشمولین این قانون بوده و تعرفه‌های کیفی مبتنی بر استانداردهای روشهای کار (پروسیجر) قابل ارائه در هر ساعت براساس کدهای اخلاقی و منشور ارتباط با بیمار می‌باشد.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

۲۲۲۱۶۸

شماره ۴۳۶۱۶ هـ

تاریخ

۱۱ / ۱۷ / ۱۳۸۸

بسمه تعالی

«یا صلوات بر محمد و آل محمد»

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۰ بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کار و امور اجتماعی، رفاه و تامین اجتماعی، دفاع و پشتیبانی و نیروهای مسلح، سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری و به استناد بند (۵) قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت - مصوب ۱۳۸۸ -، این نامه اجرایی قانون یادشده را به شرح زیر تصویب نمود:

«این نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت»

ماده ۱- شاغلین بالینی به کارکنان رسته بهداشتی، درمانی اطلاق می شود که در بیمارستان ها و مراکز درمانی شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، پزشکان، کاردان ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان هوشبری و شاغلین رشته تغذیه فوریتهای پزشکی می باشند.

ماده ۲- میزان ساعت کار کارکنان (۴۴) ساعت در هفته می باشد و با توجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت کاری های غیرمتعارف، بر طبق دستورالعملی که به تفکیک مشاغل و نوع فعالیت توسط وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تعیین و ابلاغ می گردد، حداکثر تا هشت ساعت در هفته تقلیل می یابد. این دستورالعمل در بخش های دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده ۳- کارکنان بالینی بیمارستان های روانی و سوختگی موضوع ماده (۱) این آیین نامه و همچنین کارشناسان امور روانی، مددیاران و کاردرمانگران این بیمارستان ها، علاوه بر مرخصی

۵۲۵۲۷۱

۱۰۷ / ۱۰ / ۱۳۸۸



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

۲۲۲۱۶۸

شماره ۴۳۶۱۶ هـ. ش
تاریخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۱

استحقاقی سالیانه، حداکثر تا یک ماه از مرخصی کار در محیط های غیرمستعارف استفاده خواهند نمود. این مرخصی قابل خرید یا ذخیره نمی باشد.

تبصره - کارکنان بالینی نیز که در بخش های روانی و سوختگی بیمارستان های عمومی به طور مستمر اشتغال داشته باشند مشمول مفاد این ماده خواهند بود.

ماده ۴- مشاغل کارکنان بالینی بیمارستان های روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده (۱۶) قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخش های دولتی و غیردولتی از جمله مشاغل سخت و زیان آور محسوب می شوند.

ماده ۵- ساعات کار کارکنان بالینی در بخش های دولتی و غیردولتی در نوبت های شب و ایام تعطیل با ضریب (۱/۵) محاسبه می گردد. مشمولین این ماده اجازه کار بیش از دوازده ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز، ماهانه حداکثر (۸۰) ساعت براساس دستورالعمل ماده (۲) این آیین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچ یک از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند.

تبصره - در تعویض نوبت های کاری، یک ساعت صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد.

ماده ۶- روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش های دولتی و غیردولتی در واحدهای مصرح در ماده (۱) این آیین نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می باشد. پرداخت در روش ثابت، براساس قوانین و ضوابط مورد عمل در بخش های مذکور و پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ تعرفه های خدمات، در بخش دولتی براساس طرح نظام نوین بیمارستان ها و در بخش غیردولتی طبق روال حاکم خواهد بود.

ماده ۷- مزایای این آیین نامه فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش های دولتی یا غیردولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند. مشمولین این آیین نامه موظف به ارائه تعهدنامه ای که طی آن فرد، متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود، می باشند. متن تعهدنامه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۸- اعتبارات ناشی از اجرای قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت، همه ساله پیش بینی و در بودجه عمومی دستگاه های ذی ربط منظور خواهد شد.

شماره ات ۴۳۶۱۶-هـ
۲۲۲۱۶۸
تاریخ ۷۸۸/۱۱/۲۲



جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

ماده ۹- معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور موظف است کمبود نیروی انسانی ناشی از اجرای این قانون را که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می شود در قالب مجوز استخدامی طبق ماده (۵۱) قانون مدیریت خدمات کشوری در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران پیش بینی نماید.

محمد رضا رحیمی

معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس جمهور، دفتر رئیس قوه قضائیه، دفتر رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، دفتر معاون اول رئیس جمهور، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور، معاونت حقوقی رئیس جمهور، معاونت امور مجلس رئیس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی، اداره کل قوانین و مقررات کشور، اداره کل حقوقی، کلبه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع رسانی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود.



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

۳۱۱۸۴

۳۸۸ / ۲ / ۲۲

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور

قانون ارتقاء بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت که در جلسه علنی روز یکشنبه مورخ سی‌ام فروردین ماه یکهزار و سیصد و هشتاد و هشت مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۸/۲/۹ به تأیید شورای نگهبان رسیده و طی نامه شماره ۱۷۹/۷۱۳۴ مورخ ۱۳۸۸/۲/۱۴ مجلس شورای اسلامی واصل گردیده‌است، به پیوست جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

محمود احمدی نژاد

رئیس جمهور

رونوشت بانضمام تصویر قانون به:

دکتر دفتر مقام معظم رهبری - دفتر رئیس جمهور - دفتر ریاست قوه قضائیه - دفتر ریاست مجلس شورای اسلامی - دفتر معاون اول رئیس جمهور - مجمع تشخیص مصلحت نظام - وزارت امور اقتصادی و دارایی - وزارت کار و امور اجتماعی - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح - معاونت حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری - دفتر هیأت دولت - دیوان محاسبات کشور - اداره کل پیگیری طرح‌ها و لوایح - دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت - اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی - اداره کل تدوین و تنقیح قوانین و مقررات - معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی - سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران - سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران - روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران (جهت درج در روزنامه) ابلاغ می‌شود. ۲/۱۵



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

شماره /
تاریخ / /
پیوست

پزشکی / دانشکده

بهداشتی درمانی ...

: اصلاحیه ویرایش چهارم

دارویی

با سلام و تقدیم احترام
با توجه به لزوم ایجاد تغییراتی در ویرایش چهارم
استاندارد دارویی، به پیوست اصلاحیه ویرایش چهارم
استاندارد دارویی در بخش اورژانس ()
ارسال می گردد.
شایسته است دستور فرمایید اقلام دارویی بر اساس
این اصلاحیه در بخش های اورژانس در دسترس قرار
گیرد.
بدیهی است ارزشیابی داروها بر اساس این
استاندارد صورت خواهد گرفت.

دکتر غلامرضا معصومی
رئیس مرکز مدیریت حوادث
و فوریتهای پزشکی



معاونت درمان
مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور
اداره اورژانس بیمارستانی

استاندارد دارویی در بخش اورژانس

زیر نظر:

دکتر غلامرضا معصومی

رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

اصلاحیه ویرایش چهارم زمستان 1390

تهران - تقاطع خیابان حافظ و خیابان جمهوری - ساختمان شماره 2 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور

طبقه اول - مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور - اداره اورژانس بیمارستانی



اعضای کمیته تدوین استاندارد داروهای بخش اورژانس بیمارستانی به ترتیب حروف الفبا:

دکتر محمد افضلی مقدم، عضو هیات علمی طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و نایب رییس کمیته

دکتر نادر توکلی، رییس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و رییس کمیته

مهناز السادات حسینی، کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

لیلا خیراتی، کارشناس مسئول گروه تخصصی اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مریم سیاه‌تیر، کارشناس اداره اورژانس بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دبیر کمیته

آمنه شکوری، سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی

معصومه عسگرزاده، کارشناس اورژانس بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شهره کوشا، سرپرستار بخش اورژانس بیمارستان حضرت رسول اکرم

کلی گرجی، مترون بیمارستان مدرس

آذر محمودی، کارشناس مسئول امور پرستاری دفتر پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



باسمه تعالی

تعاریف:

الف) داروهای ضروری: داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس تمامی بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی، ضروری است و امکان حذف هیچیک از آنها وجود ندارد.

ب) داروهای ترجیحی: داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستان‌های عمومی ارجحیت دارد ولی بودن آنها در برخی از مراکز خاص ضروری است که در ستون توضیحات به آن اشاره شده است. لذا توصیه می‌شود این داروها در داروخانه شبانه-روزی بیمارستان با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، در دسترس بیماران قرار گیرد.

پ) داروهای بیهوشی: داروهایی هستند که وجود آنها فقط در بخش‌های اورژانس دارای متخصصان طب اورژانس یا بیهوشی مقیم ضروری است.

ت) توالی اورژانس: عبارت است از کمد متحرک دارو و تجهیزات احیا، که باید در تمامی اورژانس‌ها وجود داشته باشد و حاوی برخی از داروهای **ضروری** اورژانس است. (طبق لیست داروهای توالی موجود در استاندارد دارویی ویرایش چهارم)

ث) قفسه داروهای اورژانس: عبارت است از قفسه‌ای که در بخش اورژانس موجود است و حاوی داروهای ضروری و در صورت لزوم، ترجیحی بخش اورژانس می‌باشد. لازم به ذکر است کلیه اقلام استفاده شده از محل قفسه دارویی بایستی در فواصل مناسب از انبار دارویی جایگزین گردد.

ج) انبار دارویی اورژانس: فضایی است که در آن داروهای مورد نیاز بخش اورژانس برای مدت حداقل دو ماه نگهداری می‌شود.

**توضیحات:**

- 1- داروهای مخدر تزریقی باید فقط در مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی که دارای سوپروایزر اورژانس است، در قفسه مخصوص داروهای مخدر، مجزا از قفسه دارویی بخش اورژانس و طبق ضوابط مندرج در دستورالعمل شماره 7405 به تاریخ 79/7/26 معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت نگهداری شود.
- 2- **تعداد داروهای فوق در قفسه دارویی بخش اورژانس (داروهای ضروری، بیهوشی و ترجیحی طبق دستورالعمل حاضر) با رعایت میزان حداقل، ذکر شده است و این تعداد براساس بار مراجعه اورژانس، بنا بر پیشنهاد کتبی کمیته اورژانس بیمارستان و پس از تأیید نهایی معاونت درمان دانشگاه متبوع، قابل افزایش می‌باشد. بدیهی است کاهش اقلام دارویی یا تعداد آنها مجاز نیست.**
- 3- مراکز تخصصی و فوق تخصصی (مراکز تخصصی چشم، گوش و حلق و بینی، زنان، اطفال و ...) باید بعد از اعلام کتبی لیست داروهای تخصصی مورد نیاز خود به معاونت درمان دانشگاه متبوع و پس از تأیید آن معاونت، آن را به لیست داروهای ضروری مذکور **اضافه** نمایند.
- 4- نحوه چیدمان داروهای ترالی در کشوی اول و دوم **از جلو به عقب، راست به چپ و به ترتیب شماره های مندرج در لیست حاضر و به صورت مارپیچی** می‌باشد.
- 5- در کشوی دوم ترالی علاوه بر رعایت بند 4 و قرار دادن داروهای موجود در لیست، داروهای ضروری مراکز تخصصی و فوق تخصصی که در لیست داروهای ترجیحی ذکر شده اند نیز قرار می‌گیرند.
- 6- استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیازمند استفاده از **امکانات مانیتورینگ قلبی** مناسب است.
- 7- داروهایی که باید در یخچال نگهداری شوند، جداگانه لیست شده اند و این دسته از داروها باید در طبقه میانی یخچال و در دمای 2 تا 8 درجه سانتیگراد نگهداری شوند. لازم به ذکر است کنترل و ثبت دمای روزانه یخچال دارویی بخش اورژانس الزامی است.
- 8- الصاق لیست داروهای ضروری آخرین ویرایش استاندارد دارویی (ویرایش چهارم)، روی یکی از طرفین ترالی و همچنین قفسه دارویی بخش اورژانس **اجباری** است.
- 9- در تمامی بخش های اورژانس، الصاق فرمی در خصوص کنترل و ثبت تاریخ انقضای داروهای موجود در ترالی و قفسه و همچنین توضیحات مورد نیاز احتمالی، در کنار دستورالعمل حاضر، الزامی است.
- 10- آخرین ویرایش دستورالعمل حاضر (اصلاحیه زمستان 1390)، در سایت پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آدرس <http://medcare.health.gov.ir>، بخش مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور، اداره اورژانس بیمارستانی با استفاده از **username** و **password** دانشگاه در دسترس می‌باشد.



1 - داروهای ضروری

1-1-1- لیست داروهای کشوی اول ترالی اورژانس					
ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در ترالی
1	آب مقطر	Vial	5 ml	Sterile Water	10
2	اپی نفرین هیدروکلراید *	Amp.	1 mg/ml	Epinephrine HCl	10
3	آتروپین سولفات *	Amp.	0.5 mg/ml	Atropine Sulfate	10
4	آمیودارون *	Amp.	50 mg/ml, 3ml	Amiodarone HCl	5
5	لیدوکائین *	Amp.	100mg/5ml	Lidocaine HCl 2%	5
6	آدنوزین *	Amp.	3 mg/ml, 2 ml	Adenosine	3
7	نیتروگلیسیرین * (NTG)	Amp.	1mg/ml, 5 ml 10mg/10ml	Nitroglycerin	5
8	دوپامین *	Amp.	40 mg/ml, 5 ml	Dopamine HCl	3
9	دوبوتامین *	Amp.	250 mg/20ml	Dobutamine	3
10	هپارین سدیم	Amp.	5000 U/ml, 1ml	Heparin Sodium	3
11	وراپامیل *	Amp.	2.5 mg/ml, 2ml	Verapamil HCl	3
12	پروپرانولول *	Amp.	1mg/ml	Propranolol HCl	2
13	دیگوکسین *	Amp.	0.25 mg/ml, 2 ml	Digoxin	3
14	فوروزماید	Amp.	10 mg/ml, 2ml	Furosemide	10
15	نالوکسان	Amp.	0.4 mg/ml	Naloxone HCl	10
16	میدازولام	Amp.	5 mg/ml, 1ml	Midazolam	3
17	دiazepam	Amp.	5 mg/ml, 2 ml	Diazepam	5
18	فنی توئین سدیم	Amp.	50 mg/ml, 5ml	Phenytoin Sodium	10
19	فنوباریتال	Amp.	200 mg/ml, 1ml	Phenobarbital Sodium	5
20	هالوپریدول	Amp.	5 mg/ml	Haloperidol	3
21	کلسیم گلوکونات *	Amp.	1000 mg/10ml	Calcium Gluconate 10%	3
22	هیدروکورتیزون	Amp.	50 mg/2 ml	Hydrocortisone	5
23	رانیتیدین	Amp.	25mg/ml, 2ml	Ranitidine	5
24	متوکلوپرامید	Amp.	5 mg/ml, 2 ml	Metoclopramide	5



1-1-2- لیست داروهای کشوی دوم تریالی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	حداقل تعداد در تریالی
25	آ-اس-آ	Tab. 325 mg	ASA	10
26	نیتروگلیسرین	Pearl 0.4 mg	Nitroglycerin (NTG)	10
27	سولفات منیزیم * 50%	Vial 50 ml	MgSO4 50%	2
28	دکستروز 20%	Vial 50 ml	Dextrose 20%	3
29	دکستروز 50%	Vial 50 ml	Dextrose 50%	3
30	سدیم بیکربنات	Vial 50 ml	Sodium Bicarbonate 8.4%	3
31	سدیم کلراید 5%	Vial 50 ml	Sodium Chloride 5%	2
32	سالبوتامول	Spray 100 mcg/dose	Salbutmol	1
33	دکستروز 5%	Solution 500ml	Dextrose 5%	1
34	سدیم کلراید 0/9% (سالین نرمال تزریقی)	Solution 500ml	Sodium Chloride 0.9%	1
35	ژل لیدوکائین	Gel -	Lidocaine	1
36	ژل الکتروود	-	-	1



1-2 - لیست داروهای ضروری قفسه دارویی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
1	آدنوزین *	Amp. 3 mg/ml, 2 ml	Adenosine	3
2	آمیودارون *	Amp. 50 mg/ml, 3ml	Amiodarone HCl	5
3	آ-اس-آ	Tab. 325 mg	ASA	30
4	آتروپین سولفات *	Amp. 0.5 mg/ml	Atropine Sulfate	40
5	کلسیم گلوکونات *	Amp. 1000mg/10ml	Calcium Gluconate 10%	10
6	کابتوپریل	Tab. 25 mg	Captopril	20
7	کلرفنیرامین	Amp. 10 mg/ml	Chlorpheniramine	10
8	دگزامتازون	Amp. 4 mg/ml, 2 ml	Dexamethasone phosphate	20
9	دکستروز 20%	Vial 50 ml	Dextrose 20%	10
10	دکستروز 50%	Vial 50 ml	Dextrose 50%	10
11	دیازپام	Amp. 5 mg/ml, 2 ml	Diazepam	10
12	دیگوکسین *	Amp. 0.25 mg/ml, 2 ml	Digoxin	5
13	دوبوتامین *	Amp. 250 mg/20ml	Dobutamine	5
14	دوپامین *	Amp. 40 mg/ml, 5 ml	Dopamine HCl	10
15	ابی نفرین هیدروکلراید *	Amp. 1 mg/ml	Epinephrine Hcl	20
16	فوروزماید	Amp. 10 mg/ml, 2ml	Furosemide	20
17	هالوپریدول	Amp. 5 mg/ml	Haloperidol	10
18	هپارین	Amp. 5000 U/ml, 1ml 1000 U/ml	Heparin Sodium	5
19	هیدروکورتیزون	Amp. 50 mg/2 ml	Hydrocortisone	10
20	هیوسین	Amp. 20 mg/ml	Hyoscine	15
21	ایپراتروپیوم	Spray 20 mcg/dose	Ipratropium Bromide	2
22	لیدوکائین *	Amp. 1000 mg/5ml	Lidocaine HCl 2%	10
23	متوکلوپرامید	Amp. 5 mg/ml, 2 ml	Metoclopramide	10
24	سولفات منیزیم * 20%	Vial 50 ml	MgSO4 20%	5
25	سولفات منیزیم * 50%	Vial 50 ml	MgSO4 50%	5
26	میدازولام	Amp. 5mg/ml, 1ml	Midazolam	10
27	نالوکسان	Amp. 0.4 mg/ml	Naloxone HCl	10
28	نیتروگلیسیرین *	Amp. 1mg/ml, 5 ml 10mg/10ml	Nitroglycerin (NTG)	5
29	نیتروگلیسیرین	Pearl 0.4 mg	Nitroglycerin (NTG)	20



ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
30	فنوباربیتال	Amp.	200 mg/ml, 1ml	Phenobarbital Sodium	5
31	فنی توئین سدیم	Amp.	50 mg/ml, 5ml	Phenytoin Sodium	10
32	کلرید پتاسیم*	Vial	2 meq/ml, 50 ml	Potassium Chloride	10
33	پویدون ایودین (بتادین)	Solution	250 cc	Povidon Iodine 10%	5
34	پروپرانولول*	Amp.	1mg/ml	Propranolol HCl	5
35	رانیتیدین	Amp.	25mg/ml, 2ml	Ranitidine	20
36	سالبوتامول	Spray	100 mcg/dose	Salbutamol	2
37	سدیم بیکربنات	Vial	50 ml	Sodium Bicarbonate 8.4%	5
38	سدیم کلراید 5%	Vial	50 ml	Sodium Chloride 5%	5
39	سوربیتول	Sachet	5g	Sorbitol	10
40	آب مقطر	Vial	5 ml	Sterile Water	20
41	وراپامیل*	Amp.	2.5 mg/ml, 2ml	Verapamil HCl	5
42	ویتامین کا	Amp.	2 mg/ml, 0.5 ml	Vitamin k	3
43	شارکول فعال	Powder or Suspension		Activated Charcoal	3 عدد سوسپانسیون یا یک بسته 40 تایی

محلول های وریدی

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه
44	دکستروز 5%	Solution	500ml, 1000 ml	Dextrose 5%	10
45	دکستروز 10%	Solution	500ml, 1000 ml	Dextrose 10%	10
46	مانیتول	Solution	10%, 20%	mannitol	5
47	رینگر لاکتات	Solution	500ml, 1000 ml	Ringer Lactate	10
48	سدیم کلراید 0/45% (سالین نیم نرمال)	Solution	500ml, 1000 ml	Sodium Chloride 0.45%	10
49	سدیم کلراید 0/9% (سالین نرمال)	Solution	500ml, 1000 ml	Sodium Chloride 0.9%	10
50	سدیم کلراید 0/9% (سالین شستشو)	Irrigation	1000 ml	Sodium Chloride 0.9%	10

داروهای مخدر (داخل قفسه مخدر اورژانس)

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد در قفسه مخدر
51	مرفین سولفات	Amp.	10 mg/ml	Morphine Sulfate	5
52	متادون	Amp.	5 mg/ml	Methadone	5



1-3 - لیست داروهای ضروری یخچالی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	حداقل تعداد
1	استامینوفن	Supp.	125 mg	Acetaminophen	10
2	استامینوفن	Supp	325 mg	Acetaminophen	10
3	دیکلوفناک	Supp.	100 mg	Diclofenac Sodium	10
4	توکسویید دیفتری وکزاز (واکسن)	Vial	-	dT(toxoid)	2
5	انسولین رگولار	vial	100 IU/ml	Insulin Regular	2
6	استرپتوکیناز*	Vial	750,000 IU	Streptokinase	2



2 - داروهای ترجیحی

2-1 لیست داروهای ترجیحی بخش اورژانس

توضیحات	نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
	Acetaminophen	Amp.	1000 mg/6.7ml	استامینوفن	1
	Acetaminophen	Syrup.	120 mg/5ml	استامینوفن	2
	Acetaminophen	drop	100 mg/ml	استامینوفن	3
	Acetaminophen Codeine	Tab.	300/10	استامینوفن کدیین	4
ضروری در مراکز مسمومیت	Acetylcysteine	Amp.	200 mg/ml	استیل سیستئین	5
	Aciclovir	Vial.	250 mg	آسیکلوویر	6
	Albumin 20%	Vial	50 ml	آلبومین 20%	7
	Alprazolam	Tab.	0.5 mg	آلپرازولام	8
	Amikacin	Amp.	250 mg/ml, 2 ml	آمیکاسین	9
	Aminophylline	Amp.	25 mg/ml, 10 ml	آمینوفیلین *	10
	Ampicillin	Vial	500 mg, 1 gr	آمپی سیلین	11
	Artificial tears 0.5%	Drop	10 ml	اشک مصنوعی	12
ضروری در مراکز مسمومیت	Atropine Sulfate	Amp.	ml 2 mg/ml, 10	آتروپین *	13
	Azithromycin	Cap.	250 mg	آزیترومایسین	14
	Benzocaine 5%	Oint.	-	بنزوکائین	15
	Bisacodyl	Supp.	5 mg, 10 mg	بیزاکودیل	16
	Bupivacaine 0.25%	Vial	10 ml	بویواکائین	17
	Burn ointment	Oint.	-	پماد سوختگی	18
	Cefazoline	Vial	500 mg, 1 gr	سفازولین	19
	Ceftazidime	Vial	500 mg, 1 gr	سفتازیدیم	20
	Cefixime	Tab.	200 mg or 400 mg	سفیکسیم	21
	Cefixime	Powder, for suspension	100 mg or 100 mg/5ml	سفیکسیم	22
	Ceftriaxone	Vial	500 mg, 1 gr	سفتریاکسون	23
	Chloral Hydrate	Solution	250 mg/5 ml	محلول کلرال هیدرات	24
	Chlorpromazine HCl	Amp.	ml 25 mg/ml, 2	کلر پرومازین	25
	Ciprofloxacin	Vial	2 mg/ml, 100 ml	سیپروفلوکساسین	26
	Clindamycin	Amp.	150 mg/ml, 2 ml	کلیندامایسین	27
	Cloxacillin Sodium	Vial	250, 500 mg	کلوگزاسیلین	28
	Contraceptive HD	Tab.	-	قرص ضدبارداری اچ دی	29



توضیحات	نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
	Cyclopentolate HCl 1%	Solution	-	سیکلوپنتولات	30
	Dantrolene Sodium	Vial.	20 mg	دانترولن	31
ضروری در مراکز مسمومیت و خون	Deferoxamine	Vial.	500 mg, 2 gr	دفروکسامین	32
	Dextrose, Nacl 5, 0.9%	Solution	500 ml, 1000 ml	دکستروز، سالین نرمال	33
	Dihydroergotamine Mesylate	Amp.	1 mg/ml	دی هیدروارگوتامین	34
	Diphenhydramine HCl	Amp.	50 mg/ml	دیفن هیدرامین	35
ضروری در مراکز مسمومیت	Flumazenil	Amp.	0.1 mg/ml , 5 ml	فلومازنیل	36
	Gentamicin	Amp.	40 mg/ml, 2 ml	جنتامایسین	37
ضروری در مراکز زنان و زایمان	Hydralazine	Vial.	20 mg	هیدرالازین	38
	Hydrocortisone/ Acetic acid 1/2%	Drop	-	هیدروکورتیزون چشمی	39
	Ibuprofen	Tab.	200 mg	ایبوپروفن 200	40
	Ibuprofen	Tab.	400 mg	ایبوپروفن 400	41
	Lactolose	Syrup	10 g/ 15 ml	لاکتولوز	42
	Lidocaine HCl 6.5%	Spray	-	لیدوکائین	43
	Methadone HCl	Amp.	10 mg/ml	متادون	44
ضروری در مراکز زنان و زایمان	Methylergonovine Maleate	Amp.	0.2 mg/ml	متیل ارگونوین	45
ضروری در مراکز جراحی اعصاب	Methylprednisolone Succinate	Vial	500 mg	متیل پردنیزولون سوکسینات	46
	Metoprolol	Tab.	50 mg	متوپرولول	47
	Metronidazole	Vial	5 mg/ml, 100 ml	مترونیدازول	48
	Metronidazole	Tab.	250 mg	مترونیدازول	49
	Naphzoline HCl 0.1%	Ophth. drop	-	نفازولین	50
	Nitroprusside Sodium	Vial.	50 mg	نیترو پروساید سدیم*	51
	Norepinephrine	Amp.	2 mg/ml, 2ml	نور اپی نفرین*	52
	ORS	Sachet	-	او - آر - اس	53
	Oxazepam	Tab.	10 mg	اکزازپام	54
	Pantoprazole	Vial.	40 mg	پنتوپرازول	55
	Penicillin G (Na,K)	Vial	5,000,000 IU	پنی سیلین جی	56
	Phenylepherine HCl	Amp.	10 mg/ml	فنیل افرین*	57
	Phenylepherine HCl 0.25%	Nasal Drop	-	فنیل افرین	58
ضروری در مراکز مسمومیت	Poly Ethylene Glycol (PEG)	Bulk	-	پلی اتیلن گلیکول	59



ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو		نام دارو	توضیحات
60	پرالیدوکسیم	Vial.	1g	Pralidoxime Chloride	ضروری در مراکز مسمومیت
61	پروکابین آمید	Vial	100 mg/ml, 10ml	Procainamide HCl	
62	پرومتازین	Amp.	25 mg/ml, 2ml	Promethazine	
63	رینگر	Solution	500ml, 1000 ml	Ringer	
64	سالبوتامول استنشاقی	Solution	5 mg/ml	Salbutamol (ventolin)	ضروری در مراکز اطفال
65	سیلور سولفادیازین	Oint.	-	Silver sulfadiazine	
66	تیو سولفات سدیم	Amp.	250 mg/ml, 50ml	Sodium Thiosulfate	ضروری در مراکز مسمومیت
67	سدیم پلی استیرن سولفونات	Powder	454 gr	Sodium-Polystyrene sulfonate	
68	سولفاستامید	Ophth. drop	-	Sulfacetamide 20%	
69	تتراکابین 0/5%	Ophth. drop	-	Tetracaine HCl 0.5%	
70	تتراسیکلین 3%	Oint.	-	Tetracycline HCl 3%	
71	تتراسایکلین 1%	Oint.	-	Tetracycline HCl 1%	
73	تیمولول 0/5%	Ophth. drop	-	Timolol Maleate 0.5%	
74	ونکومایسین	Vial	500 mg	Vancomycin	
75	وازوپرسین	Vial	250 IU	Vasopressin	
76	ویتامین کا	Amp.	10 mg/ml	Vitamin k	



2-2 لیست داروهای یخچالی ترجیحی بخش اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	شکل و دوز دارو	نام دارو	توضیحات
1	کمپلکس پروترومبین فعال	Vial IU 1000	Activited Prothrombin Complex	ضروری در مراکز هموفیلی
2	سرم ضد عقرب	Vial -	Anti venom - scorpion	ضروری در مراکز مسمومیت و مناطق آندمیک
3	سرم ضد مار	Vial -	Anti venom - snake	ضروری در مراکز مسمومیت و مناطق آندمیک
4	آنتی توکسین بوتولیسم پلی والان	Vial -	Botulism Polyvalent (A+B+E)	ضروری در مراکز مسمومیت
5	آنتی بادی ضد دیگوکسین	Vial 40 mg	Digoxin Specific Antibody	ضروری در مراکز مسمومیت
6	آنتی توکسین دیفتری	Vial	Diphtheria Antitoxin Equine	
7	فاکتور 7 فعال	Vial 1.2 , 2.4 mg	Factor VIIa	ضروری در مراکز هموفیلی
8	گلوکاگون	Vial 1 mg	Glucagon	ضروری در مراکز مسمومیت
9	انسولین	Vial -	Insulin NPH	
10	اکترئوتاید	Amp. 50 mcg/ml	Octereotide	
11	اکسی توسین	Amp. 10 U/ml	Oxytocine	ضروری در مراکز زنان و زایمان
12	پروتامین سولفات	Amp. 1000 UAH/ml, 5 ml	Protamine Sulfate	
13	تتابولین	Vial 250 IU/5ml	TIG	



3 - داروهای بیهوشی

3-1 لیست داروهای بیهوشی

نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
Fentanil	Amp.	50 mcg/ml, 10 ml	فنتانیل	1
Ketamine	Vial	50 mg/ml, 10ml	کتامین	2
Succinylcholine chloride	Vial	50 mg/ ml, 10 ml	سوکسینیل کولین	3
Thiopental sodium	Vial	50 mg/ml, 20ml	تیوپنتال	4
Lidocaine 6.5%	Spray	-	لیدوکائین	5
Etomidate	Vial	2 mg/mL (10 mL, 20 mL)	اتومیدیت	6
Methadone	Amp.	5 mg/ml	متادون	7

3-2 داروی یخچالی بیهوشی

نام دارو	شکل و دوز دارو		نام فارسی دارو	ردیف
Propofol	Vial	-	پروپوفول	1

پایان

ضمیمه : اتاق های جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII) و اتاق های محیط حفاظتی (PE)

اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا (AII):

توضیح:

برخی از میکروارگانیسم ها (برای مثال، ویروس روبئولا، واریسلازوستر، و مایکوباکتریوم توبرکولوزیس) در مرکز قطرات ترشحاتی خارج شده از دهان و بینی بیماران قرار می گیرند و پس از تبخیر قطره به دلیل کوچک بودن، این ذرات باقی مانده (m < ۵۲) ممکن است دیگر را حتی در فاصله ای زیاد با خود در خطر عفونت با آن میکروارگانیسم ها قرار دهند. در چنین مواردی جداسازی تنفسی ضروری است.

▪ هر بیمارستان باید دست کم دارای یک اتاق AII باشد. این اتاق ها ممکن است در هر یک از بخشهای بیمارستانی (داخلی، جراحی و...) قرار داشته باشند و هنگامی که موردی برای جداسازی وجود ندارد، به منظور مراقبت های حاد بیماران و بستری موارد دیگر استفاده شوند، همچنین میتوان تمام اتاق های جداسازی بیمارستان را در بخش جداگانه جداسازی قرار داد.

▪ هر اتاق AII باید تنها دارای یک تخت باشد و از ویژگی های اتاقی که برای مراقبت حاد بیماران به کار میرود، تبعیت کند.

▪ فهرست موارد عفونت های نیازمند جداسازی عفونت تنفسی همراه با زمان جداسازی و روش های کنترل عفونت (شامل روش های

محافظتی خاص هر بیماری) در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آماده است.

- فشار هوا در اتاق AII منفی است. میزان تهویه هوای خروجی، معیارهای تعادل هوا، نسبت های فشار و نیز دمش و مکش هوا برای دستگاه های مکانیکی باید به روشنی توضیح داده و آزمایش شوند تا شرایط کنترل عفونت در محیط مراقبت فراهم شود. این معیارها در پیوست آمده است.
- هر اتاق AII باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون در ورودی اتاق باشد.
- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق AII و نیز تمام درها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج و دیگر فضاها به درون فضای اتاق نشت نکند. پنجره های اتاق AII باید بادستگیره های جداشدنی خاص قابل باز شدن باشند تا تنها کارمندان بخش پرستاری بتوانند در صورت نیاز آنها را باز کنند. در محل درهای خروجی اتاق AII باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.
- سقف اتاق AII باید رنگ پلاستیک زده شود و از کاشی های چسبانندی سقفی استفاده نشود.
- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق AII باید در نظر گرفته شود.

- هر اتاق AII بهتر است پیش اتاق (Anteroom) داشته باشد. فشار این اتاق نسبت به راهرو باید منفی یا ترجیحاً تفاوت فشار موجود نباشد.
- هنگامی که بیمار مبتلا به عفونت تنفسی وجود نداشته باشد میتوان از اتاق AII برای بستری بیمار غیرعفونی استفاده کرد.
- اتاق AII باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دایمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمار مبتلا به عفونت تنفسی باشد. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.
- از اتاق هایی که فشار آنها از منفی به مثبت یا بالعکس تغییرپذیر است، نباید استفاده کرد. دستگاه تهویه اتاق AII نباید به صورتی طراحی شود که جهت جریان هوا تغییرپذیر باشد. به عبارت دیگر، از اتاق AII نباید به عنوان اتاق محیط حفاظتی (PE) استفاده کرد.

اتاق محیط حفاظتی (PE)

توضیح:

بسیاری از مراکز مراقبتی از بیمارانی مراقبت می کنند که به شدت مستعد عفونت هستند، (برای مثال، بیماران مبتلا به ضعف دستگاه ایمنی که به مدت طولانی گرانولوسیتوپنی داشته اند، به ویژه آنها که پیوند مغز استخوان گرفته اند، یا بیماران دیگری که پیوند عضو شده اند و نیز بیماران دچار بدخیمی های خونی که شیمی درمانی می شوند و گرانولوسیتوپنی شدید دارند).

این اتاق ها برای مراقبت از بیماران دچار HIV/AIDS کاربردی ندارند مگر زمانی که این بیماران گرانولوسیتوپنی شدید داشته باشند.

به طور کلی، نیازی به محیط حفاظتی (PE) در تمام بیمارستان ها نیست، مگر در مراکزی که از چنین بیمارانی مراقبت می کنند.

- هر اتاق PE باید تنها دارای یک تخت باشد.
- عامل افتراق میان اتاق های محیط حفاظتی و دیگر اتاق های بیماران وجود فشار مثبت نسبت به فضاهای مجاور است. همچنین تمام هوای ورودی از فیلترهای هپا (HEPA) عبور میکند. میزان تهویه هوای خروجی، نسبت های فشار و شرایط فیلترها در پیوست آمده است.
- هر اتاق PE باید دارای فضایی برای دست شستن، پوشیدن گان و انبار کردن مواد پاکیزه و آلوده درست در بیرون یا درون درب ورودی اتاق باشد.
- دیوارهای پیرامون، سقف و کف اتاق PE و نیز تمام درزها و شکاف های اتاق باید کاملاً بسته باشند تا هوا از خارج یا دیگر فضاها به درون فضای اتاق نکند. تمام خروجی های اتاق، به جز فاصله ای کوچک (به اندازه تقریبی ۱-۱/۵ Cm) زیر در ورودی اتاق PE باید بسته باشد. در محل درهای خروجی اتاق PE باید وسیله ای تعبیه شود تا درها خود به خود بسته شوند.

- توالت، حمام و دستشویی جداگانه برای هر اتاق PE باید مستقیماً از همان اتاق قابل دسترس باشد.
- اتاق PE باید دارای مکانیسم بصری برای پایش دایمی فشار اتاق به هنگام بستری بیمارانی باشد که نیاز به محیط محافظتی دارند. این مکانیسم باید جهت حرکت هوا را دائماً پایش کند.
- اتاق هایی که در بخش پیوند مغز استخوان آلوژنیک قرار دارند باید مطابق نیازهای این بیماران طراحی شوند.
- اتاق ها نباید به گونه ای طراحی و ساخته شوند که فشار هوای آنها از مثبت به منفی و خلاف این قابل تبدیل باشد.

قسمتهایی از مراکز مراقبتی بیماران که نیاز به تهویه خاص

:

الف) اتاق عمل، ب) اتاق محیط حفاظتی^۱ (PE) که برای بستری بیماران پرخطر دچار ضعف دستگاه ایمنی استفاده میشود و پ) اتاق جداسازی عفونت های انتقال پذیر از هوا^۲ (AII) که برای جداسازی بیماران دچار عفونت های انتقال پذیر از هوا^۳ (برای مثال، مایکوباکتریوم توبرکولوزیس، VZV یا ویروس سرخک) استفاده میشود.

(محیط حفاظتی (PE))

¹ Protective Environment

² Airborne infection isolation

³ Airborne infection

هر چند شکل و امکانات اتاق های PE در بین بیمارستان ها تفاوت میکند، این نواحی از بیمارستان برای مراقبت از بیماران پرخطر دچار ضعف ایمنی طراحی شده اند تا شمار اسپرهای قارچ در هوای اتاق با به کارگیری تمهیدات زیر به حداقل برسد:

الف) تصفیه هوای وارد شده به اتاق به وسیله فیلترهای مرکزی^۴ یا نصب شده در محل. تمام هوای ورودی باید از فیلترهای هپایی^۵ (HEPA) عبور کند که کارآیی ۹۹/۹۷٪ برای ذرات $0.3 \mu m$ دارند؛ ب) جریان جهت دار هوای اتاق (هوا از یک سو به درون اتاق دمیده میشود، از محل خواب بیمار می گذرد و از سوی دیگر اتاق مکیده و خارج میشود.)؛ پ) فشار مثبت هوا به اندازه Pa ۸ - ۲/۵

W.C ۳" - ۱" یا mm W.C ۰/۷۵ - ۰/۲۵) ترجیحاً Pa ۸ ؛ ت) بسته بودن تمام منافذ اتاق؛ ث) تهویه هوای اتاق به میزان^۶ $ACH > 12$ میزان جریان هوا باید به گونه ای تنظیم شود که تعویض هوای اتاق در ساعت (ACH) کافی باشد و این میزان بسته به عوامل چندی (همچون مساحت ناحیه نشست کننده هوای اتاق) تفاوت میکند. برای مثال، برای ایجاد $ACH > 12$ در اتاقی که نشست هوای آن 0.5 ft^2 برابر با 929 cm^2 است، میزان جریان هوا باید دست کم 125 cfm^7 برابر با

⁴ Central

⁵ High Efficiency Particulate air filter

⁶ air change per hour

⁷ cubic feet per minute

28 cmm^8 باشد. ممکن است لازم باشد که میزان جریان هوا از این هم بیشتر شود؛ ج) پایش روزانه جهت جریان هوا در ورودی اتاق با روشهای دیداری ترجیحاً کمی (مانومتر) یا کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در هر اتاق های PE که در حال ساخت یا بازسازی هستند باید وسایلی نصب شود که فشار قابل خواندن باشد و ترجیحاً آژیر نیز برای آگاهی از پایین افتادن فشار هوا وجود داشته باشد.

(جداسازی های پذیر هوا (AII))

اتاق های AII برای بستری بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی انتقال پذیر از هوا استفاده می شوند و هر مرکزی که مراقبت های حاد را برای بیماران بستری عرضه میکند. باید دارای دست کم یکی از چنین اتاقهایی باشد. این فضاها مانع از پخش میکروارگانیسم عامل بیماری در بیمارستان تا زمان انتقال پذیری می شوند.

خصوصیات مهم طراحی مهندسی اتاق های AII عبارتند از:

الف) فشار منفی هوا به میزان W.C " ۱٪ (۰/۲۵ mmH₂O) و ترجیحاً W.C " ۳٪ ، فشار منفی هنگامی به وجود می آید که هوای خروجی از ورودی به مقدار دست کم ۵ .cfm یا ۱۰٪ مقدار هوای ورودی (بسته به اینکه مقدار کدامیک بزرگتر باشد) بیشتر باشد. این میزان در بیمارستان های در حال ساخت باید دست کم ۱۰۰ cfm (انتخاب شود؛ ب) تهویه هوای اتاق به میزان دست کم ۶ ACH برای بیمارستان های ساخته شده و ۱۲ ACH > برای

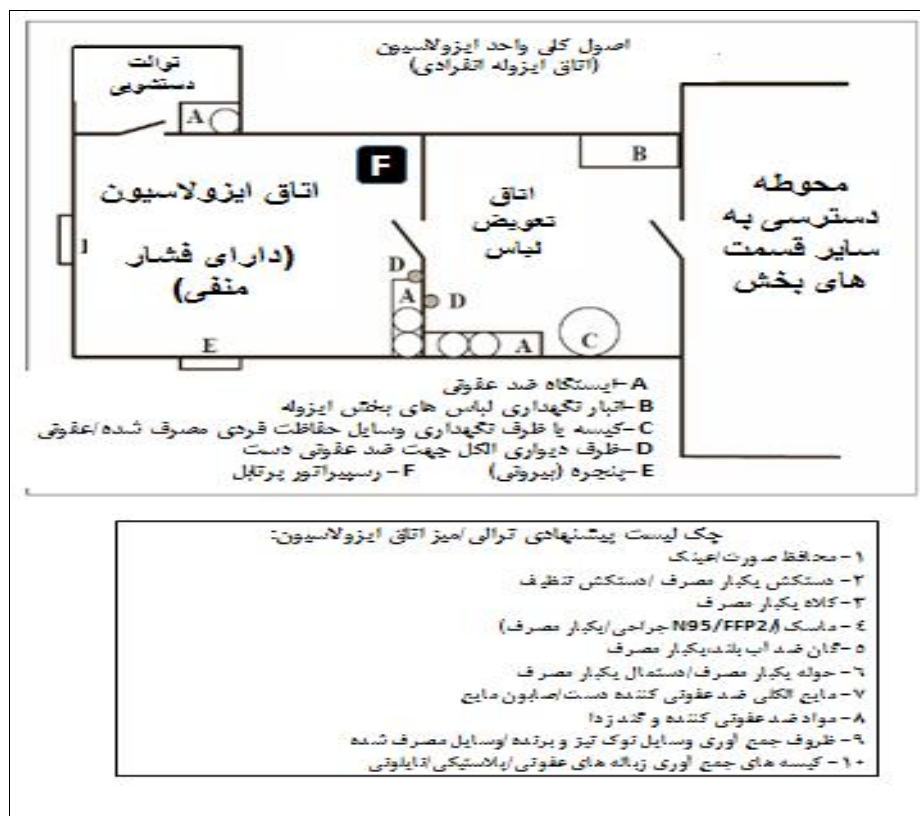
⁸ cubic meter per minute

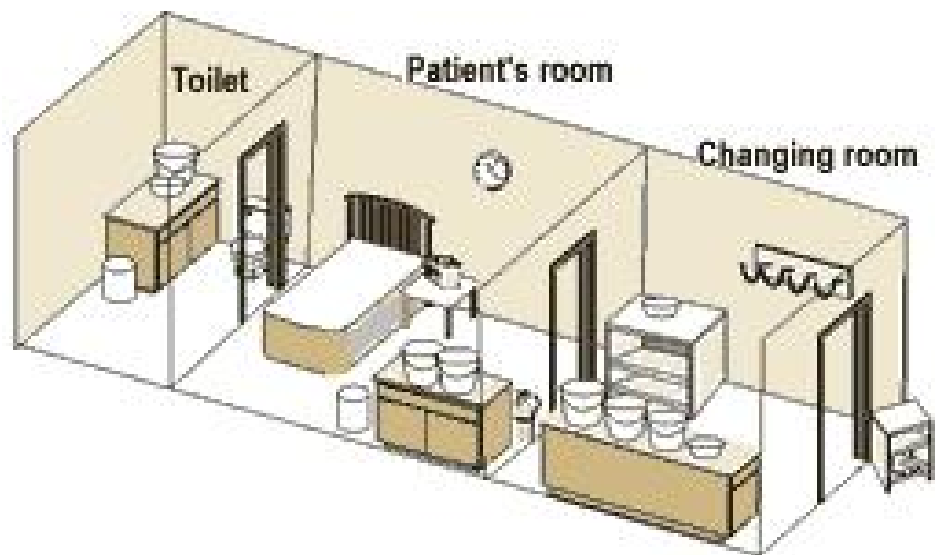
بیمارستان های در حال ساخت یا بازسازی؛ پ) هوای مکیده شده از اتاق های جداسازی احتمالاً دارای ذره های عفونی است. بنابراین، در صورت امکان این هوا باید مستقیماً به بیرون از ساختمان تخلیه شود تا از غلظت این ذرات در هوای بیرون کاسته شود و میکروب ها کشته شوند. خروجی هوای فن باید در محوطه باز و دور از مکان های عمومی و محل رفت و آمد مردم باشد. به همین ترتیب، مکان خروجی فن باید دور از منافذ درون ساختمان (پنجره یا سوراخ های مکش هوا) باشد. محل خروج هوای فن دست کم ۸ متر دور از مکان های عمومی یا منافذ ساختمان باشد. برای رقیق کردن بیشتر هوای خارج شده از فن، جریان هوا باید مسقیماً به سوی بالا با سرعت دست کم ۲۰۰۰ fpm باشد. چنانچه گردش مجدد هوای اتاق AII به درون ساختمان اجتناب ناپذیر باشد، در مسیر هوای خارج شده از اتاق (لوله مکش هوا) به سوی دستگاه تهویه عمومی ساختمان باید فیلترهای هپا نصب و از کارآیی آنها اطمینان حاصل شود؛ ت) پایش دقیق و روزانه جهت جریان هوا با روش های دیداری و استفاده از مانومتر یا شاخص های دیداری کیفی (حرکت دود و نوارهای نازک کاغذ). در بیمارستان های در حال ساخت باید دستگاههای اندازه گیری و پایش فشار در اتاق های AII نصب شود که مجهز به دستگاههای هشداردهنده (آژیر خطر) باشند. این دستگاهها باید دست کم سالانه تنظیم مجدد شوند؛ ث) محل پیشنهادی اتاق جداسازی در بیمارستان های در حال ساخت باید از پیش در نظر گرفته شود و در صورت امکان از نواحی بیمارستان که در معرض جریان های

شدید هوا هستند، همچون نزدیک در آسانسور یا درهای ورودی پرهیز شود؛ ج) محل دمش (ورود) و مکش (خروج) هوا باید به گونه ای انتخاب شود که مخلوط شدن هوای درون اتاق بیشینه و جهت جریان هوا از فرد مراقبت کننده (پزشک، پرستار) به سوری بیمار بهینه شود.

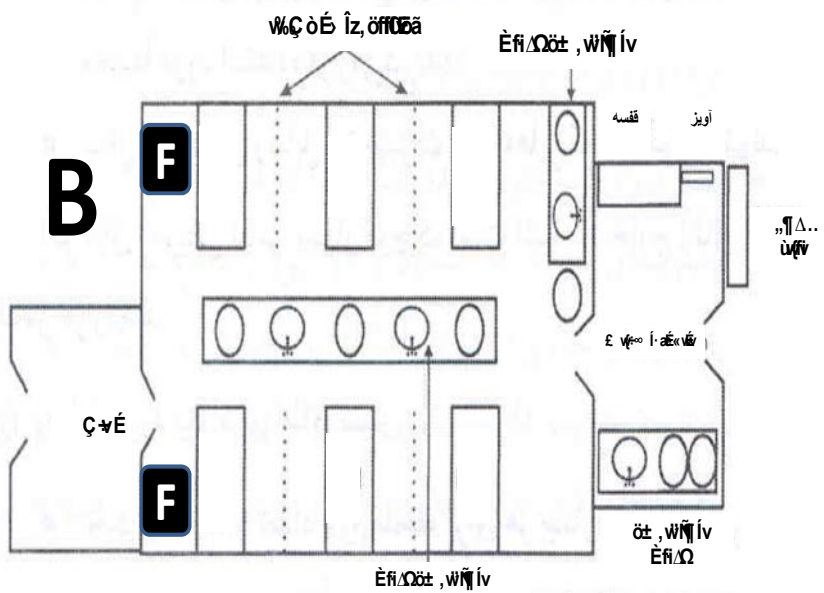
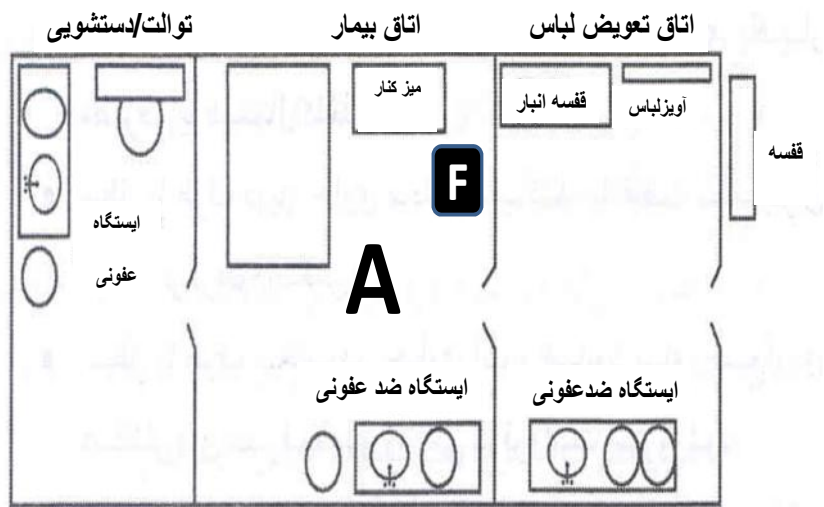
توضیح:

یکی از اجزای جداسازی تنفسی عفونت های انتقال پذیر از هوا محافظت تنفسی کارکنان درمانی و ملاقات کنندگان بیمار به هنگام ورود به اتاق AII است. استفاده از ماسک و دیگر اقدامات محافظتی خاص هر بیماری در راهنماهای کشوری کنترل عفونت آمده است.





اتاق ایزوله انفرادی (A) - اتاق ایزوله گروهی (B)



ضمیمه : وسایل ضروری اتاق ایزوله تنفسی

وسایل و تجهیزات برای اتاق بیمار (اتاق ایزوله):

- ساکشن - تخت سه شکن - دستگاه ونتیلاتور - الکتروشوک - پمپ انفوزیون
- تشک تمیز و بالش خواب و پتو
- روکش پلاستیکی برای پوشش تشک
- ترمومتر - گوشی - فشارسنج /تخت
- ظرف جمع آوری سرنگ و سر سوزن و وسایل برنده
- میز یا قفسه کنار تخت
- ساعت دیواری بزرگ با ثانیه شمار
- ظرف محلول بلیچ و ظرف الکل
- حوله یا پارچه یکبار مصرف الکلی جهت ضد عفونی وسایل معاینه پزشکی
- وسایل مناسب برای جمع آوری مدفوع بیمار که قابلیت ضد عفونی داشته باشند.
- وسایل مناسب برای جمع آوری ادرار بیمار که قابلیت ضد عفونی داشته باشند
- دستگاه اسپری کننده مواد ضد عفونی کننده جهت ضد عفونی کف و دیوارهای اتاق
- ظرف جمع آوری ضایعات عفونی
- کیپسول اکسیژن و مانومتر

- پایه سرم
- تسهیلات شستشوی دست در ورودی اتاق (اتاق تعویض لباس) و داخل اتاق ایزوله
- سیستم تهویه اتاق (تهویه ۱۲ بار در ساعت): تهویه طبیعی یا تهویه با پنکه یا تهویه مکانیکی با فیلتر هپا
- نصب لیست ورود و خروج افراد روی در اتاق
- تعیین پرستار مسئول مصاحبه با ملاقات کنندگان بیمار و تکمیل لیست ورود و خروج
- مبلمان موجود در اتاق ایزوله: تمامی مبلمان موجود دارای قابلیت تمیز کردن و ضدعفونی
- محل شستشو با تسهیلات مناسب برای شستشوی دست و ضدعفونی با الکل نزدیک محل مراقبت / داخل اتاق
- کیسه های زباله مناسب در سطل زباله
- سطل زباله دارای پدال پایی
- وسایل بهداشت فردی یکبار مصرف یا مخصوص جهت استفاده بیمار (پارچ- لیوان- دستمال کاغذی و...)
- ترالی خارج از اتاق ایزوله جهت نگهداری تجهیزات / وسایل حفاظت فردی
- ظرف جمع آوری وسایل استفاده شده جهت استریزاسیون و ضدعفونی خارج از اتاق ایزوله
- تأمین وسایل کافی جهت تمیز کردن و ضدعفونی داخل اتاق ایزوله
- تمیز کردن و ضدعفونی روزانه اتاق ایزوله

- تأمین خط ارتباطی مناسب در اتاق ایزوله (تلفن)
- بسته شدن در اتاق بطور اتوماتیک
- نصب تابلو اتاق ایزوله تنفسي
- شیرهاي شستشو داراي پدال يا اهرم بازويي
- توالت و سرويس بهداشتي اختصاصي اتاق ايزوله
- تطبيق با نقشه هاي پيشنهادي برابر نقشه ضميمه

تجهیزات ترالی اتاق ایزوله:

- محافظ صورت / عینک
- دستکش نظافت یا دارای قابلیت استفاده مجدد برای تمیز کردن محیط
- دستکش لاتکس یکبار مصرف برای مراقبت های بالینی
- کلاه یکبار مصرف
- ماسک: N95 - جراحی
- گان: ضد آب و یکبار مصرف/ مقاوم به نفوذ مایعات چند بار مصرف
- پیش بند پلاستیکی
- محلول الکل برای ضدعفونی دست
- صابون: در صورت امکان صابون مایع
- حوله تمیز یکبار مصرف/ حوله کاغذی
- ظروف جمع آوری اجسام نوک تیز و برنده
- پاک کننده مناسب برای تمیز کردن و ضدعفونی سطوح وسایل و تجهیزات
- کیسه های پلاستیکی بزرگ
- کیسه های جمع آوری ضایعات بالینی
- کیسه های نایلونی
- ظروف جمع آوری تجهیزات مصرف شده

وسایل اتاق تعویض لباس:

۱. دپوی خارج از اتاق تعویض لباس:

- قفسه یا کابین قفل دار
- وسایل تمیز کردن
- گان- پیش بند- دستکش- ماسک- کلاه- عینک- روکفشی /چکمه
- قفسه محل نگهداری چکمه های ضد عفونی شده
- ظرف محل جمع آوری ضایعات غیر عفونی

۲. داخل اتاق تعویض لباس:

- گیره یا رخت آویز
- چسب نواری پلاستیکی
- وسایل و تجهیزات شستشوی دست
- محلول ضد عفونی
- ظرف جمع آوری زباله و ضایعات
- ظرف جمع آوری وسایل مصرف شده که باید استریل شوند.



معاونت بهداشت

«عابر»

رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

با سلام و احترام

همانطوری که مستحضر میباشید آماده سازی اتاقها و بخش های ایزوله تنفسی با فشار منفی با بهره گیری از فیلترها که با اعتبارات ویژه اختصاص داده شده به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام پذیرفته است یک ضرورت ملی و اجتناب ناپذیر از ابعاد پدافندی بوده که در شرایط ایجاد فضا های قرنطینه ای مناسب در یک اقدام واکنش سریع همواره بایستی پس از تجهیز و آماده سازی نهایی مد نظر قرار گرفته و این مکان ها در آماده باش ویژه حفظ گردند، این فضا های ارزشمند موارد استفاده ویژه بشرح ذیل داشته و لازم است توسط شما برادر گرانقدر به کلیه دست اندرکاران بخش درمان و پرسنل مستقر در بیمارستان هابر نحوه استفاده صحیح از این فضا ها تاکید گردد.

موارد استفاده تخصصی و صحیح از اتاق های ایزوله تنفسی با فشار منفی به شرح ذیل است:

- ۱- بستری نمودن هر مورد بیمار مبتلا به اختلالات تنفسی حاد نیازمند استفاده از امکانات اتاق یا بخش دارای سیستم فشار منفی با بهره گیری از فیلترها
- ۲- بیماران مبتلا به آنفلونزای A (H1N1) با خطر تهدید ARDS
- ۳- عفونت فوق حاد تنفسی در بیماران مبتلا به آنفلونزای پرندگان
- ۴- عفونت تنفسی در بیماران مبتلا به سارس
- ۵- بیماران مبتلا به سل مقاوم به درمان اعم از MDRTB و XDRTB با اختلالات تنفسی
- ۶- پنومونی حاد با عامل سیاه زخم
- ۷- پنومونی های ناشی از بیماری طاعون (پلاگ) و تولارمی
- ۸- بیماران مبتلا به CCHF که در فاز پیشرفته بیماری قرار داشته و احتمال قراز گرفتن در شرایط DIC بوده و خطر انتقال بیماری از راه سیستم تنفسی فوقانی وجود داشته باشد.
- ۹- اختلالات تنفسی حاد ناشی از سموم آلی و غیره که نیازمند استفاده از اتاق های ایزوله تنفسی با فشار منفی میباشد.

با توجه به موارد پیشگفت امید است به موارد اعلام شده توجه ویژه مبذول فرموده و دستور فرمایید با نظارت دقیق معاونت محترم درمان دانشگاه تا آنچه که امکان داشته باشد این امکانات ارزشمند همواره در آماده باش قرار داشته و بیماران فوق الشاره بتوانند در شرایط اضطرار از این فضاهای ارزشمند استفاده نمایند.

دکتر علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشت

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون درمان

اتاق ایزوله

ردیف	نام واحد	نام استاندارد	جزئیات استاندارد	شرح استاندارد	نظر شما در
					مهم و ضروری است
1	نیروی انسانی	کلیات	مطابق شاخص نیروی انسانی استاندارد بخش باشد		
2		تعداد	به شرط وجود شاخص نیروی انسانی استاندارد، کارکنان مجزا، لازم ندارد		
3		صلاحیت	کارکنان دخیل در امر انزوا/مهارت باید تحت آموزش اولیه و آموزش مداوم قرار گیرند		
4			پرستار مسنول پایش بیماران منزوی شده یا تحت مهارت باید حداقل دارای مدرک کارشناسی پرستاری باشد		
5		شرح وظایف		منزوی/مهارت کردن بیماران فقط متعاقب دستورات مستقیم پزشک معالج (در بیمارستان- های غیر آموزشی، روانپزشک مربوطه و در بیمارستان های آموزشی رزیدنت ارشد کشیک روانپزشکی، رزیدنت مربوطه یا اتند مربوطه) باید انجام شود	
6	کلیات		بیمار به مدت محدود، به دستور پزشک در اتاق انزوا نگهداری می شود.		
7			اتاق انزوا برای منزوی کردن بیماران روانپزشکی حاد که خطر آسیب زدن جدی به خود یا دیگران در موردشان مطرح می باشد مورد استفاده قرار می گیرد.		
8			بیمار در موارد مشخص، به دستور پزشک در اتاق انزوا نگهداری می شود.		
9			اتاق انزوا باید 24 ساعته آماده ارائه خدمت باشد.		
10			از اتاق انزوا صرفاً باید برای منزوی/ مهار کردن بیمار شود.		
11			در هر زمان، از اتاق انزوا برای بیش از یک بیمار نباید استفاده گردد.		
12		حقوق بیمار		اتاق انزوا باید ویژگی هایی داشته باشد که باعث تداوم رعایت احترام و شأن و نیز حریم خصوصی فرد باشد.	
13					

		بیمار می بایست بطور دائم توسط پرستار آموزش دیده مورد مراقبت و ارزیابی قرار گیرد.	دستور العمل	فرآیند	14
		در هر زمان، یا نور شب یا لامپ های فلورسنت روشن باشند.			15
		پرستار با مشاهده شواهد مبنی بر رفع خطر بیمار برای خود یا دیگران به پزشک اطلاع میدهد.	ترخیص		16
		پزشک در صورت تایید رفع خطر بیمار، بیمار را مرخص می کند.			17
		وسایلی که برای مهار بیمار و نیز مداخلات طبی - در صورت بروز هر گونه مشکل جهت بیمار - مورد استفاده قرار می گیرند، لازم است در محلی نگهداری شوند که بهنگام نیاز، بلافاصله توسط پرسنل بخش مورد استفاده قرار گیرند.	مهار		18
		دستیابی پرسنل به وسایل فوق، در تمام ساعات شبانه روز، می بایست براحتی و در اولین فرصت امکان پذیر باشد.			19
		مهار در اتاق انزوا تنها با استفاده از ژاکت مخصوص مهار انجام می شود.			20
		مهار بیماران باید صرفاً در اتاق انزوا انجام شود.			21
		دستور ایزوله/مهار کردن و خروج از ایزوله / مهار می بایست توسط پزشک در پرونده بیمار ثبت گردد.	پرونده		22
		از قیم قانونی بیمار در زمان بستری رضایت آگاهانه در مورد استفاده احتمالی از اتاق ایزوله/مهار اخذ گردد.			23
		پرستار مسئول مونیتورینگ هر 15 دقیقه یک بار مشاهدات پرستاری را در پرونده ثبت نماید	ثبت اطلاعات	24	
		کمیته ای به منظور کاهش میزان مهار/ایزوله متشکل از رئیس بخش، سر پرستار، رزیدنت ارشد بخش در بیمارستان آموزشی و یکی از روانپزشکان بخش در هر ماه به بررسی نیمرخ استفاده از ایزوله/مهار بپردازد.	کمیته ها	25	
		کنترلها در ایستگاه پرستاری اجازه تنظیم صدا را می دهند، می توانند دکمه زنگ بیمار را از کار ببندازند و اجازه صحبت کردن را به بیمار می دهند.		26	

		قسمت کنترل کننده intercom در اتاق انزوا باید در چارچوبی امن در بالا ثابت شود، مقاوم به ضربه و ایمن باشد و قابلیت تقویت صدا را داشته باشد و hands-free باشد.			27
		اتاق انزوا باید ظرفیت پایش از نظر صدا و تصویر را از ایستگاه پرستاری که در خارج اتاق است، داشته باشد.	ایمنی بیمار		28
		دوربین اتاق انزوا باید با مشخصات زیر نصب شود: اندازه جمع و جور (compact)، با resolution بالا، سیاه و سفید، دارای زاویه 180 درجه، کنترل کننده شیب و چرخش بطور کامل، عدسی و iris اتو-الکترونیک که تامین کننده کیفیت تصویر در تمام شرایط روشنایی (بخصوص بهنگام شب/نور کم) باشد. در سقف (تا حد ممکن بالا) نصب شود، با پوشش سخت مقاوم به آب پلی کربنات گرد پوشیده شود.			29
		ژاکت مورد استفاده برای مهار بیمار می بایست طبق استانداردها و اصول ایمنی طراحی شده باشند و موجب آسیب زدن بیمار نگردند.	تجهیزات پزشکی		30
		سنسورهای الکترونیک باید در یک محفظه امن در فرورفتگی سقف تعبیه شود.		تجهیزات	31
		کنترل دما باید از طریق ایستگاه پرستاری صورت گیرد.			32
		(اگر بیش از یک اتاق پایش می شود، به ازای هر دوربین، یک ماتیتور باید تامین شود، مگر اینکه چهار اتاق مورد پایش قرار گیرد در حالیکه یک صفحه تقسیم شده 20 - 20 اینچ کلا کند.			33
		اتاق انزوا جهت کنترل بیشتر از سوی پرسنل پرستاری واجد دوربین مدار بسته باشد.			34
		یک سیستم دو طرفه stand-alone انتقال صدا بین اتاق انزوا و ایستگاه پرستاری تامین کنید. این سیستم، پایش مداوم صدای بیمار را امکان پذیر می کند، نیز به بیمار اجازه می دهد که با ایستگاه پرستاری صحبت کند و صدای آنها را بشنود.	تجهیزات غیر پزشکی		35

		يك سيستم stand-alone كامل سيستم CCTV تامين كنيد. تمامي كابل و تجهيزات و روشهاي نصب مورد استفاده بايد مطابق با دستورات كارخانه سازنده باشد.			36
		مانيتور "15"-9 با resolution بالا و سياه و سفيد باشد.			37
		مانيتور "15"-9 با resolution بالا و رنگي باشد.			38
		يك تشك از فوم فشرده با رويه چرمي يك تکه بسيار محكم و قابل شست و شو داشته باشد			39
	كلييات	لازم است بخش روانپزشكي واجد اتاق ايزوله روانپزشكي باشد.			40
	حقوق بيمار	يك پنجره به فضاي آزاد براي کاهش اين احساس كه فرد در يك محيط بسته نگهداري مي شود، وجود داشته باشد.			48
	حقوق بيمار	براي تامين حریم خصوصي بيمار، تجهيزات مانيتور بايد در قسمت عقب پيشخوان ايستگاه پرستاري و بگونه‌اي قرار داده شود كه صرفاً پرسنل قادر به ديدن آن باشند و رهگذران امكان ديدن آن را نداشته باشند.			49
	حقوق بيمار	براي حفظ حریم خصوصي بيمار، اگر اتاق از خارج براحتي قابل ديدن است، لايه منعكس كننده يا مات بر پنجره هاي خارجي موجود نصب كند			50
	ايمني بيمار	مصالح بكار رفته در اتاق انزوا بايد براحتي تميز شوند و از تركيبات غير سمی استفاده شده باشد.			51
	ايمني بيمار	اجزاء يا سطوح تيز، مزاحم و فرورونده ، خشن و ساينده قابل قبول نيستند.			52
	ايمني بيمار	همه وسايل و تجهيزات اتاق انزوا بايد بگونه اي در اتاق قرار داده شوند و نصب شوند كه نتوان از آنها براي اقدام به خودكشي استفاده كرد.			53
	ايمني بيمار	تمام جزئيات معماری و مواردی كه در اتاق ثابت شده اند (fittings)، بايد بگونه‌اي باشند كه بيمار نتواند از آنها بعنوان بند يا چيزي براي بستن استفاده كند.			54

		<p>پنجره تعبیه شده برای در اتاق، باید دید واضحی از اتاق انزوا ارائه کند. برای جلوگیری از آسیب ها و تأمین مراقبت موثر، داشتن دید کامل برای پایش رفتار و مداخله در صورت لزوم، حیاتی است.</p>			55
		<p>فضای داخلی اتاق انزوا باید امکان دیدن کامل بیمار را توسط پرسنل پرستاری در تمام مدت فراهم کند.</p>			56
		<p>پرسنل باید به محل اتاق انزوا دسترسی آسان داشته باشند.</p>			57
		<p>طراحی و ساختار اتاق انزوا باید بگونه ای باشد که از برداشتن یا جدا کردن مصالح ساختمانی جلوگیری شود.</p>			58
		<p>طراحی اتاق انزوا باید بگونه ای باشد که نقاط کور و مناطق تاریک وجود نداشته باشند. هیچ قسمتی از اتاق نباید در حدی تاریک باشد که باعث به خطر انداختن ایمنی گردد.</p>			59
		<p>اتاق انزوا باید امکان انجام مراقبت مداوم را حتی هنگامیکه از نور کم استفاده می شود، داشته باشد.</p>			60
		<p>اتاق انزوا باید مطابق مقررات آتش سوزی و ایمنی باشد.</p>			61
		<p>صفحه های مشبك با کیفیت امنیتی بالا باید روی درچه های گرما و تهویه هوا نصب شوند. این پوشش ها باید بگونه ای باشند که دستیابی به سطوح یا برآمدگی هایی را که می توانند برای بستن (ligature) مورد استفاده قرار گیرند، مانع شوند و قابلیت کنده شدن نداشته.</p>			62
		<p>پرداخت ها/ رنگها باید خنثی و بدون طرح مشخص باشند.</p>			63
		<p>از رنگهای تند، سفید روشن یا رنگ های مشابه باید خودداری شود.</p>			64
		<p>برای تأمین مراقبت ایمن از بیمار و تداوم ایمنی پرسنل، شرایط اتاق انزوا باید بگونه ای باشد که ظرفیت پذیرش 1 بیمار و 5 نفر دیگر را برای هر اتاق ثابت داشته باشد.</p>	طراحی و ساختار		65
		<p>برای به حداقل رساندن سر و صدا و تأمین حریم خصوصی، اتاق انزوا نزدیک به آسانسور، پله ها یا محیطهای عمومی بیماران نباشد.</p>			66

		اتاق انزوا می بایست در قسمتی از بخش روانپزشکی احداث گردد که احتمال انتقال صدا به دیگر بخشها و قسمتهای دیگر بخش روانپزشکی، کمتر باشد			67
		توصیه می گردد اتاق انزوا در قسمتی از بخش روانپزشکی احداث گردد که دیگر بیماران بخش، نیز ملاقات کنندگان به آن دسترسی نداشته باشند			68
		هر بخش روانپزشکی باید حداقل دارای يك اتاق انزوا باشد. تعداد اتاق انزوا باید مناسب با تعداد بیمارانی که نیازمند استفاده از آن می شوند، باشد. که حد اقل برای 8 تا 20 تخت یک، 21 تا 40 دو، 41 تا 60 سه و اتاق ایزوله موجود باشد .			69
		در هر صورت امکان دسترسی سریع پرسنل پرستاری به اتاق انزوا، همواره می بایست فراهم باشد.		ساختمان	70
		اتاق انزوا / مراقبت حاد باید به اندازه کافی بزرگ باشد بطوریکه بتوان از تمام جهات تشک به بیمار دسترسی داشت و نیز جای کافی برای انتقال تجهیزات حاد نجات زندگی در موارد اورژانس وجود داشته باشد.			71
		مساحت اتاق-های ایزوله / مراقبت حاد باید حداقل 12متر مربع باشد.			72
		از آنجا که درها در معرض ضربه هستند، مراقبت خاص دوره ای باید بعمل آید تا چارچوبها بطور دائمی و امن به دیوار محکم شوند.			73
		در باید پنجره ای برای مشاهده با اندازه های 25 x 35 سانتیمتر داشته باشد			74
		پنجره مشاهده باید کرکره ثابت قابل تنظیم قوی برای تامین حریم خصوصی دیداری در سمت خارج داشته باشد			75
		از قفل الکترومکانیکی برای در اتاق استفاده می شود. قفل کردن باید از دور، از ایستگاه پرستاری اعمال شود			76
		ضلع پایین پنجره مشاهده نصب شده روی در باید 140 سانتیمتر بالاتر از کف اتاق باشد.	درپ ها		77

		پنجره نصب شده روی در اتاق انزوا " پنجره مشاهده" از پلی کربنات دودی 3 میلیمتری (یک هشتم اینچ) که بین دو لایه شیشه 6 میلی متری (یک چهارم اینچ) که با حرارت مقاوم شده‌اند، قرار دارد- تشکیل شده است.		78
		پهنای در اتاق حداقل 100 سانتیمتر باید باشد.		79
		در به رنگ روشن ملایم مانند بژ از MDF با روکش PVC، با ضخامت 45 میلی متر باشد.		80
		"پنجره مشاهده" روی در، باید در طرف بر سئیل نصب شود.		81
		چارچوبهای فولادی باید کاملا با ملاط رقیق پر شوند.		82
		رنگ پوشش ضربه گیر باید به رنگی روشن و ملایم مانند صورتی بسیار کم رنگ باشد.	دیوارها	83
		قطعات پوشش ضربه گیر باید بدون درز قابل مشاهده به یکدیگر متصل شوند.		84
		قطعات پوشش ضربه گیر باید در جای خود کاملا مستحکم شوند.		85
		دیوارها، کف و سمت داخلی در اتاق انزوا باید دارای پوشش ضربه گیر از جنس فوم فشرده محکم و قابل شستشو باشد.		86
		لازم است اتاق انزوا واجد پنجره ای برای دریافت نور طبیعی باشد. به منظور کاهش انتقال صدا باید از شیشه دو جداره برای پنجره خارجی اتاق انزوا استفاده گردد.		87
		لازم است شیشه های اتاق انزوا (شیشه در و شیشه پنجره خارجی) با ضخامت 10 میلی متر باشند.		88
		پنجره اتاق انزوا باید فاقد لبه باشد.		89
		ضلع پایین پنجره بیرون باید در ارتفاع 180 سانتی متری از سطح زمین باشد.		90
		جهت جلوگیری از تابش مستقیم نور خورشید که ممکن است در ساعاتی از روز موجب آزار بیمار گردد، لازم است از شیشه ای که 20% از شدت نور خورشید می کاهد، استفاده شود.	پنجره ها	91
		لازم است شیشه های اتاق انزوا (شیشه در و شیشه پنجره خارجی) از جنس شیشه نشکن باشد.		92
		دور پنجره باید به رنگی روشن و ملایم باشد.		93

		پنجره هاي بيروني بايد ثابت بوده و از قطعات 15 در 15 سانتی متر تشكيل شده باشد.			94
		كف اتاق دارای شیب ملایمی به سمت درب اتاق باشد.	كف		95
		اختلاف سطح در محل ورود و خروج اتاق ایزوله، نباید وجود داشته باشد.		96	
		پوشش كف اتاق انزوا باید قابل شستشو باشد.		97	
		روشنایی با دو شدت (طبیعی (normal) و روشنایی کمتر برای شب) تأمین کنید.		98	
		دو کلید روشنایی يك قطبي (single-pole) برای کنترل روشنایی شب و روشنایی طبیعی، در ایستگاه پرستاری نصب شود.	روشنایی		99
		سیستم روشنایی اتاق انزوا می بایست جدا از دیگر قسمت های بخش باشد.		100	
		هیچ گونه دسترسی به الکتریسیته در اتاق انزوا وجود نداشته باشد.		101	



رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
موضوع: **سازی فضاهای ایزوله تنفسی**

با سلام و احترام

کنترل بیماریهای نوپدید و پازپدید با قدرت بیماری زایی بالا در برنامه اجرایی شدن مقررات بهداشتی بین المللی (IHR) اصلی است اجتناب ناپذیر، پیرو مکاتبات قبلی و همانگونه که مطلع می باشید بخش عمده ای از این بیماریها از طریق تنفس منتقل شده یا به نوعی یکی از راههای انتقال آنها از طریق سیستم تنفسی میباشد (مانند CCHF) لذا توجه به موارد ذیل و دستور موکد جنابعالی مورد انتظار میباشد.

۱ - در حفظ و نگهداری و فعال نگه داشتن ICU های تنفسی با فشار منفی کلیه بیمارستان های دارای این امکانات مسئولانه عمل گردد و این فضاهای ارزشمند با دقت کامل و بطور مرتب توسط کارشناسان خبره فعال نگه داشته شوند.

۲ - به کلیه همکاران فوق تخصص ریه و متخصصین عفونی، داخلی و اطفال و ... توصیه گردد که هر نوع بیمار مشکوک به اختلالات تنفسی حاد را تا رسیدن به تشخیص قطعی در این گونه فضاها بستری نمایند.

۳ - ضمن تشکر از تعدادی از دانشگاههای علوم پزشکی کشور که علاوه بر اقدامات ستادی مسئولانه و خودجوش در گسترش این گونه فضاها تلاش میکنند (به عنوان نمونه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، چهار محال و بختیاری و ...) در ایجاد این گونه فضاهای امن تلاش مضاعف نموده و جا دارد جنابعالی به عنوان نماینده تام الاختیار مقام محترم وزارت در این اقدام مهم و حیاتی به منظور گسترش این موقعیت ها عنایت لازم را مبذول فرمائید.

۴ - در بعضی از دانشگاهها مشاهده میشود که حتی تجهیزات فنی ارسالی از سطح ملی از اتاق یا بخش ایزوله تنفسی با فشار منفی خارج گردیده و در سایر بخشها توزیع شده است. این اقدام میتواند مشکلات جبران ناپذیری را بوجود آورد، توصیه فرمائید. در این راستا همت همه جانبه در حوزه های بهداشت و درمان مصروف و این گونه فضاها همواره حفظ گردند.

۵ - به میزان کافی کیت های حفاظت فردی جهت استفاده در این ICU های تنفسی ارسال گردیده است اما در گذشته نه چندان دور بعلت عدم استفاده صحیح و بموقع از این امکانات مشکلات جبران ناپذیری به بار آمده و کم و بیش در جریان این امر می باشید. استفاده از این امکانات در حفظ سلامت پرسنل اصلی است اجتناب ناپذیر که لازم است به آن توجه ویژه مبذول گردد.



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت

بسمه تعالی

شماره ۳۳۸۷ / ۵۴۰۰
تاریخ ۰۳ / ۰۹ / ۱۳۹۱
پیوست ندارد.....

در پایان مرکز مدیریت بیماریهای واگیر حوزه معاونت بهداشت و حوزه معاونت درمان و معاونت توسعه مدیریت و منابع انسانی (دفتر منابع فیزیکی) آمادگی خود را جهت ارائه نظرات ارشادی و راهنمایی های لازم بر اساس دستورالعملهای WHO به منظور ایجاد فضاهای ایزوله تنفسی با فشار منفی اعلام می‌دارند.

ضمناً به اطلاع می‌رساند که در هر بیمارستان عمومی شبکه بهداشت و درمان نیاز به حداقل دو تخت ICU تنفسی با فشار منفی و در هر مرکز دانشگاهی حداقل ۵ تخت ICU تنفسی با فشار منفی داشته و امید است نظام سلامت کشور با آماده سازی اینگونه امکانات مدرن و حیاتی در منطقه مدیترانه شرقی به عنوان الگوی ارزشمند در حفظ سلامت آحاد جامعه در مقابله با رخدادهای بهداشتی خطرناک هرچه بیشتر آماده پاسخگویی باشد.

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

شماره ۴۱۹۱
تاریخ ۱۳۸۸/۱۲/۱۹
پست

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی
وزیر

محرمانه

رسم
مستند
۸۳۱۱۴

رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام

همانگونه که مستحضر میباشید آماده سازی و تجهیزبخش ویا اتاقهای ایزوله تنفسی با فشار منفی بعنوان یک استاندارد بین المللی درنظام سلامت کشور از اهمیت ویژه ای برخوردار است، اکنون که بحمد... اتاق / بخش ایزوله تنفسی با فشار منفی بیمارستان / بیمارستانهای آن دانشگاه / دانشکده تجهیز و آماده بهره برداری می باشد توجه به نکات ذیل از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده که لازمست به آن دقت خاص مبذول گردد.

الف) بخش / اتاق ایزوله تنفسی با فشار منفی موجود آماده بستری نمودن بیماران ذیل می باشد

۱- هر مورد مشکوک به بیماری آنفلوانزا حاد و فوق حاد

۲- هر مورد مشکوک به بیماری SARS

۳- هر مورد مشکوک به بیماری سل ریوی

۴- مورد مشکوک به بیماری سل مقاوم به درمان اعم از M.D.RTB یا X.D.R.T.B

۵- پنومونی مشکوک ناشی از عامل میکربی سیاه زخم

۶- پنومونی مشکوک ناشی از جرم میکربی عامل طاعون (انواع یرسینیایها)

۷- پنومونی مشکوک ناشی از جرم میکربی عامل تولارمی

۸- هر نوع عفونت حاد و فوق حاد تنفسی که نیاز به ایزولاسیون تنفسی با فشار منفی داشته باشد

بجای
دکتر...
۱۳۸۸/۱۲/۱۹

توجه : بستری نمودن سائر بیماریهایی که نیاز به سائر انواع ایزولاسیون ها به غیر از ایزولاسیون تنفسی با فشار منفی داشته باشند دراین بخش / اتاق ممنوع خواهد بود.

ب) حفظ شرایط استاندارد اتاق یا بخش ایزوله تنفسی با فشار منفی از ضروریات عمده خواهد بود. این شرایط عبارتند از :

۱- ورود به اتاق فوق بایستی حتماً با استفاده از امکانات حفاظت فردی بطور دقیق و کامل بوده و بدون پوشیدن لباس فرم و استفاده از امکانات حفاظتی بهیچ عنوان اجازه ورود داده نشود، پرسنل و پزشکان محترم بدون استفاده از این وسایل در اتاق تعویض لباس (پیش اتاق طراحی شده) یا Changing Room به اتاق بیمار وارد نشوند و این نوع بی توجهی از نظر اینجانب پیگرد قانونی خواهد داشت

۲- خارج نمودن تجهیزات اتاق یا بخش ایزوله تنفسی با فشار منفی و اتاق تعویض لباس و انتقال آنها به سائر بخشهای بیمارستانی بهر شکل ممکن و بهر بهانه ممنوعیت کامل داشته و با این مسئله

وزارت بهداشت و درمان و امور پزشکی
شماره ۱۸۲
تاریخ ۸۸-۱۲-۲

شدیداً برخورد خواهد گردد.
۳۱-۴۱۷۷

چک لیست اتاق ایزوله تنفسی (اتاق ایزوله و پیش اتاق)

چک لیست اتاق ایزوله تنفسی دارای فشار منفی (شامل اتاق ایزوله و پیش اتاق)	
رد	پیش اتاق=اتاق تعویض ANTEROOM=
	۱ آیا اتاق ایزوله (ISOLATION ROOM) و پیش اتاق (ANTEROOM/CHANGING ROOM) بر اساس نقشه استاندارد طراحی گردیده است؟
	۲ آیا پیش اتاق / اتاق تعویض لباس بطور کامل مستقل از اتاق ایزوله می باشد (تنها راه ارتباطی با اتاق ایزوله " در " می باشد)؟
	۳ آیا فضای لازم جهت پیش اتاق در نظر گرفته شده است (حداقل ۶ تا ۹ متر مربع)؟
	۴ آیا پیش اتاق دارای ایستگاه ضد عفونی (از جمله ظرف حاوی مایع ضد عفونی دیواری) است؟
	۵ آیا پیش اتاق دارای دستشویی/روشویی است (ترجیحا دارای سیستم اتوماتیک یا دارای دسته یا شیر بازویی)؟
	۶ آیا پیش اتاق دارای سیستم اتوماتیک بسته شدن در است؟
	۷ آیا در های پیش اتاق سالم و بدون عیب می باشند (فاقد ترک خوردگی، بدون درز و شکاف، پس از بسته شدن فاقد قابلیت عبور و تبادل هوا)؟
	۸ آیا پیش اتاق دارای سیستم تهویه مناسب است؟
	۹ آیا پیش اتاق قابلیت ضد عفونی دارد؟
	۱۰ آیا پیش اتاق دارای ترالی / کمد وسایل ضد عفونی و گندزد است؟
	۱۱ آیا پیش اتاق دارای ترالی / کمد وسایل و تجهیزات پزشکی و وسایل حفاظت فردی است؟
	۱۲ آیا دیوار ها و کف پیش اتاق قابلیت شستشو دارد؟
	۱۳ آیا پیش اتاق دارای سیستم فشار منفی همسو با اتاق ایزوله می باشد؟
	۱۴ آیا پیش اتاق دارای کمد لباس و رختکن / رخت آویز است؟
	۱۵ آیا پیش اتاق دارای امکانات ضد عفونی دست است؟
اتاق ایزوله تنفسی	
	۱۶ آیا اتاق ایزوله دارای فضای فیزیکی مناسب است (حداقل به ازای هر تخت ۲۰ متر مربع)؟
	۱۷ آیا در صورتی که بیش از یک تخت در اتاق ایزوله قرار دارد بین هر دو تخت حداقل یک متر و ترجیحا ۲/۵ متر فاصله با نصب پارتیشن / حفاظ قرار

		دارد؟	
۱۸		آیا اتاق ایزوله دارای دیوارها و کف قابل شستشو (بدون درز و شکستگی) است (کاشی، سرامیک، سنگ)؟	
۱۹		آیا اتاق ایزوله قابلیت ضد عفونی دارد؟	
۲۰		آیا اتاق ایزوله دارای حداقل ۸ پریز برق (دارای اتصال زمین = ارت دار) به ازای هر تخت است؟	
۲۱		آیا قابلیت تنظیم درجه حرارت اتاق ایزوله وجود دارد (بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتیگراد)؟	
۲۲		آیا قابلیت تنظیم رطوبت اتاق ایزوله وجود دارد (بین ۳۰ تا ۶۰ درصد)؟	
۲۳		آیا اتاق ایزوله دارای سیستم تامین فشار منفی است؟	
۲۴		آیا سیستم تامین فشار منفی بصورت مرکزی است؟	
۲۵		آیا استاندارد ورود و خروج هوا جهت ایجاد فشار منفی و سیستم تهویه رعایت شده است (ورودی نزدیک سقف در قسمت بالای سر بیمار و خروجی در پایین پای بیمار در ارتفاع ۳۰-۱۵ سانتی متری کف)؟	
۲۶		آیا اتاق ایزوله قابلیت تهویه (حداقل ۱۲ بار در ساعت) را دارد؟	
۲۷		آیا اتاق ایزوله دارای مکانیسم قابل مشاهده جهت پایش فشار و حرکت هوا است؟	
۲۸		آیا اتاق ایزوله دارای سیستم تهویه با فیلتر هپا است؟	
۲۹		آیا اتاق ایزوله دارای سیستم اتوماتیک بسته شدن در است؟	
۳۰		آیا در های اتاق ایزوله سالم و بدون عیب می باشند (فاقد ترک خوردگی، بدون درز و شکاف، پس از بسته شدن فاقد قابلیت عبور و تبادل هوا)؟	
۳۱		آیا اتاق ایزوله دارای توالی و حمام خصوصی/ جداگانه است؟	
۳۲		آیا توالی و حمام دارای سیستم تهویه (با فیلتر هپا) است؟	
۳۳		آیا توالی دارای سیستم دستشویی است؟	
۳۴		آیا امکان شستشو و ضد عفونی توالی و حمام (دیوارها و کف) وجود دارد؟	
۳۵		آیا سیستم گرمایشی و سرمایشی نصب بوده و سالم است؟	
۳۶		آیا محل تعیین شده از سرو صدا، پارکینگ، ... دور است؟	
۳۷		آیا محل تعیین شده در موقعیت مناسب (طبقه اول یا دوم) قرار دارد؟	

۳۸	آیا رنگ اتاق روشن است(ترجیحا سبز روشن یا آبی روشن)(رنگ روغن یا پلاستیک قابل شستشو)؟
۳۹	آیا کف اتاق بدون صدا (مواد ضد تولید صدا) است؟
۴۰	آیا تمهیدات لازم در خصوص برقراری خط تلفن ارتباطی جهت کاهش تماس بیمار با ملاقات کنندگان در نظر گرفته شده است؟
۴۱	آیا جهت عیادت از بیمار دیوار شیشه ای (یا پنجره قفل شده) به منظور عدم حضور ملاقات کنندگان در اتاق ایزوله تعبیه شده است؟
۴۲	آیا اتاق دارای پنجره است(پنجره ها باید دارای قفل باشند)؟
۴۳	آیا پنجره های اتاق ایزوله دو جداره هستند؟
۴۴	آیا فضای پشت پنجره به داخل بخش ها و یا محل تردد افراد متصل است؟
۴۵	آیا پنجره ها به فضای آزاد غیر از بخش های بیمارستانی باز می شود؟
۴۶	آیا پنجره ها در صورتی که به فضای بیرون ساختمان ارتباط دارد دارای توری و حفاظ است؟
۴۷	آیا محل تعیین شده در موقعیت کم تردد بخش قرار دارد؟
۴۸	آیا محل تعیین شده قابلیت افزایش پذیرش بیماران احتمالی را دارد؟
۴۹	آیا محل تعیین شده قابلیت تفکیک کامل از بخش /سایر بخش ها را دارد؟
۵۰	آیا در ها به اندازه کافی پهنا دارند(حداقل ۱/۲ متر)؟
۵۱	آیا سیستم عدم باز شدن همزمان درب اتاق بیمار و پیش اتاق و همچنین درب پیش اتاق و کریدور/راهرو نصب و فعال شده است؟
۵۲	آیا سیستم هشدار دهنده کاهش /افت فشار-درجه حرارت-رطوبت-باز بودن درب نصب و فعال است؟
۵۳	آیا پایش و کنترل دائم اتاق بیمار و پیش اتاق (روزانه) در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور بعمل می آید؟
۵۴	آیا پایش و کنترل نگهداری تاسیسات (بروش راندم یا مقطعی در طول هفته) در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور-مسیر جریان هوا بین اتاق ها-الگوی جریان هوای داخلی-نشت فیلتر هپا-درجه حرارت-درجه رطوبت بعمل می آید؟
۵۵	آیا پایش و کنترل های دوره ای حداکثر هر ۴ هفته یکبار در زمینه کنترل فشار بین اتاق ها و کریدور-مسیر جریان هوای بین اتاق ها-نشت فیلتر

		هیا بعمل می آید؟	
۵۶		آیا لیست افرادی که در هنگام بستری بیمار وارد و خارج می شوند تهیه و درب اتاق و در پرونده بیمار نصب گردیده است؟	
۵۷		آیا تابلوی اتاق ایزولاسیون تنفسی دارای فشار منفی نصب گردیده است؟	
۵۸		آیا تمیز کردن و ضد عفونی روزانه اتاق ایزوله انجام می گیرد؟	
		وسایل تجهیزات اتاق ایزوله تنفسی (اتاق بیمار):	
۵۹		• ساکشن - تخت سه شکن - دستگاه ونتیلاتور - الکتروشوک - پمپ انفوزیون	
۶۰		• تشک تمیز و بالش خواب و پتو	
۶۱		• روکش پلاستیکی برای پوشش تشک	
۶۲		• ترمومتر - گوشی - فشارسنج/تخت	
۶۳		• ظرف جمع آوری سرنگ و سرسوزن و وسایل برنده	
۶۴		• میز یا قفسه کنار تخت	
۶۵		• ساعت دیواری بزرگ با ثانیه شمار	
۶۶		• ظرف محلول بلیچ و ظرف الکل	
۶۷		• حوله یا پارچه یکبار مصرف الکلی جهت ضد عفونی وسایل معاینه پزشکی	
۶۸		• وسایل مناسب برای جمع آوری مدفوع بیمار که قابلیت ضد عفونی داشته باشند.	
۶۹		• وسایل مناسب برای جمع آوری ادرار بیمار که قابلیت ضد عفونی داشته باشند	
۷۰		• دستگاه اسپری کننده مواد ضد عفونی کننده جهت ضد عفونی کف و دیوارهای اتاق	
۷۱		• ظرف جمع آوری ضایعات عفونی	
۷۲		• کپسول اکسیژن و مانومتر	
۷۳		• پایه سرم	
۷۴		• تسهیلات شستشوی دست در ورودی اتاق - اتاق تعویض لباس و داخل اتاق ایزوله	
۷۵		• نصب لیست ورود و خروج افراد روی در اتاق	
۷۶		• مبلمان موجود در اتاق ایزوله: تمامی مبلمان موجود دارای قابلیت تمیز کردن و ضد عفونی (این مبلمان در حداقل مقدار پیش بینی گردد.)	
۷۷		• محل شستشو با تسهیلات مناسب برای شستشوی دست و ضد عفونی با الکل نزدیک محل مراقبت/ داخل اتاق	
۷۸		• کیسه های زباله مناسب در سطل زباله	

		•سطل زباله دارای پدال پایی	۷۹
		•وسایل بهداشت فردی یکبار مصرف یا مخصوص جهت استفاده بیمار (پارچ-لیوان-دستمال کاغذی و...)	۸۰
		•ظرف جمع آوری وسایل استفاده شده جهت استرلیزاسیون و ضد عفونی خارج از اتاق ایزوله	۸۱
		•تأمین وسایل کافی جهت تمیز کردن و ضد عفونی داخل اتاق ایزوله	۸۲
		•تأمین خط ارتباطی مناسب در اتاق ایزوله (تلفن و آیفون بخصوص جهت ارتباط بیمار با ملاقات کنندگان)	۸۳
		•شیرهای شستشو دارای پدال یا اهرم بازویی	۸۴
		•توالت و سرویس بهداشتی اختصاصی اتاق ایزوله (دارای چهار جز کامل شامل توالت معمولی-توالت فرنگی-روشویی-کمک دوش حمام)	۸۵
		تجهیزات ایزوله تنفسی:	
		-محافظ صورت / عینک	۸۶
		-دستکش نظافت یا دارای قابلیت استفاده مجدد برای تمیز کردن محیط	۸۷
		-دستکش لاتکس یکبار مصرف برای مراقبت های بالینی	۸۸
		-کلاه یکبار مصرف	۸۹
		- ماسک : مخصوص-معمولی-جراحی	۹۰
		-گان :ضد آب و یکبار مصرف /مقاوم به نفوذ مایعات چند بار مصرف	۹۱
		-پیش بند پلاستیکی	۹۲
		-محلول الكل برای ضد عفونی دست	۹۳
		-صابون :در صورت امکان صابون مایع	۹۴
		-حوله تمیز یکبار مصرف /حوله کاغذی	۹۵
		-ظروف جمع آوری اجسام نوک تیز و برنده	۹۶
		-پاک کننده مناسب برای تمیز کردن و ضد عفونی سطوح وسایل و تجهیزات	۹۷
		-کیسه های پلاستیکی بزرگ	۹۸
		-کیسه های جمع آوری ضایعات بالینی	۹۹
		-کیسه های نایلونی	۱۰۰
		-ظروف جمع آوری تجهیزات مصرف شده	۱۰۰
		وسایل تعویض :	۱
		-قفسه یا کابین قفل دار	۱۰۲

		۱۰- وسایل تمیز کردن	۱۰ ۳
		گان-پیش بند- دستکش- ماسک- کلاه- عینک- روکششی/چکمه	۱۰ ۴
		قفسه محل نگهداری چکمه های ضد عفونی شده	۱۰ ۵
		ظرف محل جمع آوری ضایعات غیر عفونی	۱۰ ۶
		گیره یا رخت آویز	۱۰ ۷
		چسب نواری پلاستیکی	۱۰ ۸
		۱۰- وسایل و تجهیزات شستشوی دست	۱۰ ۹
		۱۱- محلول ضد عفونی	۱۱ ۰
		۱۱- ظرف جمع آوری زباله و ضایعات	۱۱ ۱
		۱۱- ظرف جمع آوری وسایل مصرف شده که باید استریل شوند	۱۱ ۲

❖ درب های آلومینیومی سخت یا فایبرگلاس با پانلهای منظره شیشه ای بهتر می باشد.

❖ درب های کشویی بهتر از درب های معمولی می باشد و بهتر است به روش اتوماتیک باز و بسته شود.

❖ فشار هوا در اتاق بیمار و پیش اتاق و حمام و سرویس ها نسبت به کریدور یا راهرو باید منفی ۱۵ پاسکال باشد.

❖ سیستم هشدار دهنده هرگونه تغییر (افت/افزایش) در تنظیمات فشار اتاق/درجه حرارت/رطوبت/باز بودن درب ها در هر یک از قسمتهای اتاق ایزوله (پیش اتاق/اتاق بیمار/سرویس بهداشتی) باید در محل مناسب نصب و فعال باشد.

❖ حداقل جریان ورودی هوا به اتاق بیمار ۱۲۵ فوت مکعب در دقیقه (۲۵۰-۲۰۰ متر مکعب در ساعت) و محدوده خروج هوا (محدوده پخش هوا) حدود ۰/۵ فوت مربع (۴۶۵ سانتی متر

(اتاق ایزوله و

چک لیست اتاق ایزوله تنفسی پیش اتاق)

مربع) می باشد. حداقل جریان خروجی هوا ۱۲۶ متر مکعب در ساعت می باشد.

❖ جریان هوا باید حداقل روزی یکبار در هنگام بستری بودن بیمار و حداقل ماهی یکبار در هنگام عدم پذیرش بیمار کنترل گردد.

❖ میزان تبادل هوا حداقل ۱۲ بار در ساعت یا ۱۴۵ لیتر در ثانیه به ازای هر بیمار می باشد.

❖ سیستم تهویه و ایجاد فشار منفی باید مستقل و جدا از سیستم کلی تهویه بیمارستان باشد.

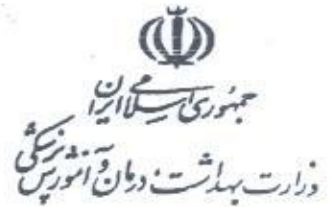
❖ اتاق ایزوله باید دارای دید مستقیم یا غیر مستقیم توسط ایستگاه پرستاری باشد.

❖ سیستم فیلتر هپا باید حداقل دارای دو پیش فیلتر شامل فیلتر اولیه پیشگیری از انسداد فیلتر هپا و فیلتر ضد گرد و غبار باشد.

❖ سیستم ضد عفونی و شستشوی دست باید ترجیحاً الکترونیک باشد.

❖ جهت استفاده از کاور (پوشش) کفش بهتر است از دستگاه اتوماتیک استفاده شود.

شماره ۴۱۹۱
تاریخ ۱۳۸۸/۱/۱۹
پست



وزیر

۳- سیستم فشار منفی با استفاده از فیلتر هپای این بخشها و اتاق های ایزوله تنفسی بایستی دقیقاً کنترل و با استاندارد های اعلام شده در هر زمان و هر لحظه هماهنگی داشته باشند، بی توجهی به این مسئله بهیچ عنوان پذیرفته نخواهد بود

۴- بازرسین ویژه حوزه معاونت سلامت بطور مستمر از اتاق، / بخشهای موصوف در سراسر کشور بازدید بعمل آورده و موظف به کنترل این موقعیت ها با چک لیست های خاص خواهند بود.

با توجه به موارد اعلام شده از جنابعالی انتظار دارد مراتب فوق را بطور مکتوب و با تأکید کامل به کلیه مسئولین بیمارستانهای دارای بخش یا اتاق ایزوله تنفسی با فشار منفی ابلاغ فرموده و از نتیجه اقدامات انجام شده دفتر اینجانب را مطلع نمایند. /الف

دکتر نکونام
وزیر

رونوشت :

- جناب آقای دکتر گرانی مدیر کل محترم دفتر وزارتی جهت پیگیری دقیق
- معاون محترم سلامت جهت دستور نظارت کامل بر رعایت مفاد اعلام شده
- معاون محترم سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران جهت اطلاع و تأکید لازم
- معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهت اطلاع و نظارت دقیق
- معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهت اطلاع و نظارت دقیق

آقا گوهر

شماره ۸۲۹۷
تاریخ ۱۳۸۹/۶/۹
پست

بسمه تعالی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

معاونت درمان

سازمان محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

سلام علیکم

امتزازاً به پیوست دستورالعمل "تفییق باروشی هنگام بستری" و "شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و برپایی انتقال خون در زمان باروشی" اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بیمارستان کاشی و قدح اتفاقاً خواسته بهداشتی درمانی "از سلسله دستورالعمل های تدوین و ترجمه شده در زمینه "ایمنی بیمار" به همراه تقدیر کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و کاهش حوادث ناخواسته و خطاهای پزشکی در مراکز بهداشتی درمانی رسیده می شود. خواهشمند است دستور فرمائید نقطه نظرات کارشناسان استانی و تمام ایمنی بیمارستان طالقانی، آن دانشگاه بمنظور افزایش اثربخشی دستورالعمل های مذکور نهایتاً تا ۱۳۸۹/۷/۵ به این مرکز ارسال گردد.

دکتر حمید زمانی

مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۳۸۹/۶/۱۶
رئیس هیات امنات



۱۳۸۹/۶/۱۶

۲۴۸۰۴/۹۹۴۹



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیات وزیران

تیمبره ۳ - تأیید پزشک قانونی در حیضه وظایف و مسؤولیت‌های مربوطه، در زیر مرکز مخصوص
پانزده در تیمبره (۲) فوق - ضروری است.

تیمبره ۴ - مرکز تعیین و تأیید مرکز مغزی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تیبیه و در اختیار مرکز تشخیص دهان مرکز مغزی قرار خواهد گرفت.

تیمبره ۵ - تشخیص قطعی مرکز مغزی باید در بیمارستانی دانشگاهی دولتی انجام شود.

ماده ۳ - اعضای تیمهای تشخیص و تأیید مرکز مغزی نماینده تیمهای پیوند کننده باشند.

ماده ۴ - کلیه بیمارستانی کشور موظفند موارد وقوع مرکز مغزی را به مرکز مدیریت پیوند و
بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش دهند تا در آن توسط تیم تشخیص
دهان مرکز مغزی تأیید گردد.

ماده ۵ - پس از تشخیص شدن مرکز مغزی، مراحل بندی در صورت وضعیت بیمار با موافقت
ولی میت انجام خواهد شد.

ماده ۶ - وضعیت بیمار در خارج خوب قوانین مربوط می تواند به دو صورت کتبی یا شفاهی باشد و
با اعلام کتبی یک نفر از وراث قانونی قابل اجراء است. در حالی که اصل وضعیتنامه در دسترس
نباشد، از وراث قانونی که وصیت نامیده را مبنی بر اعضای عضو محرز بدانند، طبق برگه تیبیه شده
از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، باید صورتجلسه تنظیم و توسط افراد مطلع اعضا
شود.

ماده ۷ - ولی میت همان وراث کبیر قانونی می باشد که می توانند رضایت خود را مبنی بر
پیوند اعضا اعلام نمایند. رضایت کلیه وراث پانزده لازم است.

تیمبره ۱ - موافقت ولی میت باید کتبی صورت گیرد و در پرونده ضبط شود.

تیمبره ۲ - سحر از ولی میت باید بر اساس مدارک مثبت باشند.

ماده ۸ - ایجاد هماهنگی ملی لازم در اجراء این آیین نامه، به هیئت مرکز مدیریت پیوند
و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

تیمبره ۳ - انتخاب گیرندگان و اولویت بندی آنان جهت انجام پیوند، طبق برنامه تنظیمی
و توسط مرکز فوق الذکر خواهد شد.

ماده ۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تأمین هزینه های مترتب بر امر پیوند
اعضا، (هزینه های ICU، انتقال متوفی، تهیه و انتقال عضو و تحنم شامل پیوند) و همچنین انجام امور

ICU

تاریخ بخش نامه	نامه	سنجه		فایل پیوست	ردیف
/ /	/ /		-	بخش نامه حداقل پرسنل بالینی	
//	// /		- - -	شناسایی بیماران ا	
-----	-----		-	خدمات تغذیه ای	
//	//	/	-	پروتکل رعایت بهداشت دستها	
//	/		-	لیست آنتی دوت ها	
//	/	سنجه شماره ندارد	-	داروهای ضروری	
//	/		-	داروهای نجات	
//	/	سنجه شماره ندارد	- -		
//	/	سنجه شماره ندارد	-	چک لیست داروها وتجهیزات	
// //	/ /	سنجه شماره ندارد	-	اتاق ایزوله	
----	----	سنجه شماره ندارد	-	بیماران اعصاب	
// //	/ -	سنجه شماره ندارد	-	تحلیل داده ها	
/ /	/ /	سنجه شماره ندارد	-	آموزش مدیریت	