

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره)

## کتابچه روش های اجرایی، دستوالعمل ها و خط مشی ها

آخرین بازنگری اردیبهشت ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ اردیبهشت ۱۴۰۳

شماره ویرایش: ۱۱

کد سند: EH- QI-RF-04

با همکاری واحد بهبود کیفیت و اعتباربخشی

حَسْبُكَ  
حَسْبُكَ  
حَسْبُكَ  
حَسْبُكَ

## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه	6
<b>فصل اول</b>	
<b>روش های اجرایی</b>	
مدیریت پیش گیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارزیابی خدمات / مراقبت سلامت	۱۰
نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	۱۲
نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی	۱۳
نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی	۱۵
گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان	۱۷
نظارت بر تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها	۲۰
کنترل صیانت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی	۲۱
نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	۲۲
مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود	۲۳
مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود	۲۴
مقادیر بحرانی پاراکلینیک	۲۶
دستورات تلفنی / شفاهی	۲۸
مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	۲۹
نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	۳۱
شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری	۳۴
برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان	۳۵
نحوه استریل وسایل حساس به حرارت	۳۷
شستشو و پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل قبل از استریل و مراحل استریل	۴۰
روش اجرایی حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر	۴۲

۴۴.....	پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی.....
۴۵.....	پیشگیری از عفونت محل جراحی.....
۴۹.....	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کتتر اداری.....
۵۱.....	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر عروقی.....
۵۳.....	روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین.....
۵۶.....	روش اجرایی نحوه تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف.....
۵۷.....	روش اجرایی: اعمال جراحی بیماران مبتلا به عفونت های مسری.....
۶۰.....	روش اجرایی: پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری.....

## فصل دوم

### دستور العمل

۶۳.....	نحوه گزارش وقایع ناخواسته.....
۶۷.....	معاینه بیماران غیر همجنس.....
۶۸.....	دستور العمل زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان.....
۷۰.....	انبارش ایمن.....
۷۶.....	فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حادثه.....
۷۹.....	تخلیه بیمارستان در زمان حادثه.....
۸۳.....	برنامه غیر فعال سازی و برگشت به حالت عادی بیمارستان.....
۸۵.....	انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد).....
۸۷.....	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان.....
۸۸.....	ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و غیر درمانی.....
۸۹.....	نظافت، شستشو و گندزدایی بخشها / واحدهای مختلف بیمارستان.....
۹۱.....	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا.....
۹۳.....	شستشو انواع البسه.....
۹۴.....	پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی.....
۹۶.....	استفاده از کپسول های گازهای طبی.....
۹۸.....	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی.....
۱۰۰.....	اعمال جراحی بیماران اورژانسی.....
۱۰۲.....	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل.....
۱۰۳.....	خود مراقبتی برای بیماربهای شایع.....
۱۰۴.....	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک.....

۱۰۵.....	شستشو و ضد عفونی وسایل شیردوش، وسایل و محل نگهداری شیر
۱۰۶.....	مقابله براساس شرایط واقعی کار و آگاهی کارکنان در این مواقع در واحد تصویر برداری
۱۰۷.....	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب
۱۱۳.....	معیارهای پذیرش و رد نمونه
۱۲۰.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه در واحد بیوشیمی
۱۲۳.....	نحوه انجام آزمایش های هورمون شناسی
۱۲۵.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه در واحد انگل شناسی
۱۲۷.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه در واحد میکروب
۱۳۲.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه در واحد هورمون شناسی
۱۳۳.....	کنترل کیفیت آب آزمایشگاه
۱۳۵.....	کنترل کیفیت ونحوه انجام آزمایش های پاتولوژی
۱۳۷.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه در واحد هماتولوژی
۱۳۹.....	نحوه ارجاع نمونه های بالینی
۱۴۱.....	کراس میچ
۱۴۳.....	انجام تعیین گروه به روش سرم، لوله و گلیبول قرمز
۱۴۵.....	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلند گو / پیجر
۱۴۷.....	روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران
۱۵۰.....	تجویز آنتی یوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
۱۵۵.....	شناسایی صحیح بیمار

## فصل سوم

### خط مشی ها

۱۵۹.....	مددکاری
۱۶۱.....	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین
۱۶۲.....	اسامی و امضاء ها

مقدمه:

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی بیمارستان امام خمینی (ره) ایلام در راستای عمل به مأموریت و مسئولیت اصلی خود که اعمال نظارت و کنترل جهت اطمینان از خدمات مراقبتی با کیفیت، ایمن و مبتنی بر شواهد علمی روز است نهایت تلاش خود را با استفاده از بکارگیری نیروهای متخصص و مشارکت کلیه پرسنل برای رسیدن به این مهم انجام داده است .

کتابچه روش های اجرایی ، دستوالعمل ها و خط مشی ها ، بیمارستان با مشارکت صاحبان فرایند و با نظارت تیم اجرایی تهیه و تدوین شده است و به کلیه بخش ها ابلاغ شده است .

توضیحات:

کد خط مشی از چهار قسمت تشکیل شده است :

از چپ به راست:

دو حرف انگلیسی :حروف اول ( E H ) Emam Hospital

دو حرف دوم بیان کنند کد واحد ها

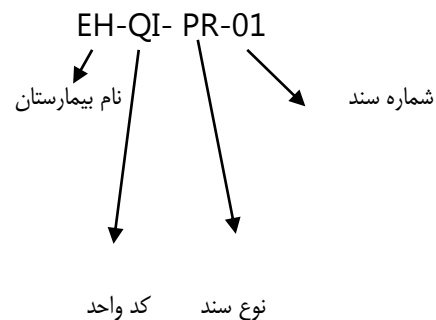
دو حرف انگلیسی سوم :

( PR) procedure روش اجرایی

( PP) policy & procedure خط مشی

( WI) work instruction دستور العمل

شماره خط مشی ، دستورالعمل و روش اجرایی هر بخش به تفکیک در سمت راست کد آورده شده است.



جدول راهنمای کد واحد ها

کد اختصاری	واژه انگلیسی	واژه فارسی
EH	Emam hospital	بیمارستان امام خمینی (ره)
ML	Management Leadership	مدیریت رهبری
QI	Quality Improvement	بهبود کیفیت
NM	Nursing Management	مدیریت خدمات پرستاری
IC	Infection Control	کنترل عفونت
OH	Occupational Health	بهداشت حرفه ای
eh	Environmental Health	بهداشت محیط
LB	Laboratory	آزمایشگاه
RD	Radiology	تصویربرداری
IT	Information Technology	فناوری اطلاعات
HI	Health Information Management	مدیریت اطلاعات سلامت
RM	Risk of accidental facilities Management	مدیریت خطر حوادث و بلایا
ME	Medical Equipment	مدیریت تجهیزات
HM	Human Resources Management	مدیریت منابع انسانی
FM	Financial Resources Management	مدیریت منابع مالی
SR	Service User Rights	حقوق گیرنده خدمت
NU	Nutrition	تغذیه
SW	Social Work	مددکاری اجتماعی

PS	Patient Safety	ایمنی بیمار
NC	Nursing Care	مراقبت های پرستاری
Co	Committee	کمیته
MI	MISSION	رسالت
CA	CALENDAR	تقویم
TP	Teaching Patient	آموزش به بیمار



فصل اول

روش های

اجرایی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)



<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات کد روش اجرایی: EH-ps-PR-01 صفحه-3</p>
<p>پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیل ریشه ای علل بروز پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه بخشهای بالینی و پاراکلینیکی</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اهمیت ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی در برنامه استراتژیک مشخص می شود و به کلیه واحد ها /بخش ها بیمارستان ابلاغ می گردد</li> <li>۲. مسئول ایمنی بیمارستان روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطای پزشکی را بدون ترس از سرزنش و تنبیه ترویج می نماید</li> <li>۳. فرایندهای بالینی تمامی بخش ها توسط دفتر بهبود تدوین و ارائه می گردد .</li> <li>۴. -آمار گزارش خطا ها بصورت ماهانه توسط کارشناس ایمنی بیمار جمع آوری می گردد</li> <li>۵. کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده روز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار دهد</li> <li>۶. -بازدید های میدانی ایمنی بیمار بصورت فصلی طبق تقویم بازدید ها انجام می گردد .</li> <li>۷. - تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته درمان در کمیته های RCA صورت می پذیرد .</li> <li>۸. -بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بصورت هفتگی انجام می شود</li> </ol>	<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<p>۹. -بازدیدهای ایمنی بصورت ماهانه و طبق تقویم از بخش ها و تجهیزات و تاسیسات بیمارستان توسط کارشناسان بهداشت محیط، حرفه ای و بحران از بیمارستان انجام می شود. گزارش نواقص و تحلیل خطرات احتمالی پس از طرح در کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، تعیین تکلیف می شود</p> <p>۱۰. اقدامات اصلاحی مقتضی تدوین و تصویب می گردد. ارائه گزارش اقدامات اصلاحی پیرو مطالب آموخته شده به واحدهای مربوطه. انجام می گیرد</p> <p>۱۱. مسئول ایمنی (مسئول فنی) بر اساس خرد جمعی و روش تکنیکی -عملی مرتبط (RCA-FMEA) در کمیته ها از جمله (کمیته مرگ و میر و ایمنی) راهکار اصلاحی /پیشگیرانه خطا و برنامه مداخله ای مطرح، تدوین و تصویب می نماید.</p> <p>۱۲. مسئول تجهیزات پزشکی از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل می نماید.</p> <p>۱۳. تیم مدیریت ایمنی در بازدید ایمنی عوامل مستعد کننده برای بروز خطاهای پزشکی را در بیمارستان شناسایی و بر اساس الویت بندی اقدام اصلاحی /اقدام پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا را انجام می دهند.</p> <p>۱۴. کلیه کمیته های بیمارستان بر حسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و با محوریت رئیس و مسئول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند</p> <p>۱۵. توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارشات در خصوص بازدیدهای مدیریتی به تیم مدیریتی ارائه می شود و بخش هایی که بیشترین موفقیت را در اجرایی نمودن ۹ راه ایمنی را داشته اند به صورت کتبی و نقدی توسط ریاست محترم بیمارستان به صورت فصلی مورد تشویق قرار می گیرند</p> <p>۱۶. کارشناس ایمنی بیمار از مورد اتفاق افتاده سناروی تهیه می کند و سناریو ها را جهت باز آموزی در اختیار پرسنل قرار می دهد</p> <p>۱۷. کارشناس ایمنی بیمار سناریوهای سایر مراکز را جمع آوری و جهت باز آموزی در اختیار پرسنل قرار می دهد</p>	
ناظر بر عملکرد	آقای مجید فتح الهی مدیریت
منابع	کارکنان مرتبط: کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان- کارشناس بحران - کارشناس بهداشت حرفه ای - کارشناس بهداشت محیط فرم ارزیابی اولیه - سیاست بیمارستان - استانداردهای اعتبار بخشی
تهیه کنندگان	
تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت
نام و نام خانوادگی	سمت

هوشمند مرادنجان	مترون	آقای مجید فتح الهی	مدیریت بیمارستان
مریم شعبانی پور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	تصویب کننده	
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان

  <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
<p>عنوان روش اجرایی: نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای کد روش اجرایی: EH-SR-PR-02 صفحه: 2</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>
هدف	حصول اطمینان از رضایت مندی گیرندگان خدمت از نحوه ارائه خدمت
دامنه روش اجرایی	کلیه واحدهای بیمارستان
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت میدانی از بیمارستان توسط تیم مدیریتی</li> <li>- ملاقات ریاست بیمارستان با گیرندگان خدمت در بخش های مختلف بیمارستانی</li> <li>- واحد رسیدگی به شکایات در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می نماید.</li> <li>- دفتر بهبود کیفیت به صورت فصلی رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش قرار می دهد و در مورد نارضایتی اقدام اصلاحی انجام می دهد.</li> <li>- تحلیل نتایج و طراحی و برنامه مداخله ای مناسب براساس آن مستند شده اند.</li> <li>- بیمارستان خط مشی ها و روش های شفاف و روشنی شامل موارد ذیل تدوین نموده و اجرا می نماید.</li> </ul>
ناظر بر عملکرد	میر بیمارستان
منابع	راهنمای حقوق گیرندگان خدمت در بیمارستان

تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مدیر بیمارستان	مجید فتح اللهی	
تصویب کننده			دبیر کمیته اخلاق	مریم شعبانی پور	
سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	مترون	هوشمند مرادنجاتی	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند	

  <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
<p>تاریخ آخرین ویرایش اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی کد روش اجرایی EH-SR-PR-03 صفحه: ۱ و ۲</p>
هدف	جهت حصول اطمینان از رعایت حقوق گیرنده خدمت
دامنه روش اجرایی	کلید واحد های بالینی
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه های اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار، دانشجو (با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه های آنها با یکدیگر، اطلاع رسانی می نماید.</li> <li>- بیمارستان به به گیرنده خدمت در خصوص روش های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز تمام اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری گیرنده خدمت به نحو مطلوب و به میزان کافی، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت به شیوه های ساده و قابل درک، اطلاع رسانی می نماید.</li> <li>- بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه می نماید.</li> <li>- بیمارستان تمام امکانات لازم را جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت فراهم می نماید.</li> <li>- بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخشها به خصوص بخش</li> </ul>

<p>های مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران ( به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکان پذیر باشد.</p> <p>- گیرنده خدمت آموزش های ضروری برای استمرار درمان را دریافت می نماید.</p> <p>- بیمارستان در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می نماید و خسارت وارده به وی را بر اساس دستورالعمل داخلی جبران می نماید.</p> <p>- بیمارستان جهت توانمندسازی کارکنان در راستای حفظ حقوق گیرندگان خدمت برنامه مشخص و مدونی را تدوین نموده است.</p> <p>- بیمارستان امکان انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور و یا پزشک خارج از بیمارستان را فراهم می آورد.</p> <p>- ارتباط موثر گروه درمان با گیرندگان خدمت وجود می آورد.</p>				
دستر بهبود کیفیت				ناظر بر عملکرد
راهنمای حقوق گیرندگان خدمت در بیمارستان				منابع
تایید کننده			تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
تصویب کننده			مترون	هوشمند مرادنجاتی
سمت	نام و نام خانوادگی		مسئول کمیته اخلاق	مریم شعبانی پور
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		سوپروایزر آموزشی	محمدرضا محمودیان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی کد روش اجرایی: EH-FM-PR-04 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>هدف</p>	<p>حصول اطمینان از انجام صحیح و به موقع خدمت</p>
<p>دامنه روش اجرایی</p>	<p>کلیه بخش های بالینی</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- بطور کلی موضوع هر قرارداد و نیز شرایط و تعهداتی که طرفین یک قرارداد برای خود تعیین می کنند ، قانون حاکم بر قرارداد را معین می کند بنابر این واحد امور مالی بیمارستان در تنظیم هر قراردادی پس از قانون مدنی که مرجع اصلی تعیین کننده شرایط صحت قرارداد و اوصاف اصلی و تشکیل دهنده آنها را به طور کلی بیان می کند به سایر قوانین نیز مراجعه می کند. بعنوان مثال چنانچه موضوع قراردادی ، اشتغال کارگر است به قانون کار و قانون تامین اجتماعی مراجعه می کند یا در تنظیم قرارداد مربوط به حمل و نقل به قانون تجارت یا برونسپاری بخشی از بیمارستان به قوانین وزارت بهداشت و امور مالیاتی رجوع می نماید</li> <li>- قراردادهای بیمارستان طبق فرمت زیر نوشته می شوند:</li> <li>- حتماً در آنها ۱- طرفین قرارداد ۲- موضوع قرارداد ۳- مبلغ قرارداد ۴- مدت قرارداد ۵- تعهدات پیمانکار یا شرکت یا فروشگاه ۶- تعهدات مشتری ۷- کسورات قانونی ۸- فورس ماژور (شرایط خاص) ۹- موارد حل اختلاف ۱۰- فسخ قرارداد قید می گردد.</li> <li>- سالانه پس از ارزیابی ریاست و مدیریت اجرایی بیمارستان افرادی که صلاحیت آماده سازی قراردادها را دارند به حسابداری معرفی می شوند و حدود اختیارات آنها نیز مشخص می گردد</li> <li>- قبل از هرگونه قراردادی، تیم اجرایی بر اساس ملاک های ارزیابی به پیمانکاران جهت انتخاب طبق ضوابط داخلی، بصورت مکتوب پیشنهاد می دهد.</li> <li>- هرگونه واگذاری خدمات به پیمانکار و برون سپاری با تأیید ریاست بیمارستان می باشد.</li> <li>- کلیه قراردادهایی که مربوط به نیروی انسانی بیمارستان می باشد پس از دستور کتبی ریاست (بیمارستان) توسط مسئول امور قراردادها نوشته شده و به امضاء ریاست می رسد.</li> <li>- کلیه قراردادهای مربوط به تجهیزات و لوازم ساختمان و سرویس و نگهداری و پشتیبانی پس از اخذ دستور کتبی ریاست ، مسئول امور قراردادها تهیه و به دفتر ریاست جهت ثبت و اخذ امضاء ارسال می شود</li> <li>- در صورت صلاحدید ریاست بیمارستان در هر یک از مراحل قراردادهای خرید چنانچه به استفاده از فرد خرد جمعی و تعیین تکلیف باشد در کمیته مدیریت اجرایی مطرح شده و پس از اخذ تأیید واحد مالی اقدام</li> </ul>	

<p>به نوشتن قرارداد می گردد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مدیر داخلی بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادها پیش از امضاء توسط طرفین، نظارت می کند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مالی و یا واحد حقوقی عودت می دهد</li> <li>- ریاست بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادها پیش از امضاء توسط طرفین نظارت می کند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مدیریت عودت می دهد و کارشناسی قراردادها از جنبه های مالی و تعهدات انجام شده و کسورات قانونی را بعهدہ دارد.</li> <li>- مدیر مالی در مقابل پیش پرداختها حتماً چک تضمینی حداقل به میزان پرداخت انجام شده در وجه بیمارستان دریافت می کند. (در صورت وجود مدت گارانتی در متن قرارداد، چک تضمینی به مدت مذکور در قرارداد اخذ می گردد).</li> <li>- در مورد پرداخت مالیات و کسورات در رابطه بیمه تکمیلی در قرارداد ذکر نشود و در صورت ذکر برعهده بیمه می باشد</li> <li>- در صورت تخلف طرف دوم یا پیمانکار دو بار اخطار کتبی داده شود و برای اخطار سوم قرارداد فی مابین لغو، و تضمینات به نفع کارفرما ضبط می گردد.</li> <li>- بابت فسخ قرارداد در رابطه با بیمه تکمیلی هریک از طرفین با اطلاع کتبی یک ماه قبل می تواند قرارداد را فسخ کند.</li> <li>- در صورت وجود هرگونه تخلف و عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد، موارد مذکور توسط مسئول واحد ذینفع پس از تذکر به پیمانکار و عدم رفع نقص به مدیر مالی و ریاست اطلاع داده میشود.</li> <li>- بلافاصله پس از اعلام واحد ناظر مربوطه یا مدیریت مبنی بر عدم رعایت مفاد قرارداد تمامی پرداخت ها توسط رئیس واحد حسابداری به شرکت یا پیمانکار متوقف می شود تا تصمیم لازم اتخاذ شود</li> <li>- در صورت عدم رعایت مفاد قرارداد با شرایط فوق الذکر اصل گزارش به اطلاع ریاست بیمارستان توسط ریاست رسانده می شود و مشکل توسط ایشان پیگیری و نسبت به ادامه یا فسخ قرارداد تصمیم گیری می شود.</li> <li>- پیگیری در مورد خسارات یا فسخ یا ادامه قرارداد توسط مسئول حقوقی بیمارستان پس از دستور کتبی ریاست بیمارستان انجام می شود</li> <li>- بیمارستان در پایان قرداد رضایت مندی پیمانکاران را مورد ارزیابی قرار می نماید</li> </ul>	
	ناظر بر عملکرد
	مستول امور مالی بیمارستان
	آیین نامه مالی معاملاتی بیمارستان
تهیه کنندگان	تایید کننده



نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی	مدیریت بیمارستان	
آقای فتاحی	مسئول امور قراردادها	تصویب کننده		
باران پورمند	کارشناس اعتباربخشی	نام و نام خانوادگی	سمت	
محمد خردمند	مسئول امور مالی	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخش

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره) واحد مدیریت حوادث و بلایا</p>	
عنوان روش اجرایی: گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین کد روش اجرایی: EH-RM-PR-05 صفحه: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
هدف	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. حصول اطمینان از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان</li> <li>۲. پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده</li> <li>۳. کاهش خسارت مالی و جانی ناشی از حوادث</li> <li>۴. شناسایی موقعیتهای ناایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها</li> </ol>
دامنه روش اجرایی	• بیمارستان
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p><b>فهرست مخاطرات</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- نقص تاسیسات، تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره را در پی داشته باشد</li> <li>- مسمومیت یا مصدومیت گروهی پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود</li> <li>- شیوع بیماری های عفونی در بیمارستان و پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود</li> <li>- حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- وقوع مخاطرات طبیعی مانند سیل ، زلزله و...</li> <li>- وجود مخاطرات غیر طبیعی مانند آتش سوزی ، نقص تجهیزات هسته ای ، آلودگی های شیمیایی و...</li> <li>- مشاهده نوعی از بیماری که نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی جهت جلوگیری از شیوع دارد</li> <li>- نا فرمانی دسته جمعی بیماران یا پرسنل مانند تحصن وتجمع اکثریت بیماران یا پرسنل</li> <li>- حوادث ترافیکی با بیشتر از 20 مصدوم یا 5 نفر فوتی</li> <li>- مشاهده علائمی از هرگونه همه گیری</li> <li>- بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتش زا وخطر ناک</li> <li>- هرگونه نشست سیاسی ،شورش ، تحصن وتجمع بالای ۱۰۰۰ نفر</li> <li>- هرگونه هشدار وآماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار</li> </ul>	
<b>نحوه کسب اطلاع</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- در حوادث بیمارستانی توسط کارکنان یا مراجعین به بیمارستان هرگونه علائم به اطلاع سوپر وایزر رسانده می شود سوپروایزر در محل حادثه حضور یافته و صحت آن را تایید می کند سوپروایزر کشیک جهت رفع خطر دستورات لازم را به پرسنل مربوطه (تاسیسات –انتظامات it و..) صادر می کند</li> <li>- سوپر وایزر در صورت کسب اطلاع از وقوع حادثه از طریق بیماران وسایر منابع غیر از مرکز هدایت عملیات با مرکز هدایت عملیات (EOC) تماس گرفته وصحت اطلاعات را تایید می کند</li> <li>- کسب اطلاع از وقوع حادثه توسط مرکز هدایت عملیات انجام می شود</li> </ul>	
<b>روش انجام کار</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- سوپروایزر کشیک به مرکز تلفن، ستاد هدایت ،سوپروایزر کشیک اورژانس و مترون اطلاع می دهد</li> <li>- مترون به ریاست بیمارستان ومدیریت اطلاع می دهد وطبق فلوجارت هشدار سریع هرکس به ۳ نفر بعد اطلاع می دهند تا در اسرع وقت تمامی افراد از حادثه خبر دار شوند</li> <li>- سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش وفراخوان نیروها بر اساس میزان وشدت حادثه با هماهنگی فرماندهی حادثه اقدام می نمایند</li> <li>- سوپروایزر کد های شروع بحران (کد ۳۱ رنگ زرد-کد ۳۲ رنگ نارنجی-کد ۳۳ رنگ قرمز ) را اعلام می کند</li> <li>- به دستور فرمانده ، به محض نیاز سامانه HICS به صورت محدود یا کامل فعال می شود ( در ساعات غیر اداری سوپر وایزر فرمانده ی عملیات می باشد )</li> <li>- مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل مدیریت پشتیبانی _ مدیریت عملیات - مدیریت برنامه ریزی - مدیریت واحد مالی اداری در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند</li> <li>- مدیران مناطق مذکور پس از حضور در وضعیت عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام می کنند</li> <li>- حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده می شود</li> </ul>	

<p>فرمانده حادثه در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان واعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.</p> <p>- در حوادث ترافیکی وحوادث با مصدوم انبوه ستاده هدایت به سوپروایز اطلاع رسانی کرده واعلام آماده باش می کند</p> <p>- گزارش وضعیت موجود ، نیاز های افزایش ظرفیت و اقدامات انجام شده توسط مسئول روابط وهماهنگی به ستاد هدایت دانشگاه علوم پزشکی ایلام اعلام می گردد</p> <p>- پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت عادی؛ اتمام وضعیت بحرانی؛ توسط فرمانده حادثه اعلام (کد ۳۴) می شود.</p> <p>- برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته مدیریت خطر ولایا بررسی می شود و در صورت لزوم برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود</p>			
ناظر بر عملکرد	فرمانده حادثه		
منابع	کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث ولایا برنامه کشوری تالیف دکتر حمید رضا خانکه وهمکاران دستورالعملهای ابلاغی از وزارت متبوع		
تهیه کنندگان			
تایید کننده			
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
دکتر عارف عزیزاده	فرمانده حادثه	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
مریم شعبانی پور	کارشناس ایمنی		
طیبه کریمی	دبیر کمیته بحران		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
زهرا مفیدی	بهداشت حرفه ای		
هوشمند مرادنجاتی	مترون		
علی اکبر خسروی	بهداشت محیط		
خسرو اریا	مسئول تاسیسات		
خسرو اریا	مسئول خدمات		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

عنوان روش اجرایی: نظارت بر روند تعامل بین بخشی های بالینی با سایر بخش ها کد روش اجرایی: EH-NM-PR-06 صفحه: ۱		تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱	
هدف		هماهنگی کارکنان واحدها در جهت ارائه خدمات مناسب به گیرنده خدمت	
دامنه روش اجرایی		کلیه بخش های بالینی ، واحد مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)		۱. در کلیه جلسات بر ایجاد فرهنگ تعامل بین مسئولین بخش ها تاکید می شود. ۲. در صورت نیاز به اقدامات کلینکی (فیزیوتراپی، بینایی سنجی، شنوایی سنجی و...) پس از اطلاع پرستار به سوپروایزر از طریق هماهنگی لازم انجام می شود. ۳. فرایند تحویل و تحول بیماران براساس تکنیک SABAR (وضعیت بیمار، بیماری زمینه ای، تشخیص، توصیه و پیشنهادات) انجام می شود.	
ناظر بر عملکرد		سوپروایزر وقت	
منابع		سیاست های بیمارستان	
تهیه کنندگان		تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
		هوشمند مرادنجاتی	مترون
بهار سلطانی	سوپروایزر	تصویب کننده	
بهزاد ناصری	مسئول اورژانس	نام و نام خانوادگی	سمت
طیبه رمضانیان	مسئول ICU1	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱		عنوان روش اجرایی: کنترل صحت داده ها های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرآیند کد روش اجرایی: EH-HI-PR-07 صفحه: ۱	
هدف		ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستان	
دامنه		واحد مدیریت اطلاعات سلامت، مسئولین و منشی بخش ها و واحدها	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- شیوه مدون ثبت داده های ورودی در سامانه اطلاعات بیمارستان با مشارکت تمام صاحبان فرآیند تدوین شده است.</li> <li>- چک لیست صحت داده ها با مشارکت صاحبان فرآیند طراحی شده است و در اختیار مسئولین بخش ها و واحدها قرار گرفته و بصورت هفتگی تکمیل می شود.</li> <li>- نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده ها بصورت ماهانه به مسئول واحد مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت گزارش داده می شود و بعد از پایش در صورت نیاز در کمیته مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت مطرح و خطای مورد نظر اصلاح می شود.</li> </ul>	
ناظر بر عملکرد		مدیریت بیمارستان، واحد مدیریت اطلاعات سلامت	
منابع		دستور العمل کشوری با کد الف-پ-۱-۹۵/۹	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
کارشناس آمار و مدارک پزشکی	فاطمه حیدر بیگی	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
کارشناس آمار و مدارک پزشکی	آقای طالب قلیچی	تصویب کننده	
مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	خانم زهرا پیشگو	نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ ویرایش: ۱۱		عنوان روش اجرایی: نگهداری و پشتیبانی منظم داد ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان کد روش اجرایی: EH-IT-PR-08 صفحه: ۱	
هدف		حصول اطمینان از حفاظت اطلاعات ثبت شده بیمارستانی و امکان دسترسی به محتوای بانک اطلاعاتی مرکزی در صورت بروز مشکل در نسخه اصلی داده ها	
دامنه روش اجرایی		کلید بخش ها واحدها	
شیوه انجام کار		(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. ایجاد full backup اتوماتیک توسط سیستم به صورت روزانه</li> <li>۲. ایجاد Differential backup اتوماتیک توسط سیستم به صورت هر یک ساعت یکبار</li> <li>۳. انتقال بکاپ به صورت اتوماتیک روی سرور بکاپ</li> <li>۴. تهیه پشتیبان (Backup) روزانه از تمامی اطلاعات ثبت شده قبلی و فعلی و ذخیره آنها در یک حافظه جانبی مجزا توسط کارشناس IT</li> </ol>			
ناظر بر عملکرد		مسئول واحد فناوری اطلاعات	
منابع		نرم افزار اطلاعات بیمارستانی	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
ساجده نوروزی	مسئول واحد فناوری اطلاعات	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
حمزه حسینی	کارشناس فناوری اطلاعات	تصویب کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی کد روش اجرایی: EH-NM-PR-09 صفحه: ۱</p>
<p>هدف</p> <p>حصول اطمینان از برقراری ایمنی بیمار ، جلوگیری از سقوط بیمار، جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات بیمار</p>	
<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>کلیه بخش های بالینی</p>	
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت داشتن دستور PRN مبنی بر انجام مهار شیمیایی تا سه بار می تواند تکرار شود و بار چهارم باید مجدداً از پزشک دستور کتبی گرفته شود.</li> <li>- بیمار توسط پرستار بررسی و علت بیقراری و نا آرامی وی ارزیابی و مداخلات لازم انجام می شود (تسکین درد، ایجاد محیط آرام، داروهای آرام بخش و ...)</li> <li>- پرستار جهت مهار شیمیایی داروها را طبق دستور پزشک و دستورالعمل دارو درمانی آماده می کند.</li> <li>- استفاده از مهار شیمیایی تنها با دستور پزشک مجاز است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج می باشد.</li> <li>- پرستار عوارض داروهای تجویز شده را می داند.</li> <li>- بعد از اجرای مهار شیمیایی عوارض احتمالی توسط پرستار بررسی می گردد.</li> <li>- در صورت استفاده از مهار شیمیایی (در حالت خواباندن بیمار برای مدت طولانی) بیمار توسط پرستار از نظر زخم بستر کنترل شده ، هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن انجام می گردد و از تشک های مواج استفاده می شود.</li> <li>- توسط پرستار وسایل بالقوه تهدید کننده از بیمار جدا شده و تا زمانی که بیمار کنترل خود را به دست آورد در یک محیط امن نگهداری می شود.</li> <li>- پرستار مسئول بیمار، بیمار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده ، در صورت صدمات حاد ، به پزشک گزارش نموده و در پرونده ثبت می نماید.</li> <li>- استفاده از بیهوش کننده ها ، داروهای سداتیو باید بعنوان عاملی در جهت کاهش نیاز به مهار فیزیکی مورد استفاده قرار گیرد و نباید بعنوان مهار کننده شیمیایی مورد استفاده قرار گیرند.</li> <li>- نحوه کنترل بیماران تحت مهار شیمیایی در گزارش پرستاری توسط پرستار مسئول بیمار ثبت می گردد</li> </ul>	
<p>ناظر بر عملکرد</p> <p>پزشک بیهوشی مقیم در آی سی یو و مسئول بخش</p>	
<p>منابع</p> <p>انواع داروهای سدیشن ( آرام بخش)، استانداردهای خدمات پرستاری</p>	
<p>تایید کننده</p>	<p>تهیه کنندگان</p>

نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا
محمدرضا محمودیان	سوپروایزر آموزشی		دکتر لیدا نوری	رییس بخش آی سی یو	
طیبه رمضانیان	مسئول ICU1		تصویب کننده		
هوشمند مرادنجاتی	مسئول ICU2		نام و نام خانوادگی	سمت	امضا
			دکتر عارف عزیز زاده	ریاست بیمارستان	

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>		
عنوان روش اجرایی: استفاده صحیح از ابزار های مهار فیزیکی کد روش اجرایی: EH-NM-PR-10 صفحه: ۲		تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
هدف	حصول اطمینان از پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی برای بیماران بستری	
دامنه روش اجرایی	کلیه بخش های بالینی	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<ol style="list-style-type: none"> <li>بیمار توسط پزشک و پرستار در مواردی که شدیداً تحریک پذیر بوده دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می باشد مورد ارزیابی قرار می گیرد.</li> <li>دستور مهار فیزیکی توسط پزشک در پرونده ثبت می شود.</li> <li>علت مهار بیمار توسط پرستار مربوطه به بیمار و همراهان وی آموزش داده می شود.</li> <li>اطمینان از صحت روش کار توسط سرپرستار یا مسئول شیفت نظارت می شود.</li> <li>استفاده از باند مخصوص مهار فیزیکی یا پنبه داخل گاز برای ۴ اندام جهت مهار فیزیکی توسط کمک بهیار با نظارت پرستار استفاده می شود.</li> <li>بیمار را روی تخت خوابانده یک دست در یک طرف و دست دیگر بالای سر با بند مهار می گردد و پاها از هم باز و هریک جداگانه توسط کمک بهیار با نظارت پرستار بسته و مهار می شود.</li> <li>وضعیت جسمانی بیمار از نظر آسیب عروقی و اعصاب، اختلال در جریان خون، خطر آسپیراسیون و سایر آسیبهای احتمالی در طول مهار فیزیکی توسط پرستار هر ساعت یکبار بطور منظم کنترل می شود.</li> <li>در صورت عدم نیاز به مهار، در اولین فرصت ممکن بندها و مهارهای بیمار با کسب دستور پزشک معالج با نظارت پرستار توسط کمک بهیار باز می شوند</li> <li>مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر می گردد قابل اجراست و در صورت نیاز به ادامه درمان با شرایط فوق طی هماهنگی با پزشکان معالج و درخواست مشاوره مجدد اورژانسی و</li> </ol>	



<p>هماهنگی با مرکز روانپزشکی بیمار از سرویس جراحی ترخیص و انتقال داده می شود.</p> <p>۱۰. نحوه کنترل بیماران تحت مهار فیزیکی شامل زمان شروع، چک مجدد و حذف مهار فیزیکی بررسی و در گزارش پرستاری نوشته می شود.</p> <p>مسئولیت ها و اختیارات:</p> <p>پزشک معالج: دستور درمان</p> <p>پرستار مسئول: پیگیری و مراقبت های پرستاری</p> <p>کارکنان اجرای برنامه</p> <p>امکانات: تجهیزات مرتبط باند مخصوص مهار فیزیکی، پنبه، گاز، باند، نیروی انسانی</p>			
مسئولین بخش ها			ناظر بر عملکرد
سیاست های بیمارستان			منابع
تایید کننده		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مترون	هوشمند مرادنجاتی	سوپروایزر آموزشی	محمد رضا محمودیان
تصویب کننده		مسئول ICU1	طیبه رضائیان
سمت	نام و نام خانوادگی	مسئول ICU2	پریسا خازنه
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیز زاده	مسئول PICU	زینب رحیمی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>عنوان روش اجرایی : مقادیر بحرانی پاراکلینیک کد روش اجرایی: EH-PS-PR-11 صفحه: ۳</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>
<p>هدف</p>	<p>حصول اطمینان از اقدام درمانی با تشخیص به موقع در مورد بیماران</p>
<p>دامنه روش اجرایی</p>	<p>کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>	<p>۱- دامنه یا مقادیر بحرانی تهیه شده و به کلیه بخش ها ابلاغ شده و در معرض دید کارکنان آزمایشگاه و کلیه واحد های بالینی و پاراکلینیک نصب شده است. ترجیحاً مقادیر بحرانی به تفکیک بخش های آزمایشگاه استخراج و در محل انجام آزمایشات نصب گردد. ولی بدیهی است کلیه کارکنان آزمایشگاه از تمامی مقادیر بحرانی مطلع باشند .</p> <p>۲- در مورد بیماران سرپایی آزمایشگاه و تصویر برداری که نتایج اقدامات انجام شده آنها شامل موارد بحرانی باشد. کارشناس آزمایشگاه، تصویر برداری با بیمار از طریق شماره تلفنی که در HIS ثبت شده است ضمن رعایت اصول اخلاقی و شرایط روحی روانی بیمار جهت دریافت جواب آزمایش / رادیولوژی و مراجعه به پزشک تماس گرفته و راهنمایی می شود .</p> <p>۳- در مورد بیماران بستری که نتایج اقدامات انجام شده آنها شامل موارد بحرانی باشد. توسط کارشناس آزمایشگاه یا رادیولوژی با پرستار بخش تماس گرفته و اطلاع داده می شود. از روش <i>Read Back</i>. <i>Repeat Back Close the Loop</i>. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و کادربالینی استفاده شود . چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوان، شنیدن، یادداشت شنیده، بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات</p> <p>۴- پرستار بعد از دریافت جواب مقادیر بحرانی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را تحت نظر قرار داده و در صورت داشتن سابقه قبلی و گرفتن شرح حال و عدم تغییر جواب آزمایش نسبت به دوره قبل ضمن اطلاع به پزشک ذیصلاح اقدامات لازم را بر اساس <i>Order Standing</i> انجام می دهد (مقادیر بحرانی ثبت می نماید قابل ذکر است بحث <i>Order Standing</i> جهت تطبیق آن برای شروع درمان مقادیر بحرانی در کمیته اورژانس طرح و بعد از تایید به بخش های مربوطه ابلاغ گردد).</p> <p>۵- فرد انجام دهنده آزمایش در صورت متغیر بودن جواب، تکرار مجدد آن و چنانچه نتایج در محدوده نرمال باشد از طریق <i>HOT line</i> جواب صحیح را به بخش اعلام می نماید و در غیر اینصورت (تایید مقادیر بحرانی اولیه در تکرار) پس از تایید مسئول فنی آزمایشگاه در HIS ثبت گردد</p>

<p>۶- مشخصات ثبت در دفتر یا فرم نتایج مقادیر بحرانی در آزمایشگاه یا رادیولوژی ، شامل موارد ذیل می باشد: نام بیمار ، شماره پرونده بیمار، مقادیر بحرانی گزارش شده، فرد گزارش دهنده ، فرد گزارش گیرنده، تاریخ و ساعت گزارش به بخش ، تاریخ و ساعت گزارش به پزشک، اقدامات انجام گرفته</p> <p>۷- پرستار در اسرع وقت اعلام مقادیر بحرانی را به پزشک معالج / ذیصلاح اطلاع و اقدامات و مداخلات الزم طبق دستور پزشک را انجام می دهد</p> <p>۸- پرستار بخش بعد از تایید جواب آزمایش توسط مسئول فنی آزمایشگاه جواب را پرینت و در پرونده بیمار الصاق می نماید و تمامی موارد را در گزارش پرستاری ثبت می نماید و برگه آزمایش را مهر و امضا می نماید.</p> <p>۹- در صورت تغییر محل بستری بیمار، پرستار بخش به انجام دهنده آزمایش، محل انتقال بیمار را اطلاع می دهد و فرد انجام دهنده آزمایش مجدداً مقادیر بحرانی را بلافاصله به بخش جدید اعلام می کند</p> <p>۱۰- پرستار مسئول بیمار موظف است، بلافاصله بر بالین بیمار حاضر شود اقدامات حیاتی را تا رسیدن پزشک انجام دهد و پزشک معالج موظف است در کمترین زمان ممکن بر بالین بیمار حاضر شود</p> <p>اگر دلیل اصلی عدم گزارش نتایج بحرانی تردید شما از عدم صحت و درستی آزمایش مربوطه است اقدامات زیر را انجام دهید</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- کنترل سابقه بیمار و شرح حال بیمار و انطباق با نتیجه بحرانی مربوطه</li> <li>- در صورت عدم تطبیق با شرح حال تکرار سریع تست روی همان نمونه و درخواست نمونه جدید از بیمار و در گزارش دهی سریع تلفنی نتیجه بحرانی و ثبت متن گزارش و ساعت گزارش دهی و... در فرم مربوطه</li> <li>- درخواست همزمان نمونه جدید از مسئول بخش مربوطه همراه با گزارش دهی نتیجه بحرانی ( در صورت امکان)</li> </ul>																					
	ناظر بر عملکرد مدیریت خدمات پرستاری (مترون)																				
	منابع دستورالعمل های استانداردهای وزارت بهداشت																				
<p>کارکنان مرتبط: کلیه پرستاران شاغل در بخش های بستری و پارکلینیک، پرسنل آزمایشگاه ، پرسنل تصویر برداری</p> <p>- اصول مراقبت از بیماران و سیاست بیمارستان - استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان ها</p> <table border="1" data-bbox="167 1579 1318 1864"> <thead> <tr> <th colspan="2">تایید کننده</th> <th colspan="3">تهیه کنندگان</th> </tr> <tr> <th>سمت</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>سمت</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>مدیریت بیمارستان</td> <td>مجید فتح الهی</td> <td>مسئول آزمایشگاه</td> <td>مجیر ملکشاهی</td> <td>مجیر ملکشاهی</td> </tr> <tr> <td>تصویب کننده</td> <td></td> <td>کارشناس هماهنگ کننده ایمنی</td> <td>مریم شعبانی پور</td> <td>مریم شعبانی پور</td> </tr> </tbody> </table>	تایید کننده		تهیه کنندگان			سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مسئول آزمایشگاه	مجیر ملکشاهی	مجیر ملکشاهی	تصویب کننده		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور	مریم شعبانی پور	
تایید کننده		تهیه کنندگان																			
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی																	
مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مسئول آزمایشگاه	مجیر ملکشاهی	مجیر ملکشاهی																	
تصویب کننده		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور	مریم شعبانی پور																	

	ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
				مسئول رادیولوژی	حجت اله بهروز
				مسئول سی تی اسکن	جواد وحیدنیا
				مسئول MRI	احمد کهزادی
				مترون	هوشمند مرادنجاتی

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱	عنوان روش اجرایی: دستورات تلفنی / شفاهی کد روش اجرایی: EH-NM-PR-12 صفحه: ۲
حصول اطمینان از انجام اقدامات درمانی فوری و به موقع جهت حفظ ایمنی بیمار	هدف
تمام بخش های بالینی	دامنه روش اجرایی
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	
<p style="text-align: center;"><b>دستورات تلفنی</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. گرفتن دستور تلفنی باید توسط پرستار مسئول بیمار با گزارش صحیح شرح حال بیمار باشد.</li> <li>۲. دستورات تلفنی باید بطور کامل در برگ دستورات پزشک، تحت عنوان tell order، با ذکر نام پزشک، ساعت و تاریخ دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور، مجدد توسط پرستار مستمع، بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی، چک و اجرا گردد.</li> <li>۳. دستورات تلفنی، باید توسط دو پرستار سمع، امضاء و تایید گردد.</li> <li>۴. دستورات تلفنی باید در اسرع وقت، توسط پزشک معالج، ثبت و امضا گردد.</li> <li>۵. در صورت مشاوره های غیر اورژانسی اخذ دستور تلفنی ممنوع می باشد و فقط در خصوص مشاوره های اورژانسی تا رسیدن پزشک بر بالین بیمار اخذ دستورات تلفنی جهت حفظ جان بیمار بلامانع است</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>دستورات شفاهی</b></p> <p>- در دستورات شفاهی مانند دستورات تلفنی عمل می شود و تحت عنوان دستورات شفاهی با ذکر نام پزشک، ساعت و تاریخ دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور، مجدد توسط پرستار</p>	

مستمع، بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور شفاهی، چک و اجرا گردد.		
- ترجیحا باید توسط دو نفر سمع گردد و توسط دو نفر مهر و امضا شود .		
- دستورات شفاهی در اسرع وقت، توسط پزشک معالج، ثبت و امضا گردد.		
مستولین بخش ها		ناظر بر عملکرد
دستور العمل وزارت		منابع
تایید کننده		تهیه کنندگان
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
معاون آموزشی	دکتر مهدی شکری	مترون
تصویب کننده		سوپروایزر آموزش
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	سوپروایزر صبح
		بهار سلطانی

			
<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>			
<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>		<p>عنوان روش اجرایی: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران کد روش اجرایی EH-NM-PR-13 صفحه: ۳</p>	
<p>هدف حصول اطمینان از خدمت رسانی صحیح به بیمار عملکرد سریع در امر پذیرش، رسیدگی سریع به بیمار و انجام اقدامات ضروری و اورژانسی</p>		<p>دامنه روش اجرایی کلیه بخش های بالینی</p>	
<p>۱. تجهیزات مورد نیاز جهت مانیتورینگ بیماران حاد در کلیه بخش های بیمارستان وجود دارد. ۲. در صورت نیاز به مانیتورینگ قلبی و تنفسی بیماران از طریق چست لید که بر روی قفسه سینه توسط پرستار قرار می گیرد به دستگاه مانیتورینگ وصل می شود. ۳. در قسمتی از دستگاه های مانیتورینگ ( معمولاً قسمت پایینی صفحه مانیتور ) عددی به عنوان تعداد تنفس بیمار نشان داده می شود . برای نشان دادن ، این دستگاه با کمک همان لید های قلبی که به بیمار وصل می شود حرکات قفسه سینه بیمار را شناسایی و به عنوان تعداد تنفس ثبت می نماید. که توسط پرستار در برگه ثبت علائم حیاتی چارت می شود. ۴. فشار خون در بیماران به دو صورت غیر تهاجمی و تهاجمی ثبت می گردد. در فشار خون غیر تهاجمی که پرستار کاف فشار سنج را به مانند کاف فشارسنج های دستی به دور دست بیمار می بندد و کلید مربوط به گرفتن فشار خون را که روی دستگاه مانیتورینگ قرار دارد فشار می دهد .</p>		<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>	

<p>کاف شروع به باد شدن کرده و پس از چند ثانیه فشار خون سیستول ، فشار خون دیاستول و میانگین فشار خون شریانی را نشان می دهد و توسط پرستار در برگه کنترل علائم حیاتی چارت می شود .</p> <p>۵. برای ثبت میزان اشباع هموگلوبین خون شریانی با اکسیژن از پروب پالس اکسیمتر استفاده می شود.</p> <p>۶. دمای بدن بیماران در بخش ها توسط پرستار با استفاده از دماسنج دیجیتال کنترل می گردد .</p> <p>۷. کنترل علائم حیاتی بیمار در بدو ورود به بخش ویژه توسط پرستار هر ۱۵ دقیقه به مدت یکساعت، هر ۳۰ دقیقه به مدت یک ساعت و هر یک ساعت به مدت ۴ ساعت و سپس طبق دستور پزشک معالج انجام می شود و هر گونه تغییر در وضعیت علائم حیاتی و اشباع اکسیژن خون به پزشک مقیم بیهوشی و پزشک معالج بیمار اطلاع داده می شود و دستورات در صورت وضعیت اورژانسی انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود و در بخش های عادی در بدو ورود و سپس براساس دستور پزشک چک شده و در گزارش پرستاری قید می گردد.</p> <p>۸. علائم حیاتی بسته به وضعیت بالینی بیمار و دستور پزشک مقیم بیهوشی و پزشک معالج بیمار توسط پرستار کنترل و چارت می شود.</p> <p>۹. در هر شرایطی بیمار بستری در بخش ویژه توسط پرستار تحت مانیتورینگ مداوم قلبی ریوی که شامل ریتم و تعداد ضربان قلب و اندازه گیری پالس اکسیمتر می باشد، قرار می گیرد.</p> <p>مسئولیت ها و اختیارات:  پزشک معالج: دستور درمان  پرستار مسئول: پیگیری و مراقبت های پرستاری  کارکنان: اجرای برنامه  امکانات: ، نیروی انسانی ، دستگاه مانیتور، ترمومتر، پالس اکسیمتر</p>			
<p>مستول بخش ها</p>	<p>ناظر بر عملکرد</p>		
<p>کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری - سیاست بیمارستان</p>	<p>منابع</p>		
<p>تایید کننده</p>	<p>تهیه کنندگان</p>		
<p>سمت</p>	<p>نام و نام خانوادگی</p>	<p>سمت</p>	<p>نام و نام خانوادگی</p>
<p>رئیس بخش ICU</p>	<p>دکتر لیدا نوری</p>	<p>مترون</p>	<p>هوشمند مرادنجاتی</p>
<p>تصویب کننده</p>		<p>سوپروایزر صبح</p>	<p>بهار سلطانی</p>
<p>سمت</p>	<p>نام و نام خانوادگی</p>	<p>مسئول PICU</p>	<p>زینب رحیمی</p>
<p>ریاست بیمارستان</p>	<p>دکتر عارف عزیززاده</p>	<p>مسئول بخش آی سی یو</p>	<p>طیبه رمضانیان</p>



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: نحوه و اندیکاسون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه اجرائی: EH-NM-PR-14 صفحه: ۴</p>
<p>هدف حصول اطمینان از خدمت رسانی صحیح به بیمار پذیرش شده، عملکرد سریع در امر پذیرش، رسیدگی سریع به بیمار و انجام اقدامات ضروری و اورژانسی</p>	<p>هدف</p>
<p>دامنه روش اجرایی</p>	<p>کلید بخش های بالینی</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>۱. برای انتخاب بیمارانی که اندیکاسیون بستری در بخش ICU دارند در شرایط مساوی بیمارانی در اولویت قرار می گیرند که احتمال مرگ و میر آنها کمتر و بستری شدن در ICU پیش آگهی بهتری را برای آنها ایجاد نماید.</p> <p>۲. در مواردی که ظرفیت واحد مراقبت ویژه محدود است تعیین اولویت پذیرش یا جابجایی بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه با تشخیص پزشکان معالج به مسئولیت پزشک مقیم به عنوان مدیر تخت می باشد.</p> <p>۳. انتخاب بیمار برای بستری شدن در ICU براساس اندیکاسیون های تدوین شده توسط بیمارستان مورد تایید پزشکان متخصص انجام می گیرد.</p> <p>اندیکاسیونهای پذیرش بیماران در ICU:</p> <p>۱. حفاظت تنفسی:</p> <p>a- احتمال بدتر شدن ناگهانی عملکرد تنفسی که نیاز فوری به لوله گذاری نای و یا تهویه مکانیکی باشد.</p> <p>۲. پایش و حفاظت پایه تنفسی:</p> <p>a- نیاز به اکسیژن با غلظت بیش از ۴۰٪</p> <p>b- احتمال پیشرفت بیماری تا حد نیاز به لوله گذاری نای</p> <p>c- نیاز به فیزیوتراپی ریه جهت پاکسازی و تخلیه ترشحات ریوی حداقل به فواصل هر دو ساعت</p> <p>d- بیمارانی که بدنال یک انتوباسیون و یا تهویه مکانیکی طولانی تازه اکستوب شده اند.</p> <p>e- نیاز به تهویه مکانیکی غیر تهجمی ویا ماسک CPAP</p> <p>f- بیماری که بعلت حفاظت راه هوایی انتوبه شده ولی نیازی به تهویه پیشرفته ندارند.</p> <p>۳. حفظ همودینامیک:</p> <p>a- نیاز به داروهای وازواکتیو</p>	<p>هدف</p>

- b اختلالات همودینامیک بعلت هیپوولومی به هر دلیلی
- c بیمار پس از احیا

اندیکاسیون های ترخیص بیماران از ICU:

زمانی بیمار ترخیص می شود که شرایطی که منجر به پذیرش بیمار در ICU شده بود بطور نسبی رفع شده باشد. لاعلاج بودن بیمار به گونه ای که مراقبت در ICU در روند درمانی تاثیری نداشته باشد نیز می تواند معیاری برای جابجایی بیمار به بخش مناسب دیگر باشد.

نحوه پذیرش بیماران در بخش های ویژه:

**بیماران این بخش به سه روش وارد بخش می شوند:**

**الف- ورود از اتاق عمل با توجه به تشخیص پزشک بیهوشی یا جراح و نیاز به مراقبت های ویژه**

**ب- ورود از بخش های بستری برای بیماران دچار شرایط بحرانی و نیازمند به مراقبت های ویژه به تشخیص پزشک معالج و مشاوره با پزشک مقیم بیهوشی**

**ج- ورود از اورژانس با توجه به تشخیص پزشک معالج و مشاوره با پزشک مقیم بیهوشی**

**الف- انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش:**

۱. قبل از جراحی بیمار در صورت نیاز به بستری در بخش ویژه بعد از عمل جراحی توسط مسئول بخش هماهنگی لازم با بخش مراقبت ویژه جهت رزرو تخت انجام می شود.
۲. پس از اتمام عمل بیمار، منشی اتاق عمل با بخش مراقبت ویژه تماس می گیرد.
۳. تخت و در صورت لزوم دستگاه ونتیلاتور توسط پرستار و با تنظیمات پزشک مقیم بیهوشی برای بیمار آماده می شود.
۴. پرستار بخش همراه با کمک بهیار و برانکارد و تجهیزات لازم ( میکروونت، کپسول اکسیژن، آمبوبگ...) به اتاق عمل مراجعه می نماید.
۵. پرستار هوشیاری بیمار، اتصالات، محل عمل، علائم حیاتی و پرونده وی را چک و از پرستار ریکاوری بالین و مستندات بیمار را تحویل می گیرد و گزارش تحویل بیمار توسط کارشناس بیهوشی نوشته می شود.
۶. در صورت عدم مشکل بیمار توسط کمک بهیار به برانکارد منتقل و با حضور پرستار و پرونده به بخش منتقل می شود.
۷. در بخش ویژه بیمار تحت مانیتور قلبی تنفسی قرار می گیرد و در صورت لزوم، بیمار به دستگاه ونتیلاتور با تنظیمات تعیین شده توسط پزشک مقیم بیهوشی متصل می شود و اقدامات درمانی انجام می شود

**ب- پذیرش بیماران از بخش های بستری و اورژانس :**

۱. بیماران در ICU بصورت مستقیم پذیرفته نمی شوند.
۲. دستور انتقال بیمار به ICU باید در ابتدا توسط پزشک معالج داده شود.
۳. درخواست پذیرش بیمار ICU توسط پزشک معالج با نوشتن برگه مشاوره بیهوشی انجام می



<p>شود.</p> <p>۴. معاینه بالینی بیمار توسط متخصص بیهوشی مقیم انجام و یافته ها در برگ مشاوره ثبت و تایید نهایی توسط پزشک بیهوشی انجام می شود..</p> <p>۵. در مرحله بعد هماهنگی های بین بخشی توسط پرسنل پرستاری انجام می شود.</p> <p>۶. در صورت نیاز ، آماده نمودن و اسکراب تخت توسط کمک بهیار بخش ICU انجام می شود.</p> <p>۷. تحویل بالینی بیمار و مستندات پرونده ای توسط پرستار مسئول بخش ICU از پرستار بخش انجام می شود.</p> <p>۸. پرستار مسئول بیمار در بخش ICU، هنگام تحویل بیمار از پرستار بخش هوشیاری بیمار ، ارگانها و اندام ها ، اتصالات را کنترل می کند.</p> <p>۹. بیمار توسط پرستار تحت مانیتورینگ قلبی تنفسی قرار می گیرد و اقدامات درمانی آغاز می شود.</p> <p>۱۰. توسط سرپرستار آموزشهای لازم در مورد پذیرش به پرسنل داده می شود.</p> <p>۱۱. نظارت بر روند صحیح پذیرش توسط سرپرستار و سوپروایزر انجام می شود.</p> <p>۱۲. مدیریت و الویت بستری بیماران در بخش های 1, ICU 2 با صلاحدید پزشک بیهوشی می باشد.</p> <p>نحوه ترخیص بیماران در بخش مراقبت ویژه:</p> <p><b>بیماران از این بخش بصورت مستقیم ترخیص نشده و ابتدا به یکی از بخش های بستری بیمارستان (طبق دستور پزشک) منتقل و پس از گذراندن بقیه دوره درمان با تشخیص پزشک طبق قوانین بخش ثانی ترخیص خواهند شد.</b></p> <p>مسئولیت ها و اختیارات:</p> <p>پزشک معالج: دستور پذیرش و درمان</p> <p>پرستار مسئول: پیگیری و مراقبت های پرستاری</p> <p>کارکنان: اجرای برنامه</p> <p>امکانات: نیروی انسانی، وجود تخت، وسایل حمایت تنفسی (دستگاه ونتیلاتور، ماسک،....)</p>				
ناظر بر عملکرد	مسئولین بخش ها و سوپروایزرین			
منابع	کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری - سیاست بیمارستان			
تهیه کنندگان				
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	تایید کننده
هوشمند مرادنجاتی	مترون	دکتر لیدا نوری		
بهار سلطانی	سوپروایزر صبح			تصویب کننده
یوسف فتح الهی	مسئول بخش	نام و نام خانوادگی	سمت	
شهرام عزیزبیگی	مسئول بخش ICU	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	
زینب رحیمی	PICU			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>عنوان روش اجرایی: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری کد روش اجرایی: EH-NM- PR-15 صفحه: ۲</p>		<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	
هدف		حصول اطمینان از رسیدگی به بیمار و رفع مشکلات به موقع بیمار بستری که دچار وضعیت اورژانسی شده باشد	
دامنه روش اجرایی		کلیه بخش های بالینی	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)		<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. وضعیت بیماری که نیاز به اقدام اورژانسی دارد توسط پرستار به پزشک معالج اطلاع داده شود.</li> <li>۲. پزشک معالج در اسرع وقت بر بالین بیمار حاضر می گردد.</li> <li>۳. چنانچه پزشک دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار تا قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، بلافاصله مطابق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا می شود.</li> <li>۴. با حضور پزشک بر بالین بیمار و معاینه وی، درمان ادامه می یابد.</li> <li>۵. مشاوره های اورژانسی درخواستی، بلافاصله توسط پرستار پیگیری و در کمتر از نیم ساعت توسط پزشک مشاور، بیمار ویزیت می گردد.</li> <li>۶. نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج بیمار می رسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا می گردد.</li> <li>۷. پس از انجام اقدامات فوق در صورت نیاز بیمار برای انتقال به بخش های ویژه، اتاق عمل و یا اعزام به مراکز درمانی دیگر طبق دستور پزشک معالج، هماهنگی لازم جهت انتقال بیمار به واحد مربوطه توسط پرستار مسئول بیمار و طی هماهنگی با سوپروایزر کشیک انجام می گیرد.</li> <li>۸. آموزش های لازم درمورد نحوه برخورد با بیماران اورژانسی به پرسنل در بدو ورود به صورت دوره ای توسط سرپرستار داده می شود.</li> <li>۹. عملکرد پرسنل توسط سرپرستار به طور مستمر پایش می شود</li> <li>۱۰. تمام اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ثبت می شود.</li> </ol>	
ناظر بر عملکرد		مسئولین بخش ها	
منابع		سیاست های بیمارستان	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
		مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان

سمیه کرمی	مسئول بخش	تصویب کننده	
طیبه رمضانیان	مسئول بخش آی سی یو	نام و نام خانوادگی	سمت
یوسف فتح اللهی	مسئول بخش	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
بهار سلطانی	سوپروایزر صبح		

		<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
<p>عنوان روش اجرایی: روش اجرایی نحوه رهگیری ست های استریل شده در واحد استریلیزاسیون</p> <p>کد: EH-IC-PR.-16</p> <p>صفحه: ۲ و ۱</p>		<p>ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>ویرایش: ۱۱</p>	
<p>هدف</p> <p>پیشگیری از انتقال آلودگی و عدم استفاده از ست های غیر استریل</p>			
<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>کلیه پرسنل درمانی</p>			
<p>شیوه انجام کار</p> <p>(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>		<p>۱- تمامی ست هاپس از استفاده در بخش مربوطه بطور دقیق توسط پرسنل اتاق عمل چک و به سی اس آر منتقل می شود و در بخش توسط کمک بهیار شستشوی اولیه داده شده سپس توسط پرسنل سی اس آر به سی اس آر منتقل می شود و در قسمت کثیف پس از بررسی با محلول آنزیماتیک شسته و آبکشی شده و در محلول ضد عفونی کننده سطح متوسط قرار داده می شود و سپس با آب فراوان آبکشی شده و سپس خشک شده و همراه اندیکاتور که طبق دستور عمل بیمارستان اندیکاتور کلاس ۴ داخل ست های کوچک و پا نسمان (کمتر از ۱۲ قلم) و اندیکاتور کلاس ۶ داخل ست های جراحی (بیش از ۱۲ قلم) قرار داده می شود و سپس پگ شده و روی ست بطور خوانا تاریخ و نام شخص پگ کننده و نام بخش و مشخصات ست نوشته می شود.</p> <p>۲- پس از انتقال ست به بخش استریلیزاسیون اپراتور مربوطه کلیه ست ها را بررسی نموده که</p>	



<p>دارای مشخصات کامل باشد وبعد برحسب کد تعریف شده کد همان روز را روی ست ها می نویسد که شامل تاریخ و نام دستگاه استریل کننده و سیکل استریل می باشد.</p> <p>۳- کلیه ست ها و پگ های وارد شده به اتوکلاو حتماً باید کد خورده تا در صورت بروز مشکل به راحتی قابل پی گیری باشد .</p> <p>۴- ست ها پس از باز شدن توسط پرسنل با دقت به اندیکاتور آن توجه می شود اگر تغییر رنگ داده باشد پس ست را با اطمینان استفاده می نمایند و آن را داخل برگه مخصوص در پرونده بیماری چسباند تا در صورت بروز مشکل با توجه به تاریخ آن و خود اندیکاتور قابل پی گیری باشد</p> <p style="text-align: center;">دستورالعمل بازخوانی ست ها</p> <p>۱- کلیه ست های وارد شده به واحد استریلیزاسیون باید دارای مشخصات کامل باشد و نیز قبل از اینکه وارد اتوکلاو شد کد رهگیری بر روی آن نوشته شود</p> <p>۲- در صورتی که یک ست یا پگ در هر بخش باز شده و اندیکاتور داخل آن نشان دهنده غیر استریل بودن آن ست باشد یا خیس و دارای رطوبت بود یا وسایل آن از جمله گاز تغییر رنگ داده بود باید به واحد استریلیزاسیون عودت داده شود</p> <p>۳- در صورت مواجهه با ست مشکل دار تمامی ست هایی که کد روی آن ها با ست مذکور یکی باشد توسط مسئول واحد استریلیزاسیون فراخوان شده و مجدد مورد ارزیابی قرار گرفته و استریل می شود</p> <p>۴- دستگاه مورد نظر توسط مسئول واحد و مهندس تجهیزات پزشکی کنترل شده و صحت عملکرد آن توسط ست شاهد و اندیکاتور بو وی دی واسپور تایید شود .</p>	
ناظر بر عملکرد	آقای ایرج آرمان مسئول اتاق عمل - خانم پرندهوش سوپروایزر کنترل عفونت
منابع	
تهیه کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
نام و نام خانوادگی	سمت
تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
نام و نام خانوادگی	سمت

رودابه پرنودش	سوپر وایزر کنترل عفونت	دکتر جاسم محمدی	متخصص عفونی
هوشمند مراد نجاتی	مترون	تصویب کننده	
بهار سلطانی	سوپر وایزر صبح	نام و نام خانوادگی	سمت
ایرج آرمان	مسئول اتاق عمل	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
مریم شعبانی پور	کارشناس ایمنی بیمار		
منوچهر عبدی	مسئول CSR		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
<p>عنوان روش اجرایی: نحوه استریل وسایل حساس به حرارت صفحه: ۲ و ۱ کد: EH-IC-PR-17</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>
هدف	پیشگیری از انتقال عفونت و استفاده از وسایل استریل حین مراقبت از بیمار و بازگشت ست های غیر استریل جهت استریلیته مجدد
دامنه روش اجرایی	کلیه پرسنل درمانی
شیوه انجام کار	<p>۱- کلیه وسایل حساس به حرارت ابزار بحرانی و نیمه بحرانی (وسایلی که با حفرات وبافت های استریل بدن در تماس هستند) که قابلیت اتوکلاو ندارند مانند <b>وسایل یورتوتومی ، وسایل یورتروسکوپی ، وسایل سیستوسکوپی، تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ</b> ... که در اثر حرارت از بین می روند را ابتدا پس از استفاده توسط فرد استفاده کننده (پزشک -پرستار) شستشوی اولیه با آب و یا گاز خیس جهت جلوگیری از فیکس شدن ترشحات انجام می گردد .</p> <p>۲- کمک بهیار و یا پرسنل اتاق عمل دستکش و ماسک و پیش بند پوشیده و قطعات وسیله آلوده در صورتی که چند قطعه ای باشد را از هم جدا می گردد . و سپس با آب</p>

- ویک ماده شوینده (دترجنت) ویا محلول آنزیماتیک (مثل پروتئاز و لپپاز و آمیلاز) و یک برس نرم تمام قسمت ها شستشو داده می شود چون حضور مواد عالی بصورت خون وچرک و ترشحات و مواد مدفوعی یا روغنی می تواند در فعالیت ضد میکروبی مواد ضد عفونی کننده اختلال ایجاد نموده و اثر آنها را کم نماید در صورتی که وسایل دارای لومن باشند جهت شستشو پس از جدا نمودن قطعات از یکدیگر داخل اولتراسونیک قرار داده می شود ویا با سرنگ آب شستشو داده می شود .
- ۳- پس از شستشوی کامل توسط پرسنل وسایل با پارچه نرم و بدون پرز کاملاً خشک می گردد ودر مورد لومن ها از الکل یا پمپ هوا استفاده می شود
- ۴- وسیله مورد نظر داخل محلول ضد عفونی کننده High level که توسط پرسنل در داخل ظرف درب دار و شفاف در محلی که تهویه دارد، با درصد قید شده طبق دستور العمل کارخانه آماده می گردد (مثلاً دو درصد ۲۰ سی سی داخل یک لیتر ریخته شود و تمام مشخصات محلول نام - تاریخ تولید-تاریخ انقضا - درصد مدت ماندگاری وسیله داخل محلول در برگه ای نوشته شده و بر روی آن نصب شده) قرار می گیرد.
- ۵- پس از طی زمان مورد نظر که معمولاً در مورد گلو تا آلدئید ۱۰ ساعت جهت استریلیته می باشد وسیله با دستکش استریل و با حفظ رعایت نکات استریل خارج شده و کاملاً با آب مقطر استریل ویا سرم فیزیولوژی استریل کامل آبکشی می گردد ودر ظرف ویا پارچه استریل جهت استفاده مجدد قرار داده می شود تاریخ استریلیته روی وسیله نصب می گردد.(در رابطه با لارنگوسکوپ پس از آبکشی با آب چون آب استریل نیست حتما اسپری توسط الکل خشک شوند ودر صورت عدم استفاده پس از هر بار چک کردن یا هفتگی با اسپری الکل ضد عفونی شود))
- ۶- قبل از استفاده از محلول High level جهت ضد عفونی در سطح بالا محلول از نظر غلظت صحیح و عدم آلودگی توسط پرسنل اتاق عمل وسی اس آر به وسیله تست سواپینگ مورد ارزیابی قرار می گیرد
- ۷- در صورت آلودگی محلول ویا پایان تاریخ انقضا توسط آب رقیق شده و سپس در مجرای فاضلاب ریخته می شود .
- ۸- در مورد وسایل حساس به حرارت و آب مانند مته ها و... در صورت امکان حین جراحی از کاور استریل استفاده و پس از اتمام عمل با دستمال آغشته به مواد ضد عفونی کننده تمیز می شود و در صورت عدم استفاده از کاور پس از عمل کاملاً توسط دستمال مرطوب تمیز شده و با دستمال آغشته به مواد ضد عفونی کننده ضد عفونی می شود و داخل باکس های درب دار که حاوی قرص فرمالین می باشد بمدت حداقل ۱۲ ساعت قرار می گیرد
- ۹- سه باکس حاوی فرمالین جهت سه شیفت کاری صبح- عصر- و شب در اتاق عمل وسی اس آر موجود می باشد
- ۱۰- پس از طی زمان لازم جهت ضد عفونی وسایل با فرمالین پرسنل جهت استفاده از آن

<p>ها دستکش استریل پوشیده و وسایل با دستمال استریل و مرطوب کاملاً تمیز شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد.</p> <p>۱۱- بهترین راه استریل نمودن این وسایل شستشو و ضد عفونی و آب کشی مجدد و خشک نمودن و پگ کردن و استریل با پلاسما یا اتیلن اکساید می‌باشد که فعلاً در استان موجود نیست .</p>			
<p>مسئول اتاق عمل - خانم پرندهوش سوپروایزر کنترل عفونت</p>		<p>ناظر بر عملکرد</p>	
<p>کتاب نظام مراقبت هایی عفونت های بیمارستانی</p>		<p>منابع</p>	
<p>تصویب کنندگان</p>		<p>تهیه کنندگان</p>	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
متخصص عفونی	دکتر جاسم محمدی	سوپر وایزر کنترل عفونت	رودابه پرندهوش
تصویب کننده		مترون	هوشمند مراد نجاتی
سمت	نام و نام خانوادگی	سوپر وایزر صبح	بهار سلطانی
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مسئول اتاق عمل	ایرج آرمان
		کارشناس ایمنی بیمار	مریم شعبانی پور
		مسئول CSR	منوچهر عبدی

	<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام</p> <p>مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
---	---	---

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: شستشو و پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل قبل از استریل و مراحل استریل کد: EH-IC-PR-18 صفحه: ۳</p>
<p>هدف</p>	<p>استفاده از ست های استریل و تمیز جهت پیشگیری از انتقال آلودگی به بیماران</p>
<p>دامنه</p>	<p>کلینیک پرسنل</p>
<p>۱- در اتاق عمل قبل از شروع بکار دست ها شسته شود در ابتدا دستکش پوشیده و در صورتیکه احتمال پاشیده شدن ترشحات است از گان ضد آب و عینک استفاده شود . ۲- اجسام تیز و برنده و وسایل یکبار مصرف و گاز ها از ست برداشته می شود و داخل سفتی باکس یا سطل زرد انداخته می شود سپس وسایل خونی با آب سرد شسته شود (دمای زیر ۴۵ درجه سانتیگراد) تا خون از روی آن جدا شود و از اتاق عمل با ترالی حمل ست های کثیف و به واحد سی اس آر منتقل شود ۳- در بخش ها پس از استفاده از ست ، کمک بهیار وسایل حفاظت فردی مانند دستکش و ماسک و شیلد و پیش بند پوشیده وسایل آلوده را به اتاق شستشو برده و به دقت باز بینی شده وسایل یکبار مصرف و اجسام نوک تیز و برنده از داخل آنها بر داشته شده و دفع شود (توجه اجسام نوک تیز مثل سر سوزن- تیغ بیستوری-...) در محل مصرف و پس از استفاده باید دور انداخته شود . ۴- پس از شستشوی اولیه با آب سرد تمامی قسمت ها با آب و دترجنت کاملا شسته شود و وسایلی که دارای لومن هستند نیز با فشار آب داخل آن ها شسته شود و نیز تمام وسایل دندانانه دار (مانند پنس) باید با فرچه کاملا لا به لای دندانانه ها تمیز شود. ۵- سپس در محلول ضد عفونی کننده مانند سایاسپت اچ آی دو درصد (۲۰ سی سی در یک لیتر آب آماده شود) بمدت ۲۰ دقیقه گذاشته شود سپس با آب فیلتر شده آب کشی شود. وسایل لومن دار داخل اولتراسوند جهت پاک سازی قرار می گیرند و یا از پمپ آب با فشار بالا جهت آن ها استفاده می شود ۶- پس از شستشو وسایل کاملا خشک شود. و در این رابطه از هوای پر فشار استفاده می شود و از بخش ها غیر از اتاق عمل به واحد پکینگ تحویل داده شود و در آنجا توسط پرسنل واحد مرتب چک می شوند و در صورت کثیف بودن یا آلودگی جهت رفع آن عودت داده می شود. و بصورت رندوم جهت اطمینان از نظافت و عدم خون از تست خون و پروتئین استفاده می شود و بایگانی می گردد . ۷- در پکینگ از کاغذ کرپ دولایه و تمیز با سایز مناسب بدون پارگی و سوراخ شدگی جهت پگ کردن استفاده شود. ۸- وسایل بطور مرتب داخل پگ ها گذاشته شود در وسط آنها از اندیکاتور استفاده شود در صورت کمتر از ۱۲ قلم کلاس ۴ و بیش از ۱۲ قلم کلاس ۶ گذاشته و بر روی آنها بر چسب اطمینان با ذکر نام ست ، تاریخ، نام فردی که ست را بسته بندی نموده و نام بخش و کد رهگیری قید شود ۹- بسته ها نباید بیشتر از ۶ کیلوگرم باشد و همچنین اندازه (عرض پکها) حداکثر ۴۵ سانتی متر باید باشد ۱۰- پک ها بسته های عمل. باید به صورت عمودی (ایستاده) در اتوکلاو قرار داده شود . و به حالت خوابیده</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>





<p>نبایستی باشد.</p> <p>۱۱- پک ها باید محکم بسته شود و در حالتی گذاشته شود که بین آنها فضا جهت عبور بخار باشد واتوکلاو خیلی نباید پر شود</p> <p>۱۲- پس از در آوردن پکها از اتوکلاو باید کاملا خشک باشد وبا دست مرطوب پکها جابه جا نشود وبا توالی حمل ست های استریل به اتاق عمل وبخش تحویل داده شود</p> <p>۱۳- در صورتی که تست های اتوکلاو پس از استریلیزاسیون تغییر رنگ نداده باشند نباید استفاده شود وفورا با ثبت شماره اتوکلاو وتاریخ ونوع ست به مسئول اتاق عمل ومسئول کنترل عفونت اطلاع داده شود.</p> <p>۱۴- هنگام تحویل ست ها وبسته های عمل کلیه وسائل آن بایستی چک وکنترل گردد. در صورت مشاهده آثار کیفی بر روی آنها پرسنل C.S.R بایستی آنها را تمیز نمایند</p> <p>۱۵- هنگام خروج از واحد C.S.R کلیه پرسنل بایستی کفش ولباس خود را تعویض نمایند و از ورود افراد متفرقه به محل استریلیزاسیون بایستی خودداری گردد.</p> <p>۱۵- در صورت رعایت نکات بالا ونگهداری ست های استریل در کابینت درب دار یا اتاق انبار پک که شرایط استاندارد را دارا باشد (فاصله از سقف ۴۵ سانتیمتر وزمین ۳۰ سانتیمتر و دیوار ۵ سانتیمتر ) وتهویه مناسب بمدت دوهفته قابل نگهداری می باشدوچیدمان بسته های استریل باید گونه ای باشدکه بر چسب وتاریخ انقضا آن به راحتی دیده شود</p> <p>توجه داشته باشید که از تست های بو ودی گ بصورت روزانه قبل از شروع کار دستگاه اتوکلاو وتست پی سی دی در هرسیکل استفاده می شود وتست های بیولوژیک بصورت هفتگی وبعد از تعمیرات سه عدد در دستگاه بصورت یکی در قسمت آخر و وسط وجلو درب قرار داده می شود و پس از یک ساعت نتیجه مشخص می شود که در صورت منفی بودن می توان از دستگاه استفاده نمود ونتایج تمامی این تست ها در دفتر مربوطه بایگانی می شود.</p>					
رودابه پرندهوش پرستار کنترل عفونت					ناظر بر عملکرد
راهنمای کاربردی کنترل عفونت در بیمارستان					منابع
تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانودگی		سمت	نام و نام خانودگی	
متخصص عفونی	دکتر جاسم محمدی		پرستار کنترل عفونت	رودابه پرندهوش	

ایرج آرمان	سر پرستار اتاق عمل	تصویب کننده	
منوچهر عبدی	مسئول CSR	نام و نام خانودگی	سمت
		دکتر عارف عزیز زاده	ریاست بیمارستان



 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
<p>عنوان روش اجرایی: روش اجرایی حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر کد روش اجرایی: EH-SW-PR-19 صفحه: ۲</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>
<p>هدف</p> <p>حصول اطمینان از حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر بر اساس سیاست های بیمارستان و با هدف رسیدگی و تکریم گیرنده خدمت</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>کلیه بخش های بالینی</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>	<p>۱- گروه های آسیب پذیر شامل: کودکان - زنان باردار - افراد ناتوان - سالمندان - بیماران روانی - گیرندگان خدمت مجهول الهویه - معلولان ذهنی و جسمی - افراد بدون سرپرست - افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضد اجتماعی - در صورتی که بیماران در حالت اغما یا افرادی با ناتوانیهای ذهنی یا عاطفی در بیمارستان بستری باشند نیز در این فرایند منظور می شوند.</p> <p>۲- پرستار مسئول بیمار، در زمان تکمیل فرم ارزیابی اولیه، بیمارانی آسیب پذیر را شناسایی می کند</p> <p>۳- پرستار مسئول بیمار موظف است، ایمنی بیمار تامین نماید و جهت جلوگیری از سقوط، خودکشی و ... اقدامات لازم را انجام دهد و بروی دستبند شناسایی بیمار خطرات مرتبط را ثبت نماید.</p> <p>۴- مسئول بخش موظف است، برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، افراد بی خانمان و بیماران با شخصیت های ضد اجتماعی بایستی ملاحظات دقیقی را در نظر بگیرد. که بدون تبعیض و با حفظ کرامت انسانی خدمات درمانی را دریافت کنند و از آسیب به دیگر مراجعین پیشگیری شود</p> <p>۵- پرستار مسئول بیمار موظف است حضور بیمار آسیب پذیر و نیازمند به دریافت خدمت را به واحد</p>

مددکاری اطلاع دهد و در گزارش پرستاری ثبت کند			
۶- بیمارستان از گروههای آسیب پذیر به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید			
۷- گروه های آسیب پذیر شناسائی شده، دارای اولویت درمان و نوبت دهی نیز می باشند			
۸- جهت رفاه حال افراد ناتوان و سالمند نرده های اطراف دیوار تعبیه می شود			
۹- درمان و انجام اقدامات تهاجمی توسط پزشک جهت گروه های آسیب پذیر، با احتیاطات ویژه صورت می گیرد			
۱۰- بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، افراد بی خانمان مو بیماران با شخصیت ضد اجتماعی، بایستی ملاحظات دقیقی را مد نظر بگیرد			
۱۱- پیشگیری از آسیب های احتمالی ناشی از افراد با رفتار های پر خطر اجتماعی برای سایر بیماران / مراجعین ویا ارائه کنندگان خدمت			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تمهیدات لازم در خصوص محل ارائه خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران</li> <li>• تامین تمهیدات / تسهیلات حفاظتی برای ارائه کنندگان خدمت مانند PPE</li> <li>• عدم استفاده از هرگونه شاخص / برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران / مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی</li> </ul>			
۱۲- جهت گروه های آسیب پذیر، رضایت نامه جهت ادامه ی درمان و انجام اعمال جراحی، از ولی قانونی اخذ می گردد			
آقای مجید فتح الهی مدیر پرستاران بیمارستان		ناظر بر عملکرد	
<p><b>کارکنان مرتبط:</b> کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان</p> <p>فرم ارزیابی اولیه - فرم های مددکار اجتماعی - سیاست بیمارستان - استانداردهای اعتبار بخشی</p>		منابع	
تایید کننده		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مددکار اجتماعی	زهرا قادری
تصویب کننده		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند

--	--	--	--	--	--

	<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق اینتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود کد روش اجرایی: EH-IC-PR-20 صفحه: ۱ و ۲ و ۳</p>	<p>هدف با عنایت به اهمیت پیشگیری و کنترل عفونت های تنفسی در بیمارستان، این مرکز ملزم است پروسیجر های اینتوباسیون داخل تراشه، ساکشن، تهویه مکانیکی را مطابق استانداردها و به نحوی انجام دهد که موجب بروز عارضه یا عفونت در بیمار نشود</p>
<p>پرسنل درمانی</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>۱- رعایت بهداشت دست ها قبل و بعد از کلیه اقداماتی که جهت بیمار انجام می شود توسط پرسنل رعایت می شود و دستکش استریل پوشیده می شود .. ۱- در صورت هوشیار بودن بیمار، نحوه انجام مراقبت را به بیمار توضیح دهید ۲- در لوله گذاری به جای بینی از دهان استفاده می کنند. اینتوباسیون بیماران با رعایت شرایط استریل و تحت نظارت متخصص بیهوشی انجام می شود</p> <p>۴- در صورتی که بیمار ترشحات فراوان ریوی دارد و در صورت خیس شدن فیلترها بلافاصله و در غیر این صورت فیلتر هر ۹۶ ساعت یکبار توسط پرستار بخش تعویض می گردد. ۵- برای هر بیمار کاتتر ساکشن یکبار مصرف جداگانه مورد استفاده قرار می گیرد کاتتر های مصرفی جهت ساکشن تراشه و دهان جدا از هم بوده که بعد از هر نوبت ساکشن تعویض می گردد این کار توسط پرستار انجام می شود . ۵- پرستاران از سرم فیزیولوژی استریل جداگانه جهت شستشوی سوندهای نلاتون استفاده می کنند ۶- در صورتیکه جهت بیمار منعی نداشته باشد سر بیمار ۳۰ درجه توسط پرستار بالا آورده و ترشحات ریه مرتب ساکشن می گردد. در راستایی بهداشت دهان بیمار شستشوی دهان با محلول فاقد الکل و با سرم شستشو با سواپ و یا محلول دهان شویه و سواپ توصیه می گردد در صورت نداشتن محدودیت می توان از مسواک زدن دندان ها استفاده کرد. ۷- لوله مورد استفاده یکبار مصرف بطور روتین نیاز به تعویض ندارد مگر اینکه کاملاً آلوده شده یا اختلال عملکرد پیدا کند و یا ۷ روز مورد استفاده قرار گرفته باشد ۸- پانسمان تراکئوستومی با رعایت نکات استریل روزانه توسط پرستار انجام می شود.. موقعیت آناتومیکال تراکئوستومی پلاستیکی و یا فلزی، حفظ و توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد ۹- ماسک های اکسیژن یک بار مصرف هستند در صورت استفاده مجدد از ماسک ها که با عفونت واضح آلوده</p>

<p>نشده باشد حتما بطور کامل شستشو داده شده و سپس در محلول گند زدا الکل یا دکونکس ۲ درصد به مدت ۲۰ دقیقه غوطه ور شده سپس آبکشی و مورد استفاده مجدد قرار می گیرد.</p> <p>۱۰- محتوای بطری ساکشن توسط کمک بهیار بخش در توالی خالی می شود و سپس شسته و در صورتی که قابلیت اتوکلاو دارد به واحد C.S.R فرستاده و سپس بصورت خشک جهت استفاده بعدی نگه داری می شود و در صورتی که قابلیت اتوکلاو ندارد در محلول های high Level مانند گلو تا آلدیید ۲ درصد بمدت بیست دقیقه غوطه ور شود سپس آب کشی شده و بصورت خشک جهت استفاده بعدی نگه داری می شود</p> <p>۱۱- بیماران مبتلا به میکرو ارگانیسم های مقاوم را ایزوله کرده و پرستاران این بیماران با سایر بیماران تماس نداشته باشند. مددجویانی که مدت زیادی در بخش بستری هستند از بیماران جدید جدا شوند</p>				
ناظر بر عملکرد				
رودابه پرندوش پرستار کنترل عفونت				
منابع				
راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی				
تهیه کنندگان			تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	
رودابه پرندوش	پرستار کنترل عفونت	دکتر جعفر نرگسی	متخصص عفونی	
محمد رضا محمودیان	سوپروایزر آموزشی	ابلاغ کننده		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	نام و نام خانوادگی	سمت	
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	

	
<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
<p>وان خط مشی: پیشگیری از عفونت محل جراحی</p> <p>کد خط مشی: EH-IC-PR-21</p> <p>صفحه: ۱ و ۲ از ۳</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>

<p>هدف: کاهش ریت عفونت های محل جراحی</p> <p>هدف: کاهش مدت زمان بستری و طول درمان ، کاهش هزینه بیمارستان</p> <p>سیاست: جلب رضایت ارباب رجوع و خانواده</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه پرسنل</p>	<p>دامنه</p>
<p>۱. توسط پرستار به بیمار آموزش داده می شود در صورتی که مصرف آب برای بیمار ضرر نداشته باشد شب قبل از عمل دوش بگیرد و در صورت تب یا علائم عفونت، عمل به زمان بعد از بهبودی موکول شود</p> <p>۲. در صورت افزایش وزن و چاقی آموزش لازم به بیمار توسط پزشک جهت کاهش وزن داده می شود .</p> <p>۳. مدت زمان بستری قبل از عمل در بیمارستان توسط پزشک به کمترین زمان لازم و حداقل در مورد اعمال الکتیو شب قبل و یا صبح روز عمل می باشد</p> <p>۴. در صورت نیاز به تراشیدن یا کوتاه کردن موهای محل برش جراحی در بخش نزدیکترین زمان به عمل جراحی توسط کمک بهیار با شیور برقی انجام می گیرد</p> <p>۵. استفاده از سیگار یا تنباکو حداقل ۳۰ روز قبل از عمل جراحی الکتیو ممنوع شود (توسط پزشک)</p> <p>۶. سطح گلوکز بیماران دیابتی باید حتماً " توسط پزشک معالج کنترل شود و بیمار قبل از جراحی هیپر گلیسمی نداشته باشد</p> <p>۸. قبل از انجام اعمال روده ای از تنقیه و مسهل استفاده شود و روده ها پاک شود</p> <p>۹. شستشوی کامل واسکراپ دستها جهت کلیه جراحان و پرستاران و پرسنل اتاق عمل لازم است</p> <p>۱۰. کلیه پرسنل اتاق عمل از ماسک استاندارد استفاده نموده و در بین اعمال جراحی و در صورت آلودگی تعویض گردد و نباید آن را از گردن آویزان کرد و یا در جیب گذاشت و دوباره استفاده نمود</p> <p>۱۱. تمام پرسنل اتاق عمل باید لباس مخصوص (فرم اتاق عمل) پوشیده و در حین جراحی از گان استریل استفاده کنند</p> <p>۱۲. کلیه پرسنل اتاق عمل باید موهای خود را بوسیله کلاه بپوشانند و از کفش های جلو بسته</p>	<p>شیوه انجام کار</p> <p>(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

استفاده نمایند

۱۲. ناخن ها کوتاه واز ناخن مصنوعی وجواهرات استفاده نکنند.

۱۳. در حین جراحی های طولانی وپر خطر بهتر است از دو جفت دستکش استفاده نمود و در صورت آلودگی دستکش ها و یا پارگی وسوراخ شدگی تعویض گردند

۱۴. برای آماده سازی محل برش جراحی ابتدا باید محل کاملاً تمیز و شسته شود. بعد با استفاده از محلول های ید دار نظیر بتادین ویا محلول های body prep باید اسکراب پوست صورت گیرد . اسکراب از مرکز به محیط با حرکات چرخشی انجام می شود . منطقه ای که آماده می شود باید به اندازه کافی بزرگ باشد تا تمام محل برش و پوست اطراف را در برگیرد تا جراح بتواند به راحتی تکنیک جراحی را انجام دهد. (توسط پرستار اتاق عمل)

-کنترل خونریزی حین عمل وجابجایی آرام بافت های محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود(توسط پزشک وپرستار)

۱۵. آنتی بیو تیک پروفیلاکسی باید در شروع جراحی تجویز شود و فقط در مواردی به کار برده شود که مشخص شده است از عفونت محل جراحی جلوگیری خواهد کردو باید با نظر پزشک انجام گیرد ودر زمان توزیع و مصرف دارو های داخل وریدی نکات استریل رعایت شود(انجام دستور پزشک توسط پرستار یا بهیار)

۱۶. تهیه فشار مثبت اتاق عمل به طرف راهروها و مناطق مجاور باید صورت گیرد(توسط واحد تاسیسات)

۱۷. توسط واحد تاسیسات حداقل 15 بار در دقیقه باید تعویض هوای اتاق صورت گیرد که 3 بار آن باید هوای تازه باشد.

۱۸. درهای اتاق عمل باید جز در موارد جابجایی وسایل ،ورود پرسنل و بیماران بسته باشندو با منظور کنترل عفونت از پادری یا زیر انداز در محل ورودی اتاق عمل استفاده نشود (توسط پرسنل اتاق عمل)

۱۹. تعداد افرادی که وارد اتاق عمل می شوند تا حد امکان محدود شودومحیط جراحی تا پایان عمل استریل باشد(توسط پرسنل اتاق عمل)

۲۰. قبل از شروع جراحی بعدی آلودگی باخون یا سایر مایعات بدن برروی سطوح و وسایل

<p>می بایست با یک ماده گندزدا تمیز شوند(توسط پرسنل اتاق عمل)</p> <p>۲۲. ۲۴ تا 48 ساعت بعد از جراحی باید پوشش پانسمان استریل اولیه حفظ شود(توسط پرستار یا بهیار)</p> <p>۲۳. بهداشت دست ها قبل از تعویض پانسمان رعایت شود( توسط پرستار یا بهیار)</p> <p>۲۴. از تکنیک استریل و ماسک و دستکش استریل جهت تعویض پانسمان استفاده شود.</p> <p>۲۵. به بیمار و همراهانش در مورد مراقبت از زخم ،علائم عفونت زخم و گزارش این علائم آموزش داده شود.(توسط پرستار یا بهیار بخش)</p> <p>۲۶- در هنگام جراحی وپانسمان ست مورد استفاده جهت انجام کار توسط پرستار از نظر استریل بودن وپارگی وکثیفی کنترل شده و اندیکاتور داخل آن چک شود وپس از اطمینان مورد استفاده قرار گیرد واندیکاتور در پرونده بیمار در فرم مربوطه نصب گردد.</p>			
ناظر بر عملکرد	رودابه پرندوش پرستار کنترل عفونت		
منابع	پیش گیری وکنترل عفونت های .دکترحسین اصل سلیمانی،دکتر شیرین فهمی چهارم،بهار۱۳۸۶ فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده ،چاپ .بیمارستانی،تهران،موسسه		
تهیه کنندگانه			
تصویب کنندگان			
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
پرستار کنترل عفونت	رودابه پرندوش	دکتر جاسم محمدی	متخصص عفونی
سر پرستار اتاق عمل	ایرج آرمان	تصویب کننده	
مسئول جراحی زنان	سمیه کرمی	نام و نام خانوادگی	سمت
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کتر ادراری کد روش اجرایی: EH-IC-PR-22 صفحه: 1,2</p>
<p>توجه به اصول استاندارد در حین کار گزار و نگهداری از کتتر های ادراری به منظور پیشگیری از عفونت های بیمارستانی مهم می باشد</p>	<p>هدف</p>
<p>پزشکان و پرستاران</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p>
<p>دستور پزشک مبنی بر سونداژ توسط پرستار چک می شود</p> <p>۱- پرستار دست ها را شسته و سپس ناحیه ژنیتال را با سرم شستشو ، شستشو می دهد و خشک می کند.</p> <p>۲- وسایل (دستکش استریل- سوند-یورین بگ-سرنگ و آب مقطر-ست پانسمان استریل- ژل استریل- بتادین- شان) توسط پرستار آماده بر بالین بیمار قرار می گیرد.</p> <p>۳- ست پانسمان استریل از نظر استریل بودن توسط پرستار چک می شود و آن را در خانم ها بین دو پا و در آقایان روی ران ها باز می کنند .</p> <p>۴- شان استریل را روی ران ها پهن می کنند.</p> <p>۵- . کتتر به روش استریل توسط پرستار باز شده و داخل ست قرار می گیرد</p> <p>۶- پرستار مقداری ژل استریل را در محیط استریل (روی گاز استریل ) می گذارد ..</p> <p>۷- پرستار انتهای کتتر را به کیسه تخلیه ادرار استریل وصل می کند و دریچه انتهای کیسه را محکم می بندد .</p> <p>۸- پرستار دست ها را مجدد شسته و دستکش های استریل را می پوشید.</p> <p>۹- پرستار قبل از انجام سوند گذاری، بالون سوند را امتحان می کند (سوراخ نباشد) انرا باد کرده مجدد خالی می کند.</p> <p>۱۱- دور تا دور مجرای خروج ادرار به صورت دورانی توسط پزشک یا پرستار ضد عفونی و سپس خشک می شود .</p>	<p>شیوه انجام کار</p> <p>(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

۱۰- پرستار کتتر را با یک دست وارد مجرا کرده و از مددجو می‌خواهید همزمان با فرو بردن کتتر سرفه کند یا تنفس عمیق و آرام داشته باشد تا اسفنکتر ادراری شل شود. دردوشیزگان تا مطمئن نشده که کتتر وارد مجرای ادرار می‌شود از وارد کردن آن خودداری کند. اگر بار اول موفق به یافتن مجرا نشده سوند را تعویض نموده و مجدد اقدام به سونداژ می‌کند. و سوند آلوده از دسترس خارج می‌شود

۱۱- وقتی مطمئن شد عملیات سونداژ موفقیت آمیز است بالون کتتر را پرمی‌کند.

۱۲- پرستار کتتر را به بغل ران بیمار با چسب ضد حساسیت ثابت کند.

۱۳- کمک بهیاری کیسه ادرار را در محل مخصوص در سطح پایین تر از مثانه آویزان می‌کند.

۱۴- پرستار به مددجویان آموزش لازم در زمینه نگهداری از سوند را می‌دهد. (سوند را در سطح پایین تر از بدن فیکس نماید - در صورت پر شدن کیسه ادرار حتماً سریع تخلیه شود و از تعویض کردن مرتب کیسه خوداری شود - روزانه شستشوی پرینه انجام شود)

۱۵- مددجویان از نظر ابتلا به عفونت ادراری پس از سونداژ مرتباً توسط پرستار بخش کنترل می‌گردد (درد زیر شکم - سوزش - تب - اشتهایی -)

۱۶- در صورتی که نیاز است سوند تا مدتی زیادی باقی بماند، بروز عفونت، یا اختلال در

عملکرد سوند توسط پرستار تعویض می‌گردد. و حداکثر مدت ماندگاری سوند ۱۴ روز می‌باشد.

۱۷- در صورت عدم منع مصرف مایعات پرستار بیمار را تشویق به نوشیدن مایعات فراوان می‌کند.

۱۸- از سونداژ بی‌مورد بیماران جلوگیری بعمل آید و در صورت رفع مشکل بیمار در اولین فرصت سوند خارج شود

۱۹- کیسه ادرار مرتب تخلیه شود و در صورت پارگی یا آلودگی تعویض گردد و از تعویض بی‌مورد خودداری شود.

۲۰- جهت پیشگیری از عفونت در هر روز کاری حداقل یکبار شستشو محل پرینه توسط کمک بهیاری انجام می‌گردد

۲۱- سوند ادراری در صورت اندیکاسیون بالینی (آلودگی، عفونت، انسداد، ...) سریعاً توسط پرستار تعویض می‌گردد و حداکثر مدت ماندگاری سوند ۱۴ روز می‌باشد.

ناظر بر عملکرد		رودابه پرنودش پرستار کنترل عفونت	
منابع		راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
رودابه پرنودش	پرستار کنترل عفونت	دکتر جاسم محمدی	متخصص عفونی
محمد رضا محمودیان	سوپروایزر آموزشی	تصویب کننده	
علی خانی	کارشناس آموزش به بیمار	نام و نام خانوادگی	سمت
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)		
عنوان روش اجرایی: روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر عروقی کد روش اجرایی: EH-IC-PR-23 صفحه: 1,2	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱	
هدف	پیشگیری از انتقال عفونت در حین استفاده بیمار از کاتتر های عروقی	
دامنه روش اجرایی	پزشک و پرستار	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	۱- ابتدا دستور پزشک مبنی بر تزریق از طریق عروق توسط پرستار کنترل می شود ۲- شستشوی بهداشتی دست با آب و صابون به مدت ۱ دقیقه و یا ضد عفونی سریع دست ۲۰ الی ۳۰ ثانیه با هندراب، جهت گذاشتن آنژیوکت و جهت تعبیه کاتتر عروقی و یا کت دان، اسکراب دست ها مطابق دستورالعمل اتاق عمل به مدت ۵ دقیقه توسط پزشک یا پرستار انجام می شود. ۳- پرستار کاتتر را براساس هدف و مدت استفاده انتخاب می کند در بزرگسالان استفاده از اندام فوقانی ارجح است و در صورتی که کاتتر در اندام های تحتانی گذاشته شود در اسرع وقت به اندام فوقانی منتقل می شود. در کودکان بهترین محل ها، دست، پشت پا و جمجمه است. کنتریزاسیون ورید مرکزی در صورت وجود اندیکاسیون توسط پزشک انجام می شود.	

<p>از کتترهای مرکزی با کمترین تعداد لومن استفاده می شود</p> <p>۴- اگر پوست کثیف است توسط پرستار با آب و صابون شسته می شود. تمام قسمت‌های باز پوست توسط پانسمان کتتر پوشیده می شود و پوست موضع تزریق با الکل و گاز / پنبه استریل (Wipe) توسط پرستار ضد عفونی می شود. سپس پوست در هوای اتاق بمدت 30 ثانیه خشک می شود. پوست موضع با الکل و گاز / پنبه استریل جدید، مجدداً ضد عفونی می شود. توصیه شده است که به جای محلولهای داخل بطری از پد های، بسته بندی یکبار مصرف، محلول (Swabstick) مورد استفاده قرار گیرد</p> <p>۵- آنژیوکت‌های وریدی هر ۷۲ ساعت یکبار در صورتی که عملکرد مناسب داشته و فلبیت نشده باشد توسط پرستار تعویض می گردد. و در صورت هرگونه مشکل سریعاً تعویض می گردد.</p> <p>۶- جهت پیش گیری از عفونت کتترهای وریدی مرکزی (CVL) و کتتر های همودیالیز نیاز به تعویض روتین کاتتر نمی باشد فقط در صورت اختلال عملکرد کتتر یا وجود شواهدی از عفونت در موضع یا در صورت بروز تب، بانظر پزشک، تعویض کاتتر توصیه می شود.</p> <p>برای پانسمان با گاز، هر روز یکبار و برای پانسمانهای شفاف هر 7 روز یکبار، تعویض پانسمان محل کتتر، توسط پرستار تعویض میشود. در صورتیکه پانسمان شل، خیس یا کثیف شود یا نیاز به دیدن محل کتتر باشد تعویض می گردد.</p> <p>۷- کلیه اتصالات بیمار آنژیوکت و هپارین لاک ست سرم، میکروست ، ست ، سه راهی توسط پرستار برچسب تاریخ زده می شود و طبق دستور العمل زیر بر حسب تاریخ تعویض می گردد</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ست سرم هر 24 ساعت یک بار تعویض گردد</li> <li>- میکروست هر 72 ساعت یک بار تعویض گردد</li> <li>- سه راهی آنژیوکت و هپارین لاک هر 24 ساعت یک بار تعویض گردند</li> <li>- آنژیوکت هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض گردند</li> <li>- ست خون پس از تزریق خون</li> </ul> <p>۸- محل نصب آنژیوکت ها و کت دان و cvlin مرتب از نظر قرمزی و تورم و عملکرد مناسب توسط پرستار کنترل می گردد.</p>				
ناظر بر عملکرد	رودابه پرندهوش پرستار کنترل عفونت			
منابع	راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی			
تهیه کنندگان				
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	تایید کننده
رودابه پرندهوش	پرستار کنترل عفونت	دکتر علی نظری	متخصص عفونی	سمت
محمد رضا محمودیان	سوپر وایزر آموزشی	ابلاغ کننده		

بهار سلطانی	سوپر وایزر	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
باران پورمند	مسئول بهبود کیفیت		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
عنوان روش اجرایی: روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین کد روش اجرایی: EH-RM-PR-24 صفحه: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
<b>هدف</b>	۵. پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان ۶. پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده ۷. کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث ۸. شناسایی موقعیتهای نایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها
<b>دامنه روش اجرایی</b>	• کل بیمارستان
<b>شیوه انجام کار</b> (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<b>فهرست مخاطرات</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- نقص تاسیسات، تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره را در پی داشته باشد</li> <li>- مسمومیت یا مسمومیت گروهی پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود</li> <li>- شیوع بیماری های عفونی در بیمارستان و پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود</li> </ul>

مختل شود

- حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف
- وقوع مخاطرات طبیعی مانند سیل ، زلزله و...
- وجود مخاطرات غیر طبیعی مانند آتش سوزی ، نقص تجهیزات هسته ای ، آلودگی های شیمیایی و...
- مشاهده نوعی از بیماری که نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی جهت جلوگیری از شیوع دارد
- نا فرمانی دسته جمعی بیماران یا پرسنل مانند تحصن و تجمع اکثریت بیماران یا پرسنل
- حوادث ترافیکی با بیشتر از 20 مصدوم یا 5 نفر فوتی
- مشاهده علائمی از هرگونه همه گیری
- بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک
- هرگونه نشست سیاسی ، شورش ، تحصن و تجمع بالای ۱۰۰۰ نفر
- هرگونه هشدار و آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار

#### نحوه کسب اطلاع

- در حوادث بیمارستانی مشاهده هرگونه علائم توسط پرسنل بیمارستان یا مراجعه کنندگان به اطلاع سوپر وایزر رسانده می شود سوپروایزر در محل حادثه حضور یافته و صحت آن را تایید میکند سوپروایزر کشیک جهت رفع خطر دستورات لازم را به پرسنل مربوطه (تاسیسات - انتظامات it و...) صادر میکند
- سوپر وایزر در صورت کسب اطلاع از وقوع حادثه از طریق بیماران و سایر منابع غیر از مرکز هدایت عملیات با مرکز هدایت عملیات (EOC) تماس گرفته و صحت اطلاعات را تایید میکند
- کسب اطلاع از وقوع حادثه توسط مرکز هدایت عملیات انجام می شود

#### روش انجام کار

۱. سوپروایزر کشیک به مرکز تلفن، ستاد هدایت، سوپروایزر کشیک اورژانس و مترون اطلاع می دهد
۲. مترون به ریاست بیمارستان و مدیریت اطلاع می دهد و طبق فلوچارت هشدار سریع هرکس به ۳ نفر بعد اطلاع می دهند تا در اسرع وقت تمامی فردا از حادثه خبر دار شوند
۳. سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس میزان و شدت حادثه با هماهنگی فرماندهی حادثه اقدام می نمایند
۴. سوپروایزر کد های شروع بحران (کد ۳۱ رنگ زرد- کد ۳۲ رنگ نارنجی- کد ۳۳ رنگ قرمز) را اعلام می کند
۵. به دستور فرمانده ، به محض نیاز سامانه HICS به صورت محدود یا کامل فعال می شود ( در

<p>ساعات غیر اداری سوپر وایزر خود فرماندهی عملیات می باشد)</p> <p>۶. مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل مدیریت پشتیبانی _ مدیریت عملیات - مدیریت برنامه ریزی - مدیریت واحد مالی اداری در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند</p> <p>۷. مدیران مناطق مذکور پس از حضور در وضعیت عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیت‌های خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام می کنند</p> <p>۸. حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده می شود فرمانده حادثه در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.</p> <p>۹. در حوادث ترافیکی و حوادث با مصدوم انبوه ستاده هدایت به سوپروایزر اطلاع رسانی کرده و اعلام آماده باش می کند</p> <p>۱۰. گزارش وضعیت موجود ، نیاز های افزایش ظرفیت و اقدامات انجام شده توسط مسئول روابط و هماهنگی به ستاد هدایت دانشگاه علوم پزشکی ایلام اعلام می گردد</p> <p>۱۱. پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت عادی؛ حالت اتمام وضعیت بحرانی؛ توسط فرمانده حادثه اعلام (کد ۳۴) می شود.</p> <p>۱۲. برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود.</p>			
ناظر بر عملکرد	فرماندهی حادثه - مترون		
منابع	کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلا برنامه کشوری تألیف دکتر حمید رضا خانکه و همکاران دستورالعمل‌های ابلاغی از وزارت مطبوع		
تهیه کنندگان			
تایید کننده			
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عارف عزیززاده	فرمانده حادثه	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
مریم شعبانی پور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	تصویب کننده	
علی اکبر خسروی	بهداشت محیط	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
هوشمند مرادنجاتی	مترون		
طیبه کریمی	دبیر کمیته بحران		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان روش اجرایی: روش اجرایی نحوه تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف صفحه: ۲ و ۱ کد: EH-IC -PR-25</p>
<p>کنترل تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف جهت پیشگیری از مقاومت دارویی</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه پرسنل درمانی</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p>
<p>۱- در صورت مراجعه بیمار با عفونت در ابتدا توسط پزشک معالج ویزیت می شود و درخواست کشت داده می شود . ۲- پزشک معالج در صورت نیاز به تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف مانند ونکومايسين ،ایمی پنم، مروپنم، کلاستین ، آمفوتریسین بی لیپوزومال، تیکوپلانین ، کاسپوفانژین ، لینزولاید ، وریکونازول می تواند درخواست مشاوره عفونی نماید و در صورت عدم تمایل به مشاوره عفونی تا ۷۲ ساعت تجویز نماید . پس از طی مدت ۷۲ ساعت در صورت نیاز به ادامه درمان حتما باید فرم درخواست مشاوره عفونی توسط پزشک معالج تکمیل گردد که در این فرم تمام مشخصات و علائم بیمار و نتایج کشت قید می گردد. . ۳- پزشک متخصص عفونی پس از انجام مشاوره و ویزیت بیمار و جواب آزمایشات در صورت تائید آنتی بیوتیک باید فرم مورد نظر را هم از طریق سیستم HIS و هم بصورت کاغذی تکمیل نماید. ۴- داروخانه پس از بررسی نسخه و فرم مورد نظر و تائید آن دارو را در اختیار بیمار قرار می دهد ۵- در صورتی که پس از یک هفته همچنان عفونت بیمار ادامه داشت و نیاز به ادامه درمان بود مجدد باید درخواست مشاوره عفونی از طرف پزشک معالج تکمیل شود و بیمار مجدداً " توسط متخصص عفونی ویزیت شده و فرم درخواست تکمیل گردد .</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>
<p>دکتر مهدی شکری</p>	<p>ناظر بر عملکرد</p>



منابع		فرم وزارت ودستورالعمل استوارد شیپ	
تهیه کنندگان		تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر جاسم محمدی	متخصص عفونی	کمیته کنترل عفونت	
دکتر مهدی شکری	معاونت آموزشی	تصویب کننده	
دکتر کوثر صادقی زاده	نظر دارویی	دکتر عارف عزیزاده	ریاست بیمارستان
محمد رضا محمودیان	سوپروایزر آموزشی		
رودابه پرندهوش	کنترل عفونت		
بهار سلطانی	سوپر وایزر بالینی		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>			
<p>عنوان روش اجرایی: اعمال جراحی بیماران مبتلا به عفونت های مسری کد روش اجرایی: EH-IC -PR -26 صفحه: 1,2</p>		<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	
<p>هدف</p> <p>پیشگیری از انتقال عفونت در قبل و حین عمل و در زمان حضور بیمار در اتاق عمل و ریکاوری به سایر بیماران، کارکنان با رعایت احتیاطات استاندارد مبتنی بر تماسی، قطره ای در بیماران کاندید عمل جراحی عفونی ( کلیه بیماران عفونی، عفونت های باکتریایی، ویروسی .....)</p>		<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>کلیه پرسنل درمانی</p>	
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>		<p>۱- تیم جراحی باید قبلا اتاق عمل را از نوع عفونت بیمار مطلع سازد ۲- پرستار بخش باید قبلا اتاق عمل را از نوع عفونت بیمار و نوع احتیاطات لازم (گان، دستکش.....) مطلع سازد و در رابطه با بیماران مبتلا به ایدز و هیپاتیت حتما از دو جفت دستکش حین جراحی استفاده نمایند. ۳- باید بسته به نوع عمل، مقاومت باکتریایی و عفونت، به بیمار آنتی بیوتیک پروفیلاکسی داده شود ۴- مسعول اتاق عمل باید بیمار با عفونت تنفسی را برای به حداقل رسانیدن انتقال عفونت در انتهای لیست عمل قرار دهد</p>	

- ۵- مسئول اتاق عمل ترجیحا یک اتاق عمل را برای عمل های عفونی در نظر بگیرد، در غیر اینصورت لوازم و تجهیزات متحرک اضافی از اتاق خارج گردد
- ۶- منشی اتاق عمل باید تابلو (اتاق عفونی تردد ممنوع) را روی در نصب کند
- ۷- پرسنل اتاق عمل بیماران عفونی (به ویژه بیمار مبتلا به عفونت های مقاوم به آنتی بیوتیک) باید گان و دستکش در هنگام دست زدن به بیمار و تجهیزات متصل به او بپوشند.
- ۸- کلیه اتصالات راه هوایی متصل به ماشین بیهوشی باید یکبار مصرف بوده و بعد از اتمام در زباله های عفونی دفع شود
- ۹- رفت و آمد و تعداد پرسنل حاضر در اتاق عمل بیماران عفونی باید به حداقل برسد
- ۱۰- متخصص بیهوشی ، پرستار بیهوشی و سیرکولر باید گان و پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف و رو کفشی بپوشند
- ۱۱- افرادی که در فیلد جراحی حضور ندارند نیاز به رعایت احتیاطات اختصاصی ندارند
- ۱۲- خدمات اتاق عمل بعد از اتمام کار باید تمام سطوحی را که امکان دارد آلوده شده باشند طبق دستورالعمل بیمارستان پاکسازی و ضدعفونی نمایند
- ۱۳- خدمات اتاق عمل باید سطح آلوده به خون و مایعات بدن بیمار را طبق پروتکل بیمارستان پاک سازی و ضدعفونی کنند
- ۱۴- تیم جراحی و بیهوشی باید وسایل حفاظت فردی شامل ( پیشبند) گان و دستکش و ماسک در داخل اتاق عمل خارج کرده در کیسه زرد مخصوص زباله های عفونی قرار دهند
- ۱۵- خدمات اتاق عمل باید کلیه اتصالات بیمار اعم از لاین ها و لوله های تنفسی و باتل ساکشن یکبار مصرف را داخل کیسه زباله عفونی (زرد) قرار داده و برای احتیاط بیشتر زباله های عفونی را در دو کیسه قرار دهند
- ۱۶- خدمات اتاق عمل باید باتل ساکشن های چندبار مصرف پس از تخلیه در سیستم فاضلاب و شستشوی اولیه با غوطه ور سازی در محلول سایپسپت اچ و یا سایر مواد موجود در بیمارستان ضد عفونی نماید
- ۱۷- خدمات اتاق عمل باید بدون بیرون آوردن تجهیزات بعد از عمل اتاق عمل را با دستگاه نوکوسپری ضد عفونی و بلافاصله درب اتاق عمل و کلیه درزها را ببندند
- ۱۸- پرسنل اتاق عمل باید کلیه ابزار آلوده استفاده شده را بصورت باز در محلول ضد عفونی غوطه ور ساخته از خروج هرگونه وسیله اکیدا" خوداری نمایند
- ۱۹- تمام بیماران عفونی باید در خود اتاق عمل ریکواری شده و به قسمت ریکواری منتقل نشوند (بیماران مبتلا به عفونت دستگاه تنفسی مانند سل تنفسی آبله مرغان H1N1)
- ۲۰- علامت استفاده از گان و دستکش در بالای تخت بیمار نصب شود
- ۲۱- در صورت انتقال بیمار در ریکواری پرستار ریکواری باید با پاراوان تخت بیمار





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>ویرایش: 11</p>	<p>عنوان روش اجرایی: پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری</p> <p>کد روش اجرایی: EH-IT-PR-27</p> <p>صفحه: ۱</p>
<p>هدف</p> <p>حصول اطمینان از محافظت و نگهداری از تجهیزات سخت افزاری و کارکرد و بازدهی مناسب آنها در بیمارستان</p>	
	<p>دامنه روش اجرایی</p> <p>کلیه بخش ها واحدها</p>
	<p>شیوه انجام کار</p> <p>(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مسئول واحد فناوری اطلاعات، براساس دستورالعمل ها وبخشنامه های صادره از طرف مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نسبت به نگهداشت و پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری بیمارستان به طور دقیق اقدام می نماید.</li> <li>• مسئول واحد فناوری اطلاعات، نیازهای این مرکز از لحاظ سخت افزاری را مورد بررسی قرار داده و جهت ارائه خدمات بهتر و سریع تر، نسبت به تغییرات تجهیزات سخت افزاری اقدام می کند.</li> <li>• محیط مرکز اتاق سرور (Data Center) پاکیزه بوده و امکان تردد در آن بدون هماهنگی با مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان مقدور نیست.</li> <li>• اتاق سرور دارای سیستم برق اضطراری و تغذیه کننده بدون وقفه جریان الکتریکی (UPS) برای سروهای بیمارستان می باشد.</li> <li>• سیستم مانیتورینگ اتاق سرور نصب و راه اندازی گردیده است.</li> <li>• اتاق سرور مجهز به سنسورهای هشدار بروز دود، قطع برق شهر، قطع برق UPS ، سنسور دما و رطوبت و آژیر می باشد.</li> <li>• اتاق سرور هیچ گونه پنجره رو به بیرون ندارد.</li> <li>• اتاق سرور مجهز به درب های ضد سرقت است</li> <li>• اتاق سرور مجهز به مودم GSM جهت ارسال پیامک و تماس با مسئول فناوری اطلاعات، کارشناس فناوری اطلاعات در مواقع قطع برق ، دود، حریق ، افزایش دما و رطوبت می باشد.</li> <li>• تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور در داخل رک قرار گرفته اند.</li> <li>• کلاینت پشتیبان برای واحدهای حیاتی و پرتردد بیمارستان نظیر پذیرش، صندوق و ... موجود می باشد.</li> <li>• مسئول واحد فناوری اطلاعات ، نکات امنیت سخت افزاری را به کاربران ارائه و بر رعایت و اجرای آنها نظارت می کند.</li> <li>• شناسه تجهیزات سخت افزاری بیمارستان موجود می باشد.</li> <li>• در صورتیکه قطعه ای نیاز به تعمیر داشته باشد توسط مسئول فناوری اطلاعات و با هماهنگی سرپرستی و مدیریت بیمارستان به فروشگاه های معتبر ارسال می گردد.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورتیکه قطعه ای بسوزد یا غیر قابل تعمیر باشد توسط مسئول فناوری اطلاعات و کارپردازی از بیرون تهیه و جایگزین می شود.</li> <li>• پرینترها جهت تعمیر با هماهنگی مسئول واحد فناوری اطلاعات توسط مسئول کارپردازی به خارج بیمارستان ارسال می شود.</li> </ul> <p>به صورت هفتگی یا روزانه واحد هایی که حجم فعالیت بالاتری دارند مورد بازدید قرار می گیرند که از بروز مشکلات جلوگیری به عمل آید</p>			
مستول واحد فناوری اطلاعات		ناظر بر عملکرد	
تجربه بیمارستانی و تجربه فنی کارشناسان آی تی		منابع	
تصویب کنندگان		تهیه کنندگاه	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مسئول واحد فناوری اطلاعات	ساجده نوروزی
تصویب کننده		کارشناس فناوری اطلاعات	حمزه حسینی
سمت	نام و نام خانوادگی		
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		

# فصل دوم

## دستور العمل ها



<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه گزارش وقایع ناخواسته کد روش اجرایی: EH-PS-WI-01 صفحه: ۳</p>
<p>۱. تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل وقایع ناخواسته ۲. افزایش گزارش دهی درست وقایع ناخواسته با رفع موانع گزارش ها ۳. برنامه ریزی و انجام اقدام اصلاحی جهت جلوگیری از تکرار مجدد</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p>
<p>۱. ابلاغ فرم وقایع ناخواسته به کلیه بخشها توسط مسئول ایمنی انجام می شود ۲. آموزش نحوه تکمیل و ارسال فرم وقایع ناخواسته توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی انجام می شود ۳. در صورت بروز خطا در عرض یک ساعت گزارش خطا توسط پرستار مسئول بیمار در شیفت صبح به واحد ایمنی و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر کشیک اطلاع داده می شود ۴. فرم ثبت گزارش وقایع ناخواسته توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل شده و به واحد ایمنی یا دفتر پرستاری ارسال می گردد ۵. در شیفت عصر و شب سوپروایزر بعد از دریافت گزارش با کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تماس گرفته و او را از موضوع مطلع می نماید ۶. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی پس از دریافت گزارش و در مدت کمتر از ۶ ساعت گزارشی به معاونت درمان ارسال می نماید ۷. ظرف مدت ۷۲ ساعت تیم RCA (تحلیل ریشه ای خطا) تشکیل شده و خطای رخ داده را تحلیل نموده تا علت ریشه ای خطا مشخص گردد (بدون هیچ گونه قضاوت و سرزنش و تنبیه کردن فرد خاصی) ۸. پس از مشخص شدن علت ریشه ای خطا، توسط تیم RCA اقدامات اصلاحی مشخص و انجام شده و بر انجام آنها نظارت می گردد. ۹. پس از تکمیل کاربرگ تحلیل ریشه ای خطا یک نسخه به معاونت درمان ارسال می شود و یک نسخه به کلیه واحد ها جهت اطلاع آموزش کارکنان توسط کارشناس ایمنی ارسال می شود</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>کد و شرح موارد ۲۹ گانه:</p>

#### وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

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

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

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

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

کد ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

#### وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

کد ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد ۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag مثبت به بیمار HBS Ag منفی)

کد ۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

#### وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

کد ۱۰- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد ۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از چهار ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری و... در بیماران بستری که نیازمند مراقبت ایمن و سطح بالای تحت نظر می باشند مانند دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی می باشد)

کد ۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی



### وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

کد ۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق، نوع دارو، دوز، زمان تزریق دارو ...

کد ۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فراورده های خونی

کد ۱۵- موارد مرگ مادر ناشی از سزارین یا زایمان طبیعی می باشد

کد ۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپو گلاسمی در مرکز درمانی

کد ۱۷- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

### •وقایع مرتبط با محیط درمانی:

کد ۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد

کد ۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر ..)

کد ۲۲- سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل

کد ۲۳- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام های بیمار در محافظ، خرابی محافظ، ...)

کد ۲۴- سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله و...) تنها در مواردی که منجر به فوت بیمار ویا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد ثبت شود

<b>•وقایع جنایی:</b>				
کد ۲۵- موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهار چوب اخلاق پزشکی				
کد ۲۶- هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار (ضرب و شتم و...)				
کد ۲۷- ربودن بیمار				
کد ۲۸- اصرار به تزریق داروهای خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان				
کد ۲۹- مرگ نوزاد به دنبال زایمان				
مستول ایمنی بیمار - مترون - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی				ناظر بر عملکرد
شیوه نامه اجرایی و نظارتی گزارش وقایع ناخواسته وزارت بهداشت و درمان سال ۱۳۹۶				منابع
تایید کننده			تهیه کنندگان	
	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
	مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مترون	هوشمند مرادنجاتی
تصویب کننده			کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور
	ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیز زاده	مستول دفتر بهبود	باران پورمند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱		عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر همجنس کد دستورالعمل: EH-NM-WI-02 صفحه: ۱		
هدف جلب اسایش ، رضایت بیماران و شناسائی، حمایت و ارتقای حقوق گیرنده خدمت				
دامنه دستورالعمل کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک				
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- انتقال بیمار بوسیله ملحفه انجام گرفته تا از تماس مستقیم با بدن بیمار پیشگیری شود</li> <li>- در هنگام پرپ کردن بیمار کلیه اعضای بدن وی به جز ناحیه عمل توسط پرستار سیرکولر پوشانده می شود.</li> <li>- بعد از اتمام عمل جراحی بیمار با پوشش کامل به برانکارد انتقال داده می شود و به ریکاوری منتقل می شود</li> <li>- چینش نیرو در بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی به نحوی است که در کلیه شیفت ها از هر دو جنس زن و مرد شیفت باشند</li> <li>- در اتاق عمل برای جراحی های اختصاصی زنان از نیروی زنان استفاده می شود.</li> <li>- کمیته انطباق هر ماه برگزار می شود و مصوبات آن اجرا می گردد.</li> </ul>				
ناظر بر عملکرد مدیر بیمارستان				
منابع کتابچه دستورالعمل قانون انطباق ارسالی از وزارت بهداشت، سیاست های بیمارستان				
تایید کننده			تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مترون	هوشمند مرادنجاتی	مسئول اورژانس	بهباد ناصری	
تصویب کننده			سوپروایزر آموزشی	محمدرضا محمودیان
سمت	نام و نام خانوادگی	مسئول بخش اتاق عمل	ایرج آرمان	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مسئول بخش	یوسف فتح اللهی	
		مسئول بخش ۱ ICU	طیبه رمضانیان	
		مسئول بخش	سمیه کرمی	
		مسئول ICU2	پرپسا خازنه	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان کد دستورالعمل: EH-eh-WI-03 صفحه: ۲</p>
<p>اجرای بهترین تجارب زیست محیطی و سبز، همسو با بهبود ایمنی، ارتقای کیفیت و صرفه جویی در هزینه ها و بهبود حفاظت از سلامت کارکنان و بیماران حرکت می کند</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه بخش های بیمارستان</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>- ترجیح بر استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر و غیرخطرناک(در مورد پسماندهای عادی (شبه خانگی) بیمارستانی، کالاهایی با تولید پسماند قابل بازیافت</p> <p>- توصیه می شود از سطل های مخصوص جهت پسماند کاغذی جهت بازیافت استفاده گردد.</p> <p>- جداسازی دقیق پسماند عادی از پزشکی ویژه در مبدأ تولید پسماند انجام می شود.</p> <p>- امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری انواع پسماند از قبیل سطل و کیسه با رنگ بندی مشخص تامین شود.</p> <p>- اولویت استفاده از:</p> <p>۱- پاک کننده های زیست تجزیه پذیر.</p> <p>۲- مواد شیمیایی ایمن تر.</p> <p>۳- استفاده از مواد با پایه آب به جای مواد با پایه حلال.</p> <p>- تفکیک انواع مختلف پسماندهای پزشکی برحسب چهار دسته اصلی از یکدیگر در مبدأ انجام می شود.</p> <p>- پساب و فاضلاب های بیمارستانی پس از تصفیه وارد شبکه فاضلاب شهری می شود.</p> <p>- کارکنان از مفاد تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی از قبیل عدم تخلیه مواد شیمیایی خطرناک، داروهای خطرناک، داروهای رادیواکتیو در بیمارستان آگاهی دارند و رعایت می کنند.</p> <p>- در مصرف سوخت و انرژی نیز صرفه جویی می شود.</p> <p>- مواد سمی و خطرناک به صورت ایمن جابجا می شوند.</p> <p>- افزایش آگاهی کارکنان و بیماران در مورد اهداف بیمارستان سبز انجام می شود.</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- مدیریت بهتر و ایمن تر ضایعات جزو برنامه های بیمارستان می باشد</li> <li>- منافع بهداشتی و اجتماعی برای کارکنان و بیماران آموزش داده می شود.</li> <li>- افزایش آگاهی و افزایش انگیزه کارکنان جهت مشارکت در برنامه های بیمارستان سبز انجام می شود</li> <li>- در برنامه استراتژیک یکی از اهداف اصلی ایجاد بیمارستان سبز و دوستدار محیط زیست در نظر گرفته شده است.</li> </ul>					
مدیر بیمارستان					ناظر بر عملکرد
سیاست های بیمارستان					منابع
تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی		مسئول بهداشت محیط	علی اکبر خسروی	
تصویب کننده			کارشناس کنترل عفونت	رودابه پرنروش	
سمت	نام و نام خانوادگی		مترون	هوشمند مرادنجاتی	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مسئول خدمات	خسرو آریا	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن کد دستورالعمل: EH-RM-WI-04 صفحه: ۱ و ۲ و ۳</p>
<p>هدف</p>	<p>ارتقای سطح ایمنی در انبارهای بیمارستان و بهبود هزینه اثربخشی و برنامه ریزی مناسب</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>کلیه انبارهای بیمارستانی</p>
<p><b>تقسیم بندی انبارها از نظر درجه حرارت :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- فریزر: با برودت ۱۰- تا ۲۰- درجه برای بعضی از داروهای خاص مانند داروهای بیولوژیک و واکسن ها</li> <li>- سردخانه: ۸- تا ۲- درجه</li> <li>- انبار خنک: ۱۵ تا ۸ درجه</li> <li>- انبار معمولی: ۱۵ تا ۲۵ درجه (درجه حرارت این انبارها میتواند بین ۱۵ تا ۳۰ درجه باشد).</li> <li>- با توجه به اینکه هر کدام از انبارهای بیمارستانی ویژه نگه داری نوع خاصی از مواد و کالا هستند لذا برای هر انبار به صورت مجزا دستورالعمل ایمنی مختصری ذکر خواهیم کرد.</li> </ul> <p><b>انبار دارویی:</b></p> <p>بهترین رطوبت برای نگهداری داروها زیر ۶۰٪ می باشد. و انبارها باید دارای روشنایی کافی نیز باشند.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- محموله ها از لحاظ آسیب دیدگی و مخدوش بودن برچسب آن ها و نیز جداسازی داروهای مشکل دار نظارت و کنترل گردد.</li> <li>۲- نام و مقدار کالا در دفتر موجودی یا در کارت مخصوص هر محصول یا کالا وارد گردد.</li> <li>۳- هر محموله یا کالای وارد شده به انبار بایستی در دفتر انبار ثبت گردد و به آن ها شماره داده و شماره انبار و کد محصول روی هر پالت درج شود.</li> <li>۴- شرایط نگهداری دارو مطابق با اطلاعات درج شده روی برچسب محموله یا دستورالعمل شرکت وارد کننده یا تولید کننده رعایت شود.</li> <li>۵- نظارت بر رعایت نظافت و همچنین جلوگیری از تردد افراد متفرقه</li> <li>۶- دما و رطوبت در فرم های مخصوص ثبت و با شرایط استاندارد مقایسه گردد.</li> <li>۷- عملکرد صحیح ماشین آلات و دستگاههای موجود در انبار نظارت و کنترل شود. (دماسنج، رطوبت سنج، تهویه، سیستم ایمنی، کولر یا چیلر و...)</li> <li>۸- هرگونه نقص در انبار به مسئول فنی اعلام شود.</li> </ol>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<p>۹- در رعایت سیستم FEFO دقت گردد.</p> <p>۱۰- عملکرد صحیح کارگران در انبار کنترل شود (از قبیل جابجایی محموله ها، تخلیه بار و سایر موارد)</p> <p>۱۱- بر نگهداری داروهای مرجوعی، ضایعات و ریکال (Recall) نظارت دقیق انجام شود.</p> <p>۱۲- انبارگردانی سالیانه نظارت و کنترل شود.</p> <p>۱۳- محموله های دارویی باید به گونه ای حمل و انبار شوند که از ایجاد هرگونه احتمال آلودگی یا اختلاط جلوگیری بعمل آید.</p> <p>۱۴- محلی مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی و ثبت دما جهت نگهداری داروهای حساس به دما (یخچالی، فریزری) ایجاد شود. نشانگرهای دما باید در نقاطی قرار گیرند که احتمال حداکثر نوسانات در آن مناطق وجود دارد.</p>	
<p>۱۵- انباری مجزا و اختصاصی جهت نگهداری دارو های مخدر، بیو داروها و داروهای سمی باید وجود داشته باشد. در انبار داروهای مخدر باید علاوه بر مسائل ایمنی، تمهیدات امنیتی نیز مطابق با دستورالعمل اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر لحاظ شود.</p>	
<p><b>انبار تجهیزات پزشکی:</b></p>	
<p>۱- جریانات ناشی ( شامل جریانات ناشی زمین، محفظه، بیمار، کمکی بیمار) در حالت استفاده عادی و تک اشکالی کنترل گردد.</p> <p>۲- پیوستگی و کیفیت سیستم زمین الکتریکی حفاظتی وسایل پزشکی برای دستگاههای کلاس I یا ایزولاسیون دوبل (تقویت شده) و برای دستگاههای کلاس ۱ استفاده از سیستم زمین الکتریکی استاندارد در مراکز درمانی (چاه ارت) استفاده شود.</p> <p>۳- استفاده از مدار محافظ جریان زمین (استفاده از دستگاههای قطع کننده منبع تغذیه در صورت بروز خطای زمین مانند (LIM, GFI,...))</p> <p>۴- پرهیز از بکارگیری مبدل سه سیمه به دوسیمه و کابلهای رابط برق بدون سیم زمین الکتریکی در بخشهای درمانی</p> <p>۵- استفاده از ترانس ایزوله در فضا ها و بخشهای حساس بیمارستانی مانند محیط های مرطوب، اتاق های عمل و ... متعاقبا کنترل جریان ناشی ترانس های ایزوله (با استفاده از مانیتورینگ جریان ناشی)</p> <p>۶- انجام تست های ایمنی الکتریکی برای تجهیزات پزشکی و متعلقات آن ها قبل از بهره برداری اولیه، پس از هر بار تعمیر و در مراحل بازرسی ادواری.</p> <p>۷- عدم استفاده از دستگاه پزشکی بدون آموزش کاربری و لزوم آمادگی کامل کاربر قبل از استفاده از دستگاه (تبصره ۱ ماده ۱۰ آیین نامه تجهیزات پزشکی)</p> <p>۸- آموزش پرسنل درمورد نکات ایمنی الکتریکی، تشخیص موارد خطر، بالقوه خطرناک، راه های مقابله و کاهش خطرهای مربوط به دستگاه های تحت کاربری.</p> <p>۹- استفاده از اتصالات استاندارد به بیمار از قبیل پروب ها، کابلهای بیمار، لید ها (مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی) هم پتانسیل نمودن کلیه زمین های (الکتریکی) حفاظتی، هادی های مربوطه و اتصالات آنها، پین های زمین حفاظتی، محفظه وسایل و سطوح فلزی متصل به زمین</p>	

های حفاظتی با در نظر گرفتن نکات خاص الکتریکی در مورد مراکز درمانی از قبیل استفاده مجزا از هادی های حفاظتی زمین و سیم نول و عدم استفاده از هادی مشترک حفاظتی. تذکر(۱): در خصوص مراکز درمانی با تعداد تخت کمتر از ۱۰۰ تخت، وجود حداقل یک نفر مهندس با مشخصات مذکور الزامی است.

تذکر(۲): نیروی انسانی متخصص بایستی بدو ورود به مراکز درمانی و قبل از پذیرش مسئولیت، دوره های آموزشی مرتبط با مدیریت نگهداری تجهیزات پزشکی را گذرانده باشد.

تذکر(۳): چنانچه امکان جذب و تامین نیروی انسانی مطابق با معیار های فوق برای مراکز درمانی وجود نداشته باشد، مراکز می توانند از طریق شرکت های ارائه دهنده خدمات نگهداری تجهیزات پزشکی اقدام به برون سپاری این موضوع نمایند.

### انبار مواد غذایی:

۱- در صورت وجود آشپزخانه انبار مواد غذایی اولیه و سالن غذاخوری با فضای کافی به تناسب تعداد کارگران و شاغلین با شرایط کاملا بهداشتی مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در محل بیمارستان ایجاد نمایند.

۲- هر کارگر موظف به داشتن کلیه وسایل نظافت، شستشو و استحمام اختصاصی می باشد. کف ساختمان باید دارای شرایط زیر باشد:

الف: از جنس مقاوم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل شستشو باشد.

ب: دارای کف شور به تعداد مورد نیاز مجهز به شتر گلو بوده و نصب توری ریز روی آن الزامی است.

ج: دارای شیب مناسب به طرف کف شور فاضلاب رو باشد.

۳- دیوار ساختمان از کف تا سقف از مصالح مقاوم بوده و طوری باشد که از ورود حشرات و جوندگان جلوگیری به عمل آورد.

۴- سطح دیوار ها باید صاف، بدون درز و شکاف و به رنگ روشن باشد.

۵- پوشش دیوار ها باید متناسب با احتیاطات و لوازم مربوط به نوع کار و بر حسب مشاغل مختلف به شرح تبصره های ذیل باشد.

- پوشش بدنه دیوار کارگاه های تهیه مواد غذایی، آشپزخانه، آبدارخانه، انبار مواد غذایی، میوه و سبزی فروشی، حمام، دستشویی، رختشویخانه باید از کف تا زیر سقف و درمورد کارگاهها و کارخانه جات تولیدی مواد غذایی تا ارتفاع حداقل چهار متر کاشی، سنگ یا سرامیک و از ارتفاع چهار متر به بالا می تواند از سیمان صاف و صیقلی به رنگ روشن باشد.



- پوشش بدنه دیوار انبار های بزرگ مانند انبار های عمومی و امثال آن ها می توانند از مصالح دیگر مانند سنگ و سیمان صاف و صیقل به رنگ روشن باشد.

### انبار مواد شیمیایی :

- ۱- ظرفیت انبار با میزان سموم و مواد شیمیایی مورد نگرانی مطابقت داشته و حداقل ۱۵٪ ظرفیت اضافه جهت جابجایی سهل محموله و احتیاجات احتمالی آینده در نظر گرفته شود.
- ۲- وجود گذرگاه های شیبدار (رمپ) در مبادی ورودی های انبار برای ممانعت از خروج تراوشات به خارج از انبار ضروری می باشد. این گذرگاه بایستی در داخل انبار و در خارج انبار و در ورودی ها احداث گردد.
- ۳- دیوار های داخلی بایستی صاف و صیقلی بوده و عاری از ترک و لبه باشد تا به آسانی پاکیزه شود. دیوار ها بایستی روی بند یا سدی که از مواد نفوذ ناپذیر به ارتفاع 14cm پوشیده باشد قرار گیرد و دیوار دور تا دور تمام انبار را در بر می گیرد.
- ۴- دفتر انبار دار باید جدا از منطقه نگهداری سموم و مواد شیمیایی باشد.
- ۵- استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال
- ۶- درب ها بایستی مجهز به قفل ایمنی و میله های حفاظتی بوده، و فاقد هرگونه شکاف باشد، پنجره ها و هواکش ها نیز باید به میله های حفاظتی مجهز بوده تا از ورود افراد غیر مسئول ممانعت شود.
- ۷- استفاده از کلید ها و پریش ها و روشنایی های ضد جرقه
- ۸- سیم کشی توکار برق و عبور آن ها از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال
- ۹- چنانچه از وسایل جانشینی دیگری برای هواکش و نور استفاده می شود اجباری برای ساخت پنجره نمی باشد. در غیر این صورت باید پنجره ها سایبان داشته تا از ورود نور مستقیم خورشید ممانعت شود.
- ۱۰- سیستم هواکش مناسب، مجهز به فیلتر جهت ممانعت از تجمع بخارات شیمیایی مواد و خطر آتش زایی تعبیه گردد. این سیستم باید به نسبت وسعت انبار نصب شود و سطح آن بایستی ۱/۱۵ برابر سطح کف باشد.
- ۱۱- علائم هشدار دهنده بایستی در خارج از انبار و به زبان فارسی نصب گردند. علائم خطر سموم، آتش زایی و عدم اجازه ورود به افراد غیر مسئول از جمله علائم هشدار دهنده مهم است.
- ۱۲- نصب علائم هشدار دهنده ممنوعیت استعمال سیگار
- ۱۳- وجود جعبه کمک های اولیه در انبار
- ۱۴- سیستم خنک کننده و گرم کننده بایستی به گونه ای تعبیه گردد که موجب گرم شدن و یا سرد شدن مستقیم مواد انبار نگردند.
- استفاده از وسایل گرم کننده هوا که با نفت یا گاز می سوزد ممنوع است.
- ۱۵- ایجاد هر گونه مخزن جهت نگرانی از مواد شیمیایی مایع و یا گاز در انبار های کوچک بطور کلی ممنوع است.

۱۶- چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین.

نکات:

- سیستم اعلام و اطفاء حریق بصورت ماهانه در انبار ها توسط مسئول آتش نشانی بررسی می گردد.
- آسانسور مربوط به حمل بار انبار به صورت ماهانه توسط مسئول تاسیسات مکانیکی بررسی می گردد.
- سیم کشی برق انبار ها بصورت ماهانه توسط مسئول برق تاسیسات بررسی می گردد
- نحوه چیدمان و فیکس بودن قفسه ها بصورت ماهانه توسط مسئول انبار و مسئول ساختمان بررسی می گردد.

#### امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

- ۱- مراقبت های لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز به انبار باید در نظر گرفته شود.
- ۲- ساختمان انبار ها باید محکم باشد.
- ۳- استحکام کافی و زیرسازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله
- ۴- سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.
- ۵- کف دیوار ها و سقف باید فاقد هرگونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات، حیوانات موذی و پرندگان جلوگیری به عمل آید. کف و دیوار ها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستو شوی انبار جدا خودداری شود.
- ۶- کف انبار صاف و فاقد هر گونه لغزندگی باشد.
- ۷- چاهک های فاضلاب در انبار ها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشد.
- ۸- قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالتها جلوگیری شود. قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به نظافت بهتر انبار خواهد شد و همچنین روش قرارگیری محموله ها باید به گونه ای باشد که سیستم (First Expired - First Out) به راحتی قابل اجرا باشد.
- ۹- میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.
- ۱۰- انباری مجزا با ایمنی مناسب (سیستم اعلام و اطفاء حریق، لامپ های ضدحریق، کلید برق خارج از محوطه انبار ) جهت نگه داری محصولات قابل اشتعال وجود داشته باشد.
- ۱۱- هواکش های انبار مجهز به قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و تمامی روز روشن باشند.
- ۱۲- جهت نظافت انبار جاروبرقی صنعتی به تعداد کافی موجود باشد و وسایل گردگیری در محل

<p>های مناسب و مشخص قرار گیرند.</p> <p>۱۳- انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دماسنج و رطوبت سنج در اقصا نقاط انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی غیرمجاز می باشد.</p> <p>۱۴- انبار باید دارای سیستم اعلام و اطفاء حریق بوده و تابلو راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آن ها وجود داشته باشد.</p> <p>۱۵- اتاقی در انبار به عنوان اتاق انبار دار جهت نگه داری از اسناد و مدارک انبار و همچنین در صورت مجهز بودن به سیستم نرم افزاری جهت قرارگرفتن کامپیوتر باید وجود داشته باشد.</p> <p>۱۶- جهت جلوگیری از بالا رفتن رطوبت و ایجاد آلودگی نباید شیرآب یا سینک ظرفشویی درون انبار وجود داشته باشد.</p>			
ناظر بر عملکرد	مدیر بیمارستان-مسئول بهداشت حرفه ای		
منابع	تجربیات بیمارستان و سنجه های اعتباربخشی		
تهیه کنندگان		تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
مریم شعبانی پور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	تصویب کننده	
هوشمند مراد نجاتی	مترون	نام و نام خانوادگی	سمت
طیبه کریمی	دبیر کمیته بحران	دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)  
واحد مدیریت خطر حوادث وبلایا

عنوان دستورالعمل: فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث کد دستورالعمل: EH-RM-WI-05 صفحه: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
--	---

هدف	کسب آمادگی جهت پاسخگویی مناسب و موثر به هر حادثه و کاهش میزان خسارت و آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان
-----	--

دامنه دستورالعمل	کلیه واحدهای درمانی و غیر درمانی
------------------	----------------------------------

شرح اقدامات	<p>فعال سازی ممکن است توسط سازمانهای زیر درخواست شود مرکز فرماندهی بحران دانشگاه سازمان پدافند غیرعامل مدیریت بحران شهری فرمانداری شهرستان</p> <p>در هر صورت استعلام باید از مرکز فرماندهی حادثه سطح بالاتر انجام پذیرد . بعد از آن فرمانده حادثه موظف است، برنامه پاسخ را فعال نماید</p> <p>فعال سازی برنامه پاسخ شامل دو بخش است</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. تعیین سطح فعال سازی برنامه با توجه به شدت و وسعت حادثه و با توجه به وضعیت اعلام شده(زرد، نارنجی و قرمز)</li> <li>۲. اطلاع رسانی سطح فعال سازی برنامه</li> </ol>
-------------	--

### تعیین سطح فعال سازی برنامه

۱. به محض اطلاع از وقوع حوادث و بلایای داخلی و خارجی و یا احتمال وقوع آنها باید فرماندهی حادثه بیمارستان و در نبود وی سوپروایزر وقت بیمارستان جهت اطمینان از صحت خبر و تایید آن و همچنین موقعیت دقیق حادثه، ضمن تماس با مرکز هدایت عملیات دانشگاه، فرمانداری، جمعیت هلال احمر، نیروی انتظامی، سازمان آتش نشانی، فوریتهای شهرستان و سایر نهادهای مسئول و تایید صحت خبر، اطلاعاتی مانند نام و سازمان فرد تماس گیرنده، شماره تماس جهت تماسهای بعدی، شرح جزئیات حادثه، گزارش تقریبی تعداد قربانیان، زمان تقریبی رسیدن قربانیان حادثه، شیوه انتقال آنها را تا حدامکان از فرد تماس گیرنده یا سازمانهای دیگر دریافت کند.
۲. فرماندهی حادثه یا سوپروایزر باید قبل از فعال کردن برنامه، شدت و وسعت حادثه را ارزیابی کرده و بر اساس آن، فعالیتهای خود را تنظیم نمایند و در نهایت تنها فرمانده حادثه بیمارستان است که باید تصمیم نهایی را بگیرد.
۳. فرمانده حادثه یا سوپروایزر باید بطور مرتب با مرکز هدایت عملیات دانشگاه تا تایید نهایی خبر در ارتباط باشند و بیمارستان را جهت مقابله احتمالی (فعال کردن مرکز فرماندهی حادثه بیمارستان، فراخوانی

کارکنان کلیدی، تدوین و تقسیم و مرور شرح وظایف و مسئولیتها، ارزیابی وضعیت کارکنان و وضعیت تختها) آماده نمایند.

۴. در صورت تایید خبر وقوع حادثه داخلی و یا خارجی و یا متاثر شدن و مختل شدن عملکرد بیمارستان از حادثه رخ داده، باید فعالسازی برنامه پاسخ صورت گیرد.

۵. فعالسازی برنامه پاسخ بر اساس شدت حادثه باید در سه سطح صورت پذیرد:

الف- فعالسازی برنامه در سطح بخش اورژانس: شدت حادثه در سطحی است که با منابع و نیروهای موجود در اورژانس پاسخ داده می شود

ب- فعالسازی جزئی برنامه پاسخ: در این سطح منابع موجود در اورژانس برای مقابله با فوریت ایجاد شده کافی نمی باشد و نیاز به امکانات و تجهیزات و نیرو از سایر بخشها می باشد.

ج- فعالسازی کامل: تعداد قربانیان و میزان آسیب به اندازه ای است که به طور چشمگیری در عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته است و نیاز به کمک از تمامی بخشها، نیروهای آنکال و یا حتی سازمانها و بیمارستانهای دیگر می باشد.

□ در صورت نیاز به کمک از سایر ارگانها، EOC بیمارستان باید با EOC دانشگاه و سایر سازمانها ارتباط برقرار نماید و از آنها درخواست کمک نماید

### اطلاع رسانی

طبق الگوی زیر به محض اطلاع از وقوع حوادث داخلی و خارجی باید به سرعت اطلاع رسانی انجام شود. وضعیت زرد، نارنجی، قرمز

- اطلاع رسانی (زرد) در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی جهت فعال سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییری نمی کند.

- آماده باش (نارنجی) در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کافی نبودن اطلاعات نیاز نیست. لذا بخش فرماندهی و برنامه ریزی فعال می شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کامل تر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام پذیرد.

- فعالسازی (قرمز) در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تختها و همچنین لغو عملهای الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند EOC. بیمارستان نیز فعال می شود.

۱. مرکز تلفن بیمارستان باید فهرست افرادی را که قرار است با آن ها تماس گرفته شود در دسترس داشته باشد و مدام آن را به روز رسانی نماید

۲. مرکز تلفن باید بتواند با هماهنگی سوپروایزر، فرمانده حادثه افراد تعیین شده را فراخوان نماید.

۳. مرکز تلفن باید بلافاصله سوپروایز و یا اتاق هدایت عملیات بیمارستان را در جریان موضوع قرار دهد و زمینه ارتباط مسئول بیمارستان را با منبع خبر برقرار نماید.

۴. درخصوص حوادث داخل بیمارستانی می توان از مسئولین بخشها، مدیر پرستاری، افراد با تجربه، نگهبانی،

<p>بیماران بستری در بخشها و همراهان آنها کسب اطلاع نمود.</p> <p>۵. بعد از تعیین سطح شدت حادثه، فرمانده حادثه بیمارستان باید دستور اعلام فعال شدن برنامه پاسخ را از طریق مرکز تلفن و سیستم پیج صادر نماید و کارکنان کلیدی توسط مرکز تلفن، به مرکز عملیات فرا خوانده شوند.</p> <p>۶. مرکز تلفن باید لیست کامل و بروز شده ای از اعضای اصلی و جانشین چارت HICS بیمارستان داشته باشد تا در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی با آنها تماس بگیرد و آنها را فراخوان نماید. مرکز تلفن به محض دریافت فرمان فعالسازی برنامه از اتاق EOC و یا دفتر سوپروایزری و یا اتاق فرماندهی حادثه (اتاق مدیریت) موظف است تا با این افراد تماس بگیرد.</p> <p>۷. تمام بخشهای بیمارستان نیز باید فهرستی از مشخصات کارکنان خود داشته باشند تا به ترتیب اولویت، پرسنل آنکال و خارج از شیفت خود را به بیمارستان فراخوانی نمایند.</p>					
ناظر بر عملکرد					
منابع					
<p>آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا ، تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران، ویراست دوم، 1391 - برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در حوادث و بلایا تالیف علی اردلان و همکاران چاپ 1394 - راهنمایی سنجه های اعتبار بخشی نسل چهارم</p>					
تایید کننده			تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
آقای دکتر عارف عزیززاده	فرماندهی حادثه	آقای مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	تصویب کننده			
هوشمند مراد نجاتی	مترون	نام و نام خانوادگی	سمت	امضا	
طیبه کریمی	دبیر کمیته بحران	آقای دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p><b>عنوان دستورالعمل:</b> تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه <b>کد دستورالعمل:</b> EH-RM-WI-06 <b>صفحه:</b> ۴</p>
<p>۱- افزایش میزان آمادگی و عکس العمل به موقع بیمارستان در مقابله با حوادث و بلایا ۲- حفظ جان بیماران، همراهان، کارکنان و حفظ تجهیزات بیمارستانی و کاهش میزان آسیب و خسارت ناشی از حوادث</p>	<p><b>هدف</b></p>
<p>تمامی واحدهای درمانی و غیر درمانی</p>	<p><b>دامنه دستورالعمل</b></p>
<p>در صورتیکه شدت حادثه و یا احتمال وقوع آن به قدری باشد که جان بیماران، کارکنان و مراجعین به بیمارستان در معرض خطر و تهدید قرار گیرد ممکن است تخلیه تمام و یا بخشی از بیمارستان ضرورت یابد. حوادثی مانند احتمال قریب الوقوع زلزله و یا وقوع پس لرزه ها بعد از زلزله، احتمال وقوع سیل، وقوع آتش سوزی و تخریب قسمتی از ساختمان، آسیب جدی به زیر ساختها و شریانهای حیاتی بیمارستان مثل قطع برق و آب و گاز، از مهمترین علل تخلیه بیمارستان به حساب می آیند. لذا گرفتن تصمیم در مورد تخلیه بیمارستان بسیار پیچیده و دشوار است و مسئولیت پاسخگویی سنگینی بر دوش مسئولان اجرایی بیمارستان می گذارد و در این زمینه کسب آمادگی و داشتن یک برنامه تدوین شده و کارآمد و تمرین شده از قبل می تواند به کاهش میزان آسیب و خسارات احتمالی کمک نماید، لذا این مرکز با توجه به این اصول مهم این دستورالعمل را به صورت ذیل مدون نموده است:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اندیکاسیونهای تخلیه تمام یا بخشی از بیمارستان طبق تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل وقوع زلزله و تخریب بنای ساختمان به نحوی که جان بیماران و کارکنان در معرض خطر قرار گیرد، احتمال وقوع پس لرزه بعد از زلزله، وقوع آتش سوزی گسترده در بخشها درمانی و احتمال سرایت به سایر قسمتها، احتمال قوی اقدامات خرابکارانه مانند احتمال حوادث تروریستی و بمب گذاری، احتمال وقوع سیل در طبقات پایین بیمارستان، قطع و آسیب جدی شریانهای حیاتی بیمارستان مانند برق، آب و گاز و قطع سیستمهای جایگزین آنها می باشد.</li> <li>۲. در صورت بروز حوادث تخلیه بصورت، ابتدا بخش های مجاور و سپس طبقات پایین</li> <li>۳. اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد معمولا به صورت تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع، تخلیه کامل انجام گردد.</li> <li>۴. مکان نقاط امن بیمارستان و محل تجمع ایمن مانند پارکینگهای مسقف بیمارستان و محل اورژانس صحرايي، باید از قبل به تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا رسیده باشد و با تابلوها و علائم استاندارد مشخص شده باشد. که نقطه امن بیمارستان بخش سوختگی در نظر گرفته شده است.</li> <li>۵. مسیرهای ورودی و نحوه انتقال بیماران و پرسنل به این مکانها مشخص شده باشد.</li> <li>۶. کلیه مسیرهای خروج اضطراری بخشها با علائم راهنما و تابلوهای شب رنگ مشخص شده باشد.</li> <li>۷. پله های خروج اضطراری همیشه باز و مسیر پله ها مسدود نشده باشد و روشنایی کافی داشته باشند و توسط پرسنل تاسیسات به صورت دوره ای بازدید شوند.</li> </ol>	<p><b>شرح اقدامات</b></p>

<p>۸. فرد نهایی تصمیم گیرنده جهت برنامه تخلیه بیمارستان شخص فرمانده حادثه یا جانشین وی می باشد.</p> <p>۹. هنگامیکه تصمیم به تخلیه مرکز درمانی گرفته می شود، مرکز تلفن باید در جریان کامل قرار گیرد و مسئول ارتباطات باید از سالم بودن سیستم ارتباطی بیمارستان اطمینان حاصل نماید و با فعال سازی کد تخلیه (کد ۴۴) همه بیماران و کارکنان را مطلع سازد.</p> <p>۱۰. افزون بر هماهنگیهای داخل بیمارستانی، بایستی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و ستاد مدیریت بحران شهری نیز هماهنگی های لازم صورت گیرد.</p> <p>۱۱. در صورت فعال شدن برنامه تخلیه، ارشد روابط عمومی و ارشد ایمنی وظیفه اطلاع رسانی به سایر کارکنان بیمارستان بویژه سوپروایزر و مسئولین بخشها را به عهده دارند.</p> <p>۱۲. کلیه پرسنل بخشها بخصوص بخشهای ویژه باید در خصوص نحوه تخلیه بیماران آموزش دیده باشند و آگاهی کافی داشته باشند.</p> <p>۱۳. کارمندان در صورتیکه بیماران در معرض خطر جدی هستند، باید سریعاً نسبت به تخلیه و انتقال بیماران اقدام نمایند و منتظر دستور تخلیه نمانند و اگر بیماران در معرض خطر جدی نیستند و فقط آژیر به صدا درآمده است، بایستی منتظر دستور تخلیه بمانند.</p> <p>۱۴. مسئولین بخشها و واحدها باید، بیماران و پرسنل تحت مسئولیت خود را به نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید. مسیرهای تخلیه باید از ایستگاه پرستاری آغاز شود، بیماران و پرسنلی که به محل خطر نزدیکتر هستند باید زودتر جابجا شوند.</p> <p>۱۵. حضور و غیاب هر بخش توسط مسئول همان بخش صورت گیرد و در صورت نیاز به کمک جهت تخلیه بخش و انتقال بیماران از نیروهای خدمات و کمک بهیارهای سایر بخشها درخواست کمک نمایند.</p> <p>۱۶. یکی از پرسنل یا افراد داوطلب که به مسیرهای خروجی آشناست باید جلوی بیماران حرکت نماید و یک نفر هم پشت سر آخرین بیمار حرکت نماید (بصورت زنجیره ای) و بیماران و بقیه پرسنل را به محل ایمن انتقال دهند و تا زمان اعلام وضعیت سفید یا دریافت دستور جدید در این محل بمانند.</p> <p>۱۷. جهت اولویت بندی انتقال بیماران ابتدا بیمارانی که در معرض خطر فوری قرار دارند منتقل شوند، سپس بیمارانی که توانایی حرکت دارند خارج شوند، بعد بیمارانی که با صندلی چرخ دار قادر به حرکت هستند و بچه ها و بیماران اتاقهای ایزوله و در آخر بیمارانی که قادر به حرکت نیستند، از بخش خارج شوند.</p> <p>۱۸. هنگام تخلیه بخش نیاز به قطع کردن یا خاموش نمودن وسایل و تجهیزات مانند گازهای طبی، تجهیزات پزشکی و ... بررسی شوند. بعد از تخلیه از بسته بودن درها اطمینان حاصل شود و با علامت ضربدر مشخص شوند.</p> <p>۱۹. تجهیزات حمل و نقل کافی از قبیل برانکار، تخت، ویلچر و ... در دسترس باشد و در صورت نیاز از سایر بخشها نیز درخواست شود.</p> <p>۲۰. مستندات پرونده بیمار، داروها، لباسها و وسایل با ارزش بیمار به همراه وی منتقل شوند، تجهیزات مورد نیاز برای مراقبت از بیمار مانند کپسول اکسیژن، مانیتورهای پرتابل و ... هم در صورت امکان و داشتن زمان، به همراه بیمار انتقال داده شوند.</p> <p>۲۱. مسئولیت انتقال بیماران بیهوش یا به هوش آمده و بیماران تحت اعمال جراحی در اتاقهای عمل به عهده پزشک معالج و پزشک بیهوشی می باشد.</p> <p>۲۲. پرسنل نگهداری تحت نظر ارشد ایمنی و انتظامات، باید نیروهای امدادی را به محل حادثه راهنمایی کنند، در محل دربهای ورودی و خروجی بیمارستان حتماً یک نفر جهت کنترل تردد و عبور و مرور و جلوگیری از ترافیک باید باشد، با استفاده از وسایل ارتباطی با یکدیگر و با مسئول مافوق خود مدام در تماس باشند و از شمارش همه بیماران، ملاقات کنندگان و پرسنل محل حادثه اطمینان حاصل نمایند و از ورود افراد متفرقه به محل حادثه و</p>	
---	--



- تجمع در این محل ممانعت نمایند.
۲۳. مسئول واحد برنامه ریزی وظیفه ارائه آمار سرشماری افراد موجود در بیمارستان به فرمانده حادثه را بعهده دارد و همچنین باید جهت کلیه افراد داوطلب کارت شناسایی تهیه نماید و ورود و خروج آنها را ثبت نماید.
۲۴. نیروهای خدمات و وظیفه حمل و نقل تجهیزات مورد نیاز از انبارها و سایر بخشها به محل حادثه و همچنین خارج ساختن و انتقال بیماران و قربانبان از اتاقهای بستری به مکانهای ایمن و یا آمبولانس و پاکسازی معابر و مسیره‌های خروجی از تجهیزات و موانع احتمالی را بعهده دارند.
۲۵. واحد تغذیه باید پیامدهای حادثه بر واحد آشپزخانه و واحد تغذیه را ارزیابی نماید و خدمات تغذیه ای به بیماران و پرسنل ارائه نماید.
۲۶. واحد تاسیسات باید عملکرد آسانسورها، تجهیزات تهویه ای، سرمایش و گرمایش و ژنراتورهای برق اضطراری را حفظ و کنترل نمایند و به اطفاء حریق در مناطقی که دچار حریق شده است کمک نمایند و به عملیات امداد و نجات در صورت گیر افتادن بیماران و پرسنل زیر آوار و یا فضاهای خاص بپردازند.
۲۷. بیماران ترخیص شده از درب جداگانه خارج شوند. آسانسورها فقط برای جابجایی بیماران و تجهیزات استفاده شوند.
۲۸. اعزام و انتقال بیماران به بیمارستانهای دیگر ترجیحا از بخش اورژانس صورت گیرد.
۲۹. وسایل امداد و نجات مانند طناب، کلنگ، بیل، قیچی مقتول بر، بالابر دستی، چراغ قوه شارژی، فانوس و ... در اتاق بحران بیمارستان موجود است و در صورت نیاز از این واحد درخواست شود (تهیه و خرید بالابر برقی جهت عملیات امداد و نجات و همچنین خرید چادر بادی جهت برپایی اورژانس صحرائی در برنامه هتلینگ و برنامه عملیاتی واحد بحران بیمارستان دیده شده است و تا پایان سال جاری اجرایی خواهد شد)
۳۰. کمیته مدیریت خطر و بلایا باید در برنامه عملیاتی سالانه واحد بحران تهیه و خرید ژنراتور برق دستی و مخازن ذخیره و توزیع آب جهت اورژانس صحرائی را در نظر داشته باشند تا در صورت موافقت سازمان نسبت به خرید آنها اقدام شود.
۳۱. مسئول پشتیبانی باید نسبت به تهیه آب بهداشتی و جیره غذایی برای بیماران و ساکنین حداقل به مدت ۹۶ ساعت اقدام نماید (از ذخیره جیره غذایی خشک بیمارستان) و همچنین نسبت به تهیه وسایل سرمایشی و گرمایشی از سایر نقاط بیمارستان و در صورت لزوم از سایر بیمارستانها، هلال احمر و سایر ارگانها طبق تفاهم نامه های منعقد شده اقدام نماید.
۳۲. کلیه پرسنل شرکت داشته در عملیات تخلیه می بایست در خصوص عملیات تخلیه توجیه شده باشند و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه جهت سرشماری به آنها تذکر داده شود.
۳۳. تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند به روش صحیحی و از طرق گوناگون مانند خط تلفن، موبایل، تلفن بی سیم و یا موبایل ماهواره ای، بلندگو و ... انجام گردد.
۳۴. طی فاز عملیات تخلیه، اعضای تیم تخلیه اضطراری آخرین نفرات خارج شده از محل باشند و از خروج کلیه افراد از محل حادثه مطمئن حاصل نمایند.
۳۵. مسئول هر بخش و واحد باید در پایان عملیات تخلیه گزارش کاملی از فرایند تخلیه و اتفاقات رخ داده، به فرمانده حادثه ارائه نماید.
۳۶. پایان عملیات تخلیه و بازگشت به شرایط عادی باید با دستور فرمانده حادثه و توسط مرکز تلفن به کلیه واحدها اعلام گردد. (اعلام کد ۳۴)

#### منابع و امکانات:

امکانات ارتباطی مانند تلفن ثابت، موبایل، بی سیم، تلفن ماهواره ای، رادیو و...  
تجهیزات امداد و نجات از قبیل بیل، کلنگ، بالابر دستی، طناب، چراغ قوه، کلاه ایمنی، ماسک های فیلتر دار و...

لیست پرسنل بیمارستان، دفتر و قلم، لیست حضور و غیاب، کارت شناسایی تجهیزات پزشکی مانند وسایل پانسمان، وسایل رگ گیری، کپسول اکسیژن و... پارکینگهای بیمارستان، اورژانس صحرایی، جیره غذایی خشک و... <b>کارکنان مرتبط:</b> کلیه کارکنان درگیر در فرایند تخلیه اضطراری				
فرماندهی حادثه - مترون - مسئول خدمات				
مدیریت بحران و سیستم فرماندهی حادثه در بیمارستان، تالیف حسین شهدادی و همکاران، سال ۱۳۹۳ - آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران، ویراست دوم، ۱۳۹۱ - تخلیه اضطراری در سوانح تالیف دکتر علیرضا فرازمنند مهندس کیانوش شیرمردی مجید قاقازانی دکتر وحید حسینی جناب				
تایید کننده		تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر بیمارستان	آقای مجید فتح اهی	دبیر کمیته بحران	طیبه کریمی	
سمت	نام و نام خانوادگی	مترون	هوشمند مرادنجاتی	
تصویب کننده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند	
سمت	نام و نام خانوادگی	کارشناس ایمنی بیمار	مریم شعبانی پور	
ریاست بیمارستان	آقای دکتر عارف عزیززاده			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p><b>تاریخ آخرین ویرایش: فروردین ۱۴۰۳</b> <b>تاریخ ابلاغ: فروردین ۱۴۰۳</b> <b>ویرایش: ۱۱</b></p>	<p><b>عنوان دستورالعمل:</b> برنامه غیر فعال سازی و برگشت به حالت عادی بیمارستان <b>کد دستورالعمل:</b> EH-RM-WI-07 <b>صفحه:</b></p>
<p>هدف</p>	<p>بازگشت به حالت عادی بیمارستان بعد از بحران</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>کلیه واحدهای درمانی و غیر درمانی</p>
<p>شرح اقدامات</p>	<p>توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و بر اساس وضعیت بیمارستان و اطلاعات بدست آمده از وضعیت صحنه حادثه اعمال شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. فرمانده حادثه بیمارستان با مشورت سایر اعضای مرکز هدایت عملیات و هماهنگی با EOC دانشگاه برای توقف برنامه تصمیم می گیرد.</li> <li>۲. مرکز تلفن پیام توقف برنامه را از مرکز هدایت عملیات بیمارستان می گیرد و آن را با علایم و کدهای هشدار دهنده اعلان می نماید. (کد پایان بحران ۳۴ می باشد)</li> <li>۳. فرماندهی حادثه براسستقرار مجدد بیمارستان نظارت می کند</li> <li>۴. فرماندهی حادثه از نیروهای فراخوان شده و داوطلبین، پرسنل، نیروهای دولتی و غیر دولتی که در حادثه شرکت داشته اند تشکر و قدر دانی می کند</li> <li>۵. ارشد روابط عمومی جلسه توجیهی نهایی را با رسانه ها برگزار می کند و پس از ارزیابی وضعیت و به دست آوردن اطلاعات مناسب از بیماران، گزارشی تهیه کرده و اتمام حادثه را اعلام می کند</li> <li>۶. ارشد روابط و هماهنگی مرکز هدایت عملیات دانشگاه، مرکز مدیریت حوادث محلی، آتش نشانی را از پایان حادثه و باز گشایی مجدد ساختمان مطلع می نماید</li> <li>۷. ارشد ایمنی برایمن بودن انجام فعالیت های عادی و بازگشت بیماران نظارت می کند</li> <li>۸. واحد عملیات فعالیت های مراقبت از بیمار و مدیریت را به حالت اول بر می گرداند</li> <li>۹. واحد عملیات بیماران تخلیه شده به بخش ها باز می گرداند</li> <li>۱۰. واحد عملیات بازرسی و ارائه خدمات غیر ضروری را مجددا برقرار می کند</li> <li>۱۱. واحد عملیات در صورت نیاز حمایت روانی، اطلاعاتی در مورد خدمات اجتماعی به بیماران و خانواده ها ارائه می نماید</li> <li>۱۲. واحد برنامه ریزی برنامه عملیاتی حادثه و اتمام فراخوان عمومی را نهایی می کند</li> <li>۱۳. واحد برنامه ریزی خلاصه ی گزارشی از وضعیت و موقعیت بیماران تهیه کرده و بعد از هماهنگی با مرکز هدایت عملیات، برای پرسنل فرماندهی، مسئولین بخش ها و سایر ارگان های درخواست کننده ارسال می کند</li> <li>۱۴. واحد برنامه ریزی گزارشی پس از عملیات و برنامه بهسازی را مشتمل بر موارد زیر می نویسد: <ul style="list-style-type: none"> <li>• خلاصه عملیات انجام شده</li> <li>• خلاصه ای از رویداد حادثه و علت آن</li> <li>• فرایندهایی که خوب اجرا شده یا دچار نقصان بوده اند</li> </ul> </li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشنهادهایی در خصوص به سازی نرم افزاری یا سخت افزاری</li> <li>• بازنگری و اصلاح نقاط ضعف برنامه ی عملیاتی انجام شده و پیشنهاد برنامه عملیاتی آینده</li> <li>• عملیات اصلاحی</li> </ul>			
<p>۱. واحد پشتیبانی حمایت روانی از پرسنل را فراهم نموده و جلسات مدیریت استرس را براساس نیاز برگزار می کند</p> <p>۲. واحد پشتیبانی بر وضعیت سلامت پرسنل نظارت دارد</p> <p>۳. واحد پشتیبانی تجهیزات ، دارو ، آب ، غذا را در حد نرمال مجددا ذخیره می کند</p> <p>۴. واحد پشتیبانی کلیه خسارات وارده به تجهیزات و تدارکات را جزء به جزء نوشته وبه بخش اداری مالی ارسال می کند</p> <p>۵. واحد پشتیبانی تجهیزات قرض گرفته شده را بعد پاک سازی و ضد عفونی باز می گرداند</p> <p>۶. واحد اداری/مالی هزینه و مخارج نهایی پاسخ ، خسارت و درآمد از دست رفته ی تخمینی را جمع آوری کرده و خلاصه گزارش آن را جهت تایید برای فرماندهی حادثه ارسال می کند</p>			
		ناظر بر عملکرد فرماندهی حادثه ، مرکز هدایت عملیات دانشگاه	
		منابع آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا ، تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران،	
تصویب کنندگان		تهیه کنندگاه	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	فرماندهی حادثه	دکتر عارف عزیززاده
تصویب کننده		دبیر کمیته بحران	طیبه کریمی
سمت	نام و نام خانوادگی	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مترون	هوشمند مرادنجاتی
		مسئول خدمات	خسرو آریا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام



مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش : اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش : ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه به شیوه استاد و شاگرد در مشاغل حساس کد دستورالعمل: EH-HM-WI-08 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>ایجاد ساز و کاری برای شناسایی، استخدام، آموزش و نگهداری افراد برای پست های کلیدی سازمان</p>	<p>هدف</p>
<p>۱- پست های کلیدی در بیمارستان شناسایی شده و افراد جانشین نیز مشخص شده است. ۲- شرح شغل هر پست تهیه و تنظیم می شود ۳- برنامه ریزی جهت ارتباط هر چه بیشتر اعضاء مختلف سازمان با این مشاغل و فعالیت ها انجام می شود ۴- کارهای کلیدی بیمارستان به صورت باز صورت گیرند و شرایطی را فراهم می آوریم که همه اعضاء فرصت آشنایی و اظهار نظر و همکاری را داشته باشند. ۵- بر اساس نیازمندی های هر شغل کلیدی مناسب ترین فرد برای جانشینی در آینده را انتخاب می شود. ۶- معیارها و ویژگی های انتخاب افراد جانشین را مشخص می شود ۷- روش تعیین افراد جانشین به دقت مشخص می شود. ۸- جانشین باید مدتی به عنوان دستیار و کارآموز مشغول به کار باشد تا به مرور زمان با جزئیات کار آشنا شود. ۹- باید با کارکنانی که در حال بازنشستگی هستند و می خواهند سازمان را ترک کنند به شکلی خداحافظی و قدردانی شود که تمایل به همکاری و انتقال تجربه در فرد باقی بماند و همیشه خود را عضوی از سازمان احساس کند. ۱۰- باید فرهنگ مثبت و سازنده ای شکل گیرد و موجب شود که اعضائی که جانشین پروری را انجام می دهند احساس نکنند با انتقال دانششان به افراد جدید احترام و جایگاه خود را از دست خواهند داد بلکه احترام و ارزش بیشتری پیدا خواهند کرد. کارکنان مرتبط: اعضاء تیم مدیریت بحران، مسئولین بخش ها، تمامی پرسنل بیمارستان</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p> <p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>
<p>مدیر بیمارستان</p>	<p>ناظر بر عملکرد</p>

سیاست بیمارستان - تجربه اعضاء تیم مدیریت اجرایی				منابع	
تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی		معاون آموزشی بیمارستان	دکتر فریبا شادفر	
تصویب کننده			مسئول منابع انسانی	مهرداد قاسمی	
سمت	نام و نام خانوادگی		سوپروایزر آموزشی	محمدرضا محمودیان	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

عنوان دستورالعمل: انتقال، انتخاب، انتصاب و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان کد دستورالعمل: EH-HM-WI-09 صفحه: ۱ و ۲	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
---	---

هدف	حصول اطمینان از دستیابی به اصل شایسته سالاری درانتخاب وانتصاب مدیران از طریق شناسایی وارزیابی افراد با استفاده از معیارهای شایستگی، ثبات مدیریت، افزایش انگیزش کارکنان ونیز شفاف سازی فرایند اداره سازمان
-----	---

دامنه دستورالعمل	کلیه بخش ها و واحد های بیمارستان
------------------	----------------------------------

شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p>۱- پست های کلید مدیریتی مشخص می شوند و جانشین آنها مشخص شده است.</p> <p>۲- شرح شغل هر پست را تهیه و تنظیم می شود</p> <p>۳- باید برنامه ریزی شود که اعضاء مختلف سازمان هر چه بیشتر با این مشاغل و فعالیت ها در ارتباط باشند.</p> <p>۴- جانشین های افراد کلیدی و مسئولین میانی با تفویض اختیاری بعضی از وظایف آموزش می بینند.</p> <p>۵- جهت افراد جانشین کلاسهای مدیریتی برگزار می شود</p> <p>ج- کارکنان مرتبط: کادر مدیریتی بیمارستان، افراد دارای مشاغل بالا، پرسنل ستاد دانشگاه علوم پزشکی</p> <p>د- امکانات و منابع: نیروی انسانی</p>
--	--

ناظر بر عملکرد	مدیر بیمارستان
----------------	----------------

منابع	سیاست بیمارستان - کادر مدیریتی بیمارستان، پرسنل ستاد دانشگاه علوم پزشکی
-------	---

تایید کننده		تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی	مترون	هوشمند مرادنجاتی	
تصویب کننده		مسئول منابع انسانی	مهرداد قاسمی	
سمت	نام و نام خانوادگی			
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی کد دستورالعمل: EH-NM-WI-10 صفحه: ۱ و ۲</p>		<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	
هدف		حصول اطمینان از رسیدگی به موقع به گیرندگان خدمت	
دامنه دستورالعمل		کلیه های بیمارستان	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)		<p>ورود تلفن همراه به داخل بخش ها و اتاق عمل ممنوع می باشد و این موضوع به صورت مکتوب به بخش ها ابلاغ شده است. <b>تبصره:</b> استفاده از تلفن همراه در اتاق استراحت پرسنل مجاز می باشد استفاده از تلفن همراه و وسایل الکترونیکی ( لپ تاپ، تبلت،...) توسط پرسنل کادر درمانی و غیر درمانی در تمام ساعات کاری به استثنای اتاق استراحت پرسنل در زمان ضروری ممنوع می باشد <b>تبصره:</b> پزشکان مقیم و آنکال به هنگام ویزیت ویراند می توانند از تلفن همراه جهت مشاوره و کسب اطلاعات علمی، آن هم در حداقل زمان و با صدای زنگ پایین در ایستگاه پرستاری بهره مند شوند. <b>تبصره:</b> رعایت حداقل فاصله مجاز (یک متری) از مانیتورهای قلبی - ریوی، اتاق عمل و... جهت جلوگیری از تداخل فرکانسی ضروری است. در صورت ضرورت مکالمه، پرسنل می توانند از تلفن ثابت استفاده کنند خاموش بودن تلفن همراه در محل کار، ایستگاه پرستاری، اتاق کار و بالین بیمار برای پرسنل مشمول این دستورالعمل اجباری می باشد</p>	
ناظر بر عملکرد		مسئول بخش ها	
منابع		سیاست بیمارستان - کادر مدیریتی بیمارستان، پرسنل ستاد دانشگاه علوم پزشکی	
تهیه کنندگان		تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
هوشمند مرادنجاتی	مترون	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
مهرداد قاسمی	مسئول منابع انسانی	تصویب کننده	
		نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام

مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: فروردین ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو و گندزدای و لکه زدایی بخش ها/ واحدهای مختلف بیمارستان کد دستورالعمل: EH-eh-WI-11 صفحه: ۱ و ۲</p>
	<p>هدف پیشگیری از انتقال آلودگی در بخش ها</p>
	<p>دامنه دستورالعمل کلید بخش ها - خدمات</p>
	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. <b>کف زمین</b> : طی دو ساعت پس از پاک کردن زمین ( با ماده گندزدا یا بدون ماده گندزدا ) میزان آلودگی باکتریال مشابه زمان قبل از پاک کردن خواهد شد . لذا میزان عفونت تحت تاثیر استفاده از یک ماده گندزدا قرار نمی گیرد که به طور معمول مصرف یک ماده دترجنت به تنهایی کافی خواهد بود. فقط در مواردی که خطر آلودگی با بعضی عوامل بیماری زا وجود دارد باید از یک ماده گندزدا استفاده شود که این امر با نظر مسئول کمیته کنترل عفونت یا یک میکروبیولوژیست صورت می پذیرد.</li> <li>۲. <b>پاک کردن زمین بدون استفاده از دترجنت ها</b> : در محل تهیه غذا و ارائه خدمات به بیماران و نیز اتاق درمان و مراقبت از آنها از جاروهای دستی نباید استفاده شود در این مورد استفاده از جاروی برقی یا زمین شوی جاذب گرد و غبار روش مناسبی است.</li> <li>۳. <b>پاک کردن زمین با استفاده از مواد پاک کننده</b> : برای لکه گیری و جرم گیری استفاده از یک ماده دترجنت لازم است. توالتها و سایر نواحی مرطوب بایستی حداقل روزی یک بار با مواد پاک کننده شسته شوند. زمین شوی و لوازم لازم باید پاک و تمیز شده و در جای مناسب تخلیه و خشک شوند. سطرها نیز باید آبکشی شده و به صورت وارونه نگهداری شوند.</li> <li>۴. محلولهای پاک کننده باید مرتباً تعویض شده و پس از اتمام نظافت روزانه دور ریخته شوند . بهتر است برای پاک کردن کف زمین با ماده دترجنت از دو سطل استفاده شود. بعد از پاک کردن ، سطوح باید حتی الامکان خشک باقی بمانند.</li> <li>۵. امکانات و تسهیلات لازم برای نظافت بخش ها از جمله مواد گندزدای مجاز و دارای مجوز از سازمان غذا و دارو تامین شود.</li> <li>۶. برچسب مشخصات ماده شیمیایی خطرناک شامل هشدارهای لازم برای حفاظت کارکنان به منظور اطمینان از در دسترس بودن اطلاعات لازم در زمینه خطرات فیزیکی و اثرات سمی و زیست محیطی مواد به منظور ارتقا سلامت انسان و محیط است.</li> </ol>

۷. **پاشیده شدن خون و مواد آلوده بدن در محیط :** به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات، حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گند زدا استفاده کرد. برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بار مصرف پوشید و اگر خطر آلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از پیشبند پلاستیکی ( یک بار مصرف ) استفاده گردد. در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون در محیط ( به دلیل احتمال آلودگی با عوامل بیماری زا منتقله از راه خون مانند HIV و ... )

**۸. توصیه می شود که :**

- دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود.
- خون و مواد آلوده با حوله یک بار مصرف جمع آوری و پاک شود. ( حوله یک بار مصرف به دستمال کاغذی و یا ساخته شده از الیاف پنبه گفته می شود که فقط یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس همانند دیگر زباله ها از بین می رود.)
- محل مورد نظر با آب و دترجنت ( صابون ) شسته شود.
- با محلول هیپوکلریت سدیم ( آب ژاول خانگی ، وایتکس ) گندزدایی شود. اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۶٪ و در صورت داشتن خلل و فرج از رقت ۱۰٪ ماده گندزدا استفاده می شود.

۹. توصیه می شود در صورت امکان از مواد گندزدای نسل جدید مانند : انواع دزومد یا هالامید استفاده گردد.

۱۰. اطلاع رسانی و آموزش نیروهای خدماتی با توجه به سطح سواد آن ها لازم است.

۱۱. در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده ( بیشتر از ۳۰ سی سی ) یا اگر خون و سایر مایعات، محتوی شیشه شکسته با اشیاء نوک تیز باشند باید :

- ۱- ابتدا شیشه ها و اجسام نوک تیز توسط یک پنس در سفتی باکس ریخته شود.
- ۲- حوله یک بار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند.
- ۳- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخت و حداقل ۱۰ دقیقه صبر کرد
- ۴- با حوله یک بار مصرف آن را جمع کرد.
- ۵- با طی آغشته به آب و صابون محل را پاک و تمیز نمود.
- ۶- با محلول هیپوکلریت سدیم ( آب ژاول ) و یا هالامید گندزدایی انجام شود.

ناظر بر عملکرد	مسئول بهداشت محیط
منابع	

تایید کننده			تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
علی اکبر خسروی	مسئول بهداشت محیط	مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان		
زهرا شایسته	کارشناس بهداشت محیط	تصویب کننده			
		نام و نام خانوادگی	سمت		
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>		
<p>دستورالعمل : نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا کد روش اجرایی: EH-NT-WI-12 صفحه: ۱ و ۲</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	
هدف	نظارت و کنترل و رعایت ضوابط بهداشت در روند سرو توزیع در بخش تغذیه جهت توزیع غذا	
دامنه روش اجرایی	واحد تغذیه و بهداشت محیط	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p><b>الف- هدف: پیشگیری از بروز بیماری های منتقله از طریق مواد غذایی</b> <b>ب- مراحل دستورالعمل :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مسئول توزیع کننده صبحانه راس ساعت ۶:۳۰ صبح اقدام به توزیع صبحانه نماید .</li> <li>- مواد غذایی توزیع شده بر اساس نوع ماده غذایی در فضا و دمای مناسب نگه داری شوند</li> <li>- دمای یخچال را ۴ درجه سانتیگراد و فریزر ۱۸- درجه سانتیگراد تنظیم گردد</li> <li>- غذاهای فاسد شدنی و غذاهای آماده و غذاهای مانده را در ظرف مدت دو ساعت سرد کرده یا منجمد کنید</li> <li>- مقدار زیاد مواد غذایی مانده را در ظروف کم عمق برای سریع سرد شدن قرار داده و در یخچال قرار دهید</li> <li>- در زمان پخت ماهی و مرغ دما را در ضخیم ترین قسمت کنترل نمایید.</li> <li>- غذای تحویل در دستگاه گرم خانه دار قرار داده شود</li> <li>- در محل سرو غذا میز کار و کلیه لوازم و وسایل مصرفی باید کاملاً تمیز و ضد عفونی شده باشند</li> </ul>	



<p>مواد غذایی داغ در کلیه مراحل سرو غذا باید حداقل در دمای ۶۰ درجه سانتیگراد نگهداری شود و از هر افت درجه حرارت اجتناب شود.</p> <p>- مواد غذایی سرد مانند سس های سرد، سالاد اولویه، سالادها در درجه حرارت ۴/۵ درجه سانتیگراد یا فarenهایت نگهداری کنید.</p> <p>- حداکثر زمان نگهداری مواد غذایی فاسد شدنی طبخ شده در خارج از یخچال ۲ ساعت می باشد.</p> <p>- در صورتیکه می خواهید غذا بیشتر از ۲ ساعت خارج از یخچال نگهداری کنید حتماً غذا را در یخچال نگهداری کنید.</p> <p>- برای نگهداری مواد غذایی پخته و انتقال غذا بلافاصله اقدام نموده و غذا را در ظرف های کم عمق و در حد امکان حجم کم تقسیم کنید و برای گرم کردن مجدد مقدار لازم برای مصرف را از یخچال خارج نموده و سرعت و کامل گرم نمایید سپس مصرف کنید.</p> <p>- هر مقدار غذای مانده در یخچال بیشتر از ۲ ساعت را دور بریزید و استفاده نکنید.</p> <p>- حداکثر زمان نگهداری غذا در یخچال ۳-۴ روز می باشد برای نگهداری غذای پخته بمدت طولانی تر باید آنرا ابتدا منجمد نموده و در فریزر ۱۸- درجه سانتیگراد نگهداری نمایید .</p> <p>- غذای تحویلی به بیماران بخشهای اتاق ایزوله و واحدهای عفونی و اورژانس با ظروف یک بار مصرف با رعایت شرایط بهداشتی الزامی است.</p> <p>- از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش ها از قبیل وجود خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه، جاکفشی در ابتدای ورودی ها استفاده می شود.</p> <p>- محدودیت تردد برنامه ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری می شود.</p> <p>- آماده سازی غذا شامل یخ زدایی مواد پروتئینی، سرد کردن و گرم کردن مواد غذایی آماده مصرف به صورت بهداشتی است.</p> <p>- مسئول تغذیه بیمارستان موظف به ثبت درجه حرارت غذای آورده شده به صورت رندومی از غذای بیماران با استفاده از درجه حرارت های لیزری می باشد</p> <p>- پرسنل توزیع کننده غذا با رعایت اصول بهداشتی و پوشیدن دستکش ، ماسک و روپوش با استفاده از ترالی حمل غذا اقدام به توزیع غذا می نمایند .</p> <p>- ترالی حمل غذا باید مرتب و پس از هر بار توزیع نظافت و شستشو داده شود.</p> <p>کارکنان مرتبط: ۱- پرسنل آشپز خانه مورد قرارداد ۲- کارشناس بهداشت محیط ۳- پرسنل توزیع کننده غذا</p>	
	ناظر بر عملکرد
<p>مسئول واحد تغذیه</p> <p>قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و ایین نامه اجرایی آن ، دستورالعمل بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه تولید ، توزیع ، نگهداری ، حمل نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی کد ۱۸۰۳۹۲۰۹</p>	منابع

تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی		مسئول بهداشت محیط	علی اکبر خسروی	
تصویب کننده			مسئول تغذیه	خانم طاوس نژاد	
سمت	نام و نام خانوادگی		مسئول بهبود کیفیت	باران پورمند	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده				

		<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>
<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>دستورالعمل : شستشوی انواع البسه کد روش اجرایی: EH-IC-WI-13 صفحه: ۱ و ۲</p>	
<p>هدف</p>	<p>حصول اطمینان از جلوگیری از انتشار عفونت در بیمارستان و انتقال آلودگی به پرسنل رختشویخانه</p>	
<p>دامنه روش اجرایی</p>	<p>بخش های بالینی و واحد لئزری</p>	
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. تمامی پرسنل که وظیفه حمل و جابجایی ملحفه کثیف را دارند از دستکش و پیشبند استفاده می کنند.</li> <li>۲. پرسنل رختشویخانه جهت جمع آوری لباس و ملحفه و پتوی کثیف به بخش ها مراجعه می کنند.</li> <li>۳. البسه غیر قابل شستشو (البسه ای که بیش از ۲/۳ آن آغشته به خون و مدفوع و... باشد) در داخل نایلون زرد توسط کمک بهیار بخش قرار داده می شود و با زباله عفونی دفع می گردد. وسایر البسه توسط کمک بهیار بخش شمارش شده و تحویل پرسنل لئزری داده می شود.</li> <li>۴. البسه توسط پرسنل لئزری داخل بین مخصوص حمل البسه آلوده قرار می گیرد و به لئزری منتقل می شود.</li> <li>۵. البسه به ترتیب داخل ماشین لباس شویی توسط پرسنل واحد لئزری قرار داده می شود و پس از اضافه نمودن یک لیتر آب ژاول و پودر لباس شویی به مقدار کافی دستگاه را روشن نموده و پس از طی یک ساعت یعنی تا زمانی که زنگ اتمام زده می شود لباس ها شسته می شوند.</li> </ol>	

<p>۶. سپس توسط پرسنل واحد لنژری که دستکش و پیشبند پوشیده از ماشین لباس شویی خارج می شود و داخل سبد ها جهت آب گیری قرار داده می شوند .</p> <p>۷. پس از آبیگری مجدد توسط پرسنل واحد ، داخل دستگاه خشک کن جهت خشک شدن قرار داده می شود وبعد از طی مرحله خشک شدن مرتب شده و طبق آمار به بخش ها تحویل داده می شود.</p>		
ناظر بر عملکرد		پرستار کنترل عفونت و مسئولین بخش ها
منابع		پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی تالیف دکتر حسین اصل سلیمانی و دکتر شیرین افهمی
تهیه کنندگان		تایید کننده
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
رودابه پرندوش	پرستار کنترل عفونت	مجید فتح الهی
منوچهر عبدی	مسئول CSR	تصویب کننده
		سمت
		نام و نام خانوادگی
		ریاست بیمارستان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
عنوان دستورالمعل : پیشگیری و مقابله با سوانح پرتویی کد روش اجرایی: EH-RD-WI-14 صفحه: ۱ و ۲	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش : ۱۱
هدف	تدوین روش مقابله با حوادث پرتویی ه منور کاهش پرتوگیری رادیوتکنولوژیست ها، بیماران و همراهان بیماران
دامنه دستورالمعل	بخش های تصویربرداری
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p>– راهکارهای پیشگیری از بروز سانحه پرتویی:</p> <p>۱. چراغ های هشدار تشعشع باید در مناطق در معرض پرتو نصب شود و همزمان با تابش اشعه روشن و آلام هشدار پرتوگیری روشن شود</p>

<p>۲. دزیمتری دوره ای پرتو بخشهای تصویر برداری به صورت دوره ای ۶ ماهه انجام شود. اتاق اشعه در حین اکسپوز باید از پشت قفل شود.(سیستم اینتر لاک)</p> <p>۳. نتایج دزیمتری پرسنل و آزمایشات دوره ای پرسنل کنترل شود .</p> <p>۴. کنترل کیفی سالانه دستگاههای مولد پرتو انجام شود.</p> <p>– در صورت مواجهه با سانحه پرتویی در بخش تصویر برداری:</p> <p>۱. در صورت پرتوگیری بیش از حد مجاز، دانسیته بیش از حد استاندارد گرافی ها، به سرعت کنترل کیفی و کالیبراسیون مجدد دستگاه دارای نقص انجام شود.</p> <p>۲. در صورت نشستی دستگاه مولد پرتو، دزیمتری محدوده انجام شده و پس از مرتفع نمودن نشستی اتاق های پرتودهی مجددا دزیمتری انجام شود.</p> <p>۳. در صورت پرتودهی بیش از حد مجاز به پرسنل پس از پایش فیلم بچ ها توسط شرکت پشتیبان، همه پرسنل جهت انجام آزمایشات دوره ای مجدد شامل CBC-U/A-CRP به آزمایشگاه معرفی شوند</p> <p>۴. در صورت پرتو دهی بیش از حد مجاز انجام مکاتبات با سازمان انرژی اتمی و استفاده پرسنل از مرخصی اجباری حق اشعه در موقع بحران پرتویی استفاده شود.</p>				
ناظر بر عملکرد	پرستار کنترل عفونت و مسئولین بخش ها			
منابع	پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی تالیف دکتر حسین اصل سلیمانی و دکتر شیرین افهمی			
تهیه کنندگان				
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	تایید کننده
جواد وحید نیا	مسئول سی تی اسکن	مجید فتح الهی	مدیریت بیمارستان	
تصویب کننده				
		نام و نام خانوادگی	سمت	
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: استفاده از کپسول های گازهای طبی کد خط مشی: EH-RM-WI-15 صفحه: ۲</p>
<p>حصول اطمینان از نحوه استفاده صحیح از کپسول های گاز طبی</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه بخش های بیمارستان</p>	<p>دامنه</p>
<p><b>هنگام استفاده از گازهای طبی الزامات زیر باید بکار گرفته شود:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- اتصال سیلندر و خروج گاز از رابط های شیر سیلندر که با یکدیگر همخوان نیستند نباید برای با و بسته کردن و خروج گاز استفاده شود.</li> <li>- شیر سیلندر از رابط های شیر سیلندر باید در تمامی شرایط (پر یا خالی) بصورت بسته باشد. مگ اینکه سیلندر در حالت استفاده باشد.</li> <li>- مسیر خروجی گاز هنگام باز کردن شیر سیلندر نباید به سمت کارکنان حاضر در محل باشند. پس از پایان کار شیر سیلندر باید بسته باشد.</li> <li>- شیر سیلندر باید به آرامی باز شود و به منظور باز و بسته نمودن شیر سیلندر هرگز نباید نیروی اضافی به آن اعمال شود.</li> <li>- در شیرهایی که دارای فلکه دستی هستند نباید از آچار ، چکش یا دیگر ابزار بمنظور باز و بست نمودن شیر استفاده شود.</li> <li>- در صورتی که عملکرد شیر مشکل داشته باشد، سیلندر باید به کارخانه تولید گاز ارجاع داده شود</li> <li>- سیستم لوله کشی، رگولاتورها و دیگر لوازم به منظور جلوگیری از نشت، باید نسبت به گاز اکسیژر مقاوم و محکم باشد. محکم بودن اتصالات را میتوان با استفاده از یک محلول مناسب آزمون نشت یا دستگاه مناسب تشخیص نشت تایید نمود. هرگاه اتصالات سیلندر برای اولین بار نصب می شوند باید آزمون نشت انجام گیرد.</li> <li>هنگامی که سیستم تحت فشار است، هرگز اتصالات را محکم نکنید. از نشت گیری بست ها خودداری کرده و هیچگونه فعالیتی بمنظور تعمیر یا سرویس سیستم انجام ندهید.</li> </ul>	<p>روش اجرایی</p>



<p>- به دلیل ممانعت از برگشت جریان هوای محیط با دیگر آلودگی ها به داخل سیلندر، فشا باقیمانده گاز اکسیژن در سیلندر نباید به کمتر از فشار عملیاتی در سیستم یا تا زیر حداقل فشا باقیمانده سیستم برسد. شیر سیلندر باید به منظور حفظ فشار باقیمانده، بسته بماند. حداقل فشا باقیمانده توصیه شده ۰,۵ تا ۲ برابر است.</p> <p>قبل از جدا کردن رگولاتور از سیلندر، شیر سیلندر باید بسته باشد و رگولاتور از فشار گاز آزاد گردد</p>					
چک لیست گاز های طبی				امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست	
دستورالعمل استفاده از گازهای طبی				منابع	
تایید کننده			تهیه کنندگان		
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
کارشناس بحران	طیبه کریمی	کارشناس بحران	طیبه کریمی	کارشناس بحران	طیبه کریمی
مسئول تجهیزات پزشکی			محمد لطفی	مسئول تجهیزات پزشکی	محمد لطفی
مسئول دفتر بهبود	باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن کد: EH-PS -WI-16 صفحه: ۱</p>
<p>حصول اطمینان از اتمام اقدامات تهاجمی به روش صحیح و ایمن</p>	<p>تعریف</p>
<p>کلید بخش ها</p>	<p>دامنه</p>
<p>۱. شناسایی فعال بیمار با دو شناسه (استفاده از نام و نام خانوادگی و نام پدر) و چک دستیابی شناسایی با پرونده بیمار ۲. فرد پذیرش کننده خود را به بیمار معرفی کند. ۳. پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی؛ کلید خطرات منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار و اقوام درجه یک بیمار، بیمار بر گه رضایت نامه را امضاء می نمایند. ۴. در صورت دستور پزشک بیمار قبل از انجام اقدام تهاجمی ناشتا شود. ۵. سوابق اعمال جراحی و بیماری های زمینه ای و حساسیت دارویی و .. چک شود. ۶. وسایل و تجهیزات مورد نیاز به صورت ایمن بر بالین بیمار آماده می شود. ۷. پرستار مسئول بیمار در تمام مراحل انجام پروسیجر بر بالین بیمار حضور دارد. ۸. قبل و بعد از انجام شستشوی دست انجام می شود. ۹. علائم حیاتی در بر گه مراقبت های قبل و بعد از پروسیجر ثبت شود. ۱۰. راه وریدی مناسب داشته باشد. ۱۱. در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل، در نزدیک ترین فاصله به عمل (بهترین زمان در اتاق عمل می باشد) ناحیه عمل شیو (استفاده از تیغ ممنوع است. با قیچی یا موزر و...) شده باشد. ۱۲. بیمار از نظر هر گونه وسایل اضافی (گیره سر، الگو، انگشتر، دندان مصنوعی و ..) بررسی شود ۱۳. بیمار از نظر داشتن هر گونه ارایش، لاک و ... بررسی شود. ۱۴. بیمار لباس مناسب اتاق عمل (گان، شلوار و کلاه یکبار مصرف) را دارا باشد. ۱۵. آزمایشات و رادیوگرافی و سونوگرافی و ... مورد نیاز عمل یا مورد درخواست جراح در پرونده موجود باشد و موارد غیر عادی گزارش داده شود. ۱۶. بعد از اتمام پروسیجر بیمار از نظر وجود علائم و عوارض احتمالی، جانبی تحت نظر قرار گرفته می شود. ۱۷. تمام اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ثبت شود.</p> <p><b>لیست اقدامات تهاجمی</b></p> <p>۱. مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی و تمام اعمال جراحی ۲. هر گونه پروسیجر که انجام آن با انسزیون پوست توأم باشد</p>	<p>روش اجرایی</p>

<p>۳. هرگونه پروسیجری که انجام آن با بی حسی موضعی/بیهوشی عمومی و مراقبت و پایش بیهوشی و تسکینی توأم باشد</p> <p>۴. تزریق هرگونه ماده در مفاصل یا فضاهاى بدن</p> <p>۵. آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست</p> <p>۶. بیوپسی ( مغز استخوان، پستان، ...)</p> <p>۷. آندوسکوپی ( کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، ...)</p> <p>۸. پروسیجرهای لاپاراسکوپی ( کله سیسکتومی، نفروکتومی و...)</p> <p>۹. پروسیجرهای دهانی مانند کشیدن دندان یا بیوپسی لثه</p> <p>۱۰. دبریدمان پوست/ زخم که در اتاق عمل انجام می شود</p> <p>۱۱. سنگ شکن</p> <p>۱۲. گذاشتن کتتر ورید مرکزی</p> <p>۱۳. گذاشتن peg</p> <p>۱۴. تراکتوستومی</p> <p>۱۵. بلوک درمانی عصب</p> <p>۱۶. ختنه</p> <p>۱۷. ترانسفوزیون خون</p> <p>۱۸. دیالیز</p> <p><b>توجه</b></p> <p>گذاشتن NGT, IV LINE, سوند فولی و تزریق وریدی جزء پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود</p> <p>پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و قبل/ حین اعمال جراحی به رضایت آگاهانه نیاز ندارد</p>		
روش نظارت	نظارت میدانی	
امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست	کپسول اکسیژن ، لارنگوسکوپ ، آمبو بگ ، لوله تراشه در سایزهای مختلف ، مانیتورینگ	
منابع	سیاست های بیمارستان-دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغ وزارت بهداشت	
تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	
مریم شعبانی پور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
مریم شعبانی پور	کارشناس گیرنده خدمت	
باران پورمند	مسئول بهبود کیفیت	
تایید کننده		
نام و نام خانوادگی	سمت	
مجید فتح الهی	مدیریت بیمارستان	
تصویب کننده		
نام و نام خانوادگی	سمت	
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: اعمال جراحی بیماران اورژانسی کد: EH-NM-WI-17 صفحه: ۱</p>
<p>حصول اطمینان از انجام به موقع اقدامات درمانی بدون تاخیر و به روش صحیح و ایمن</p>	<p>تعریف</p>
<p>کلید بخش ها</p>	<p>دامنه</p>
<p>در مواردی که بیمار ناشناس، بیهوش، یا زیر ۱۸ سال بدون همراه و قیم قانونی نیاز به جراحی اورژانس داشته باشد، تصمیم گیری در این مورد با تیم جراحی می باشد.</p> <p>بیماران اورژانسی بدون هیچ محدودیتی و در هر لحظه از شبانه روز توسط پرسنل اتاق عمل پذیرش می شوند.</p> <p>در موارد حاد و اورژانس، هماهنگی لازم از طریق بخش توسط سرپرستار یا مسئول شیفت با اتاق عمل جهت کسب اطمینان از آمادگی اتاق عمل انجام می گیرد.</p> <p>اتاق عمل پیش از ورود بیمار آمادگی لازم را ایجاد نموده و بلافاصله پس از ورود به بخش اتاق عمل بدون هیچ وقفه ای به اتاق های عمل منتقل می شوند.</p> <p>بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده می شود.</p> <p>علائم حیاتی در برگه مراقبت های قبل و بعد از عمل ثبت شود.</p> <p>در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل، در نزدیک ترین فاصله به عمل (بهترین زمان در اتاق عمل می باشد) ناحیه عمل شیو (استفاده از تیغ ممنوع است، با قیچی یا موزر و...) شده باشد.</p> <p>بیمار از نظر هرگونه وسایل اضافی (گیره سر، النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و...) بررسی شود</p> <p>بیمار از نظر داشتن هرگونه ارایش، لاک و ... بررسی شود.</p> <p>بیمار لباس مناسب اتاق عمل (گان، شلوار و کلاه یکبار مصرف) را دارا باشد.</p> <p>آزمایشات و رادیوگرافی و سونوگرافی و ... مورد نیاز عمل یا مورد درخواست جراح در پرونده موجود باشد و موارد غیرعادی گزارش داده شود.</p> <p>یک پرستار یا کاردان-کارشناس اتاق عمل یا هوشبری، پذیرش و وضعیت بیمار در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی، ثبت می شود.</p> <p>جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر استمرار مراقبت از بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمان تحویل بیمار به بخش بستری صورت می گیرد.</p>	<p>روش اجرایی</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می نماید.</li> <li>- متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستورتراحی بیمار را از ریکاوری صادر میکند.</li> <li>- مراقبتهای ویژه تا زمان پایداری کامل وضعیت بیمار ادامه پیدا کند.</li> <li>- تمام جراحی های عفونی بعد از پایان اعمال جراحی خصوصاً اعمال چشمی صورت می گیرد.</li> <li>- بعد از اتمام پروسیجر بیمار از نظر وجود علائم و عوارض احتمالی جانبی تحت نظر قرار گرفته می شود.</li> <li>- تمام اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ثبت شود.</li> </ul>			
نظارت میدانی		روش نظارت	
کپسول اکسیژن، لارنگوسکوپ، آمبو بگ، لوله تراشه در سایزهای مختلف، مانیتورینگ		امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست	
سیاست های بیمارستان		منابع	
تایید کننده		تهیه کنندگان	
مترون	آقای هوشمند مرادنجاتی	کارشناس ایمنی بیمار	مریم شعبانی پور
		مسئول اتاق عمل	ایراج آرمان
تصویب کننده		مسئول اورژانس	بهزاد ناصری
سمت	نام و نام خانوادگی		
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل کد: EH-PS-WI-18 صفحه: ۱</p>
<p>تعریف</p>	<p>حصول اطمینان از انجام اقدامات تهاجمی به روش صحیح و ایمن</p>
<p>دامنه</p>	<p>کلیه بخش ها</p>
<p>روش اجرایی</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. شناسایی فعال بیمار با دو شناسه (استفاده از نام و نام خانوادگی و نام پدر) و چک دستبند شناسایی با پرونده بیمار</li> <li>۲. فرد پذیرش کننده خود را به بیمار معرفی کند.</li> <li>۳. پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی؛ کلیه خطرات منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار و اقوام درجه یک بیمار، بیماربرگه رضایت نامه را امضاء می نمایند.</li> <li>۴. در صورت دستور پزشک بیمار قبل از انجام اقدام تهاجمی ناشتا شود.</li> <li>۵. سوابق اعمال جراحی و بیماری های زمینه ای و حساسیت دارویی و .. چک شود.</li> <li>۶. وسایل و تجهیزات مورد نیاز به صورت ایمن بر بالین بیمار آماده می شود.</li> <li>۷. پرستار مسئول بیمار در تمام مراحل انجام پروسیجر بر بالین بیمار حضور دارد.</li> <li>۸. قبل و بعد از انجام شستشوی دست انجام می شود.</li> <li>۹. علائم حیاتی در برگه مراقبت های قبل و بعد از عمل ثبت شود.</li> <li>۱۰. راه وریدی مناسب داشته باشد.</li> <li>۱۱. بیمار لباس مناسب را دارا باشد.</li> <li>۱۲. آزمایشات و رادیوگرافی و سونوگرافی و ... مورد نیاز عمل یا مورد درخواست جراح در پرونده موجود باشد و موارد غیرعادی گزارش داده شود.</li> <li>۱۳. بعد از اتمام پروسیجر بیمار از نظر وجود علائم و عوارض احتمالی، جانبی تحت نظر قرار گرفته می شود.</li> <li>۱۴. تمام اقدامات انجام شده در پرونده بیمار ثبت شود.</li> </ol>	
<p>روش نظارت</p>	<p>نظارت میدانی</p>
<p>منابع</p>	<p>امکانات و تسهیلات مورد نیاز و کپسول اکسیژن ، لارنگوسکوپ ، آمیو بگ ، لوله تراشه در سایزهای مختلف ، مانیتورینگ ، چک لیست</p>
<p>سیاست های بیمارستان</p>	
<p>سمت</p>	<p>نام و نام خانوادگی</p>

مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	کارشناس ایمنی	حبیبه سبزواری
		مسئول اتاق عمل	ایرج آرمان
تصویب کننده		مترون	آقای هوشمند مرادنجاتی
سمت	نام و نام خانوادگی	مسئول بهبود کیفیت	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>		
تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: خرداد ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱	عنوان دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی برای بیماری های شایع کد دستورالعمل EH-NM-WI-19 صفحه: ۱	
حصول اطمینان از حفظ و ارتقاء سلامتی، پیشگیری از بیماری و بازگشت به سلامتی	هدف	
دامنه دستورالعمل		
کلیه بخش های بالینی		
۱. پرستار نیازهای یادگیری (چهره به چهره، کارگروهی، پمفلت، فیلم و یا پوستر و رسانه های آموزشی)، توانها، اولویت ها و آمادگی بیمار برای یادگیری را بررسی کند.		شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)
۲. پرستار اعتقادات مذهبی، فرهنگی، موانع عاطفی و زبانی و مسائل مالی مراقبت ها را مورد ارزیابی قرار دهد.		
۳. پرستار با در نظر گرفتن سن بیمار و طول مدت بستری در بیمارستان و ارزیابی نیازهای آموزشی نسبت به ارائه آموزش اقدام کند.		
۴. پرستار استفاده درست و ایمن داروها را آموزش دهد.		
۵. پرستار به بیماران در مورد واکنش های غذایی و دارویی آموزش دهد.		
۶. پرستار به بیماران در مورد تغذیه و اصلاح رژیم های غذایی آموزش دهد.		
۷. پرستار به بیماران در مورد روش های نوتوانی جهت کمک به سازگاری با فعالیت مستقل آموزش دهد.		
۸. پرستار به بیماران در مورد زمان و نحوه درمان آموزش دهد.		
۹. پرستار با توجه به سن و شرایط و سطح سواد و آگاهی بیمار از ابزار و امکانات مناسب استفاده کند.		
۱۰. پرستار با توجه به شرایط بیمار، موقعیت مناسب برای آموزش را انتخاب کند.		
۱۱. پرستار یافته های خود و روش آموزش را ثبت کند. (فرم ترخیص آموزش به بیمار در منزل)		
۱۲. پیگیری پس از ترخیص بیمارانی که نیاز به مراقبت دارند (آمیپوتاسیون، دیابت، کانسر، سوختگی و.....)		

امکانات و تسهیلات: فرم ترخیص آموزش به بیمار، مراقبت در منزل، تلفن، خودکار			کارکنان مرتبط: پزشک، اینترن، پرستار، سرپرستار، خدمات		
ناظر بر عملکرد			مسئولین بخش ها و سوپروایزر آموزشی		
منابع			سیاست های بیمارستان		
تایید کننده			تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
علی خانی	سوپروایزر آموزش سلامت و بیمار	هوشمند مرادنجانی	مترون		
فرحناز منصوریان	سرپرستار بخش	تصویب کننده			
باران پورمند	مسئول بهبود کیفیت	سمت			
		ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره)</p>		
عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و پزشک معالج کد دستورالعمل: EH-NM-WI-20 صفحه: ۱		تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۲ تاریخ ابلاغ: خرداد ۱۴۰۲ شماره ویرایش: ۱۰
هدف	جلوگیری از اتلاف وقت و هزینه بیمار و تکمیل روند درمان بیمار	
دامنه روش اجرایی	تمام بخش های بالینی، آزمایشگاه	
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	۱. دفتری در بخش تعبیه شده تا لیست بیمارانی که زمان ترخیص جواب تست های پاراکلینیکی آنها آماده نیست در آن ثبت گردد. ۲. مسئول / منشی بخش از روی دفتر، مسئول پیگیری نتایج تست های معوقه می باشد. ۳. در صورتیکه بیمار به هر علتی قبل از آماده شدن نتایج آزمایشات و تست های پاراکلینیکی مرخص شود پزشک معالج بیمار به وی توضیح می دهد که پس از دریافت نتایج جهت ادامه درمان به وی مراجعه نماید. ۴. به بیمار و همراهان وی آموزش داده شود که جواب تست های معوقه را پیگیری نمایند. ۵. MRI-CTscan ها و نواز مغزی در صورتی که جواب دهی شده باشند یک نسخه تحویل بیمار شده و نسخه اصلی ضمیمه پرونده شود. ۶. در صورت ترخیص بیمار نام و نام خانوادگی و شماره تلفن وی در دفتر ثبت شود تا پس از آماده شدن جواب تست ها به وی اطلاع داده شود.	



<p>۷. بعد از آماده شدن جواب تست ها جوابها تا ۷۲ ساعت در بخش نگهداری شود و در صورت مراجعه بیمار یا همراه وی ، کپی جواب به آنها تحویل داده شود و امضاء گرفته شود و در غیر اینصورت جواب ضمیمه پرونده شود (توسط منشی به واحد بایگانی تحویل داده شود)</p> <p>۸. در صورت مراجعه همراه جهت دریافت جواب ، دریافت و رویت کارت شناسائی الزامی است</p>			
مستولین بخش ها		ناظر بر عملکرد	
خط مشی اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و پزشک معالج		منابع	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
سمیه کرمی	سرپرستار بخش	هوشمند مرادنجاتی	مترون
فرحناز منصوریان	سرپرستار بخش	تصویب کننده	
باران پورمند	مسئول بهبود کیفیت	نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
عنوان دستورالعمل: نحوه شستشو و ضد عفونی وسایل شیر دوش	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳
کد دستورالعمل: EH-IC-WI-21	تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳
صفحه: ۲و۱	شماره ویرایش: ۱۰
هدف	کنترل تجویز آنتی بیوتیک های وسیع الطیف جهت پیشگیری از مقاومت دارویی
دامنه روش اجرایی	کلیه پرسنل درمانی
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p>۱- بعد از هر بار استفاده با آب فراوان و برس گرد مخصوص و ماده دتر جنت شسته و آب کشی می گردد.</p> <p>۲- روزانه بعد از شستشو با دتر جنت و برس کشی به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه در آب در حال جوش قرار داده می شود.</p> <p>۳- هفته ای یک بار بعد از انجام شستشو در محلول رقیق شده دکونکس ۲٪ به مدت ۱۰ دقیقه جهت ضد عفونی قرار داده می شود.</p> <p>۴- موارد فوق توسط کمک بهیار بخش انجام می شود.</p>

ناظر بر عملکرد		مسئول بخش	
منابع		مسئول کنترل عفونت - اطلاعات دستگاه	
تهیه کنندگان		تصویب کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
رودابه پرندوش	سوپروایزر کنترل عفونت	هوشمند مرادنجاتی	مترون
باران پورمند	مسئول بهبود کیفیت	تصویب کننده	
		نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
<p>دستورالعمل : مقابله با سوانح براساس شرایط واقعی کار در تصویربرداری کد دستورالعمل : EH-RD-WI-22 صفحه: ۱</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش : ۱۱</p>
هدف	حصول اطمینان از استاندارد بودن فضای فیزیکی و امکانات موجود در واحدهای تصویربرداری
دامنه	واحد تصویر برداری ، کلیه واحد هایی که دارای تصویر برداری پرتابل هستند.
روش اجرایی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- طراحی مناسب بخش های تصویربرداری پزشکی از نظر فضاهای فیزیکی مطابق استانداردهای سازمان انرژی اتمی توسط بیمارستان.</li> <li>- طراحی مناسب اتاق اشعه ایکس و اتاق کنترل توسط بیمارستان به گونه ای که ضخامت و جنس دیوارها مطابق استانداردهای سازمان انرژی اتمی باشد</li> <li>- وجود ست کامل وسایل حفاظت فردی پرتویی در هر اتاق اشعه ایکس و استفاده مناسب از آنها برای بیمار و همراه بیمار و در صورت نیاز برای پرسنل تصویربرداری</li> <li>- اجرای منظم و دوره ای آزمون های کنترل کیفی دستگاه های تصویربرداری پزشکی</li> <li>- اجرای منظم و دوره ای آزمایش های روتین پزشکی برای پرسنل تصویربرداری</li> <li>- در نظر گرفتن اصل توجیه پذیری (justification) و منفعت در مقابل مخاطره برای هر نوع آزمون تصویربرداری که تجویز می شود</li> <li>- اطلاع از بارداری بیماران باردار و به تعویق انداختن تصویربرداری به سه ماهه سوم بارداری و در صورتی که تصویربرداری بسیار ضروری باشد استفاده مناسب از تجهیزات حفاظت پرتویی مخصوص دوران بارداری</li> </ul>

		روش نظارت	
		مسئول بخش های رادیولوژی، CT-MRI	
		منابع	
		سیاست های بیمارستان	
سمت		نام و نام خانوادگی	
مدیریت بیمارستان	مجید فتح الهی	مسئول رادیولوژی	حجت اله بهروز
		مسئول بهداشت محیط	علی اکبر خسروی
تصویب کننده		کارشناس بهداشت حرفه ای	کژال رستمی
سمت	نام و نام خانوادگی	مسئول بهبود کیفیت	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مسئول سی تی اسکن	جواد وحید نیا

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)		
تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱	عنوان دستورالعمل : استفاده از مواد حاجب در مرکز تصویر برداری کد دستورالعمل: EH-RD-WI-23 صفحه: ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶	
حصول اطمینان از استفاده صحیح از مواد حاجب در مرکز تصویر برداری	هدف	
کلیه بخش های بالینی، رادیولوژی، سی تی اسکن، ام آر آی	دامنه دستورالعمل	
۱. دستورالعمل گروهی از پروسیجرهای تصویر برداری برای ایجاد اختلاف دانسیته بین بافتهای مختلف بدن احتیاج به استفاده از مواد حاجب دارند ، مواد حاجب بر اساس تغییری که در میزان جذب اشعه ایکس در بافتهای مختلف بوجود می آورند به دو گروه مثبت و منفی تقسیم می شوند. ۲. مواد حاجب منفی : مواد حاجب منفی نظیر هوا اکسیژن و گاز کربنیک، اشعه ایکس را به اندازه جذب بافتهای بدن جذب نمی کنند ، لذا هنگام کار با این مواد می توان اثر کنتراست منفی را در حفرات بدن مشاهده کرد. قبل از پیدایش سونوگرافی و سی تی اسکن ، از هوا در تصویر برداری کلیه ها رحم و مثانه استفاده می شد. مواد حاجب منفی در اوایل در وتریکولو گرافی و بازال سیستمونوگرافی استفاده می شد ، اما امروزه با پیدایش ام آر آی و آنژیو کاملاً منسوخ شده است. ۳. مواد حاجب مثبت : کنتراست مثبت دارای عدد اتمی بالاست ، لذا اندامهای پر شده با آن نسبت به ساختمانهای اطراف اشعه ایکس بیشتری جذب می کنند ، در نتیجه در فیلم سفید دیده می شود. به همین دلیل فاکتورهای تابش در این ازومونها باید قدری افزایش یابد. ۴. خصوصیات یک ماده حاجب ایده ال :	شبیه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• انتخاب کیلو ولتاژ مناسب برای مواد حاجب مثبت</li> <li>• در آزمون های با ماده حاجب باید برای ایجاد کنتراست مناسب از تکنیک های کم انرژی استفاده کرد. به عنوان یک قانون عمومی کیلو ولتاژ اعمال شده در هنگام کار با مواد حاجب ید دار نباید از هفتادو پنج کیلو ولت تجاوز کند.</li> </ul> <p>۵. مواد حاجب سیستم گوارش :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• محلول در آب : گاستروگرافین وسولفات باریم</li> <li>• غیر محلول در آب : سولفات باریم با ثبات و غیر قابل حل است ، به راحتی از قسمتهای مختلف کانال گوارش عبور میکند . سولفات باریم غیر قابل جذب و تغییر بوده و موجب مسمومیت نمیگردد . بعلت عدد اتمی بالا تصاویر رادیولوژیک با دانسیته مناسب را که از کیفیت خوبی برخوردار است ، بدست میدهد . این ماده فاقد اثرات جانبی بوده ، مگر در شرایطی که مقدار آن زیاد باشد که منجر به بیوست میگردد.</li> <li>• کاربردهای سولفات باریم: با غلظت های مختلف در قسمتهای گوناگون جهاز گوارشی مانند حلق ، مری ، معده ، اثنی عشر ، روده باریک و بزرگ بکار می رود. سوسپانسیون سولفات باریم با غلظت کم و استریل در بررسی مثانه و مجاری ادراری در مواردی که بیمار به ترکیبات ید دار حساس است ، و در مجاری صفراوی خارج کبدی و برونکو گرافی استفاده می شود.</li> <li>• نسبت مخلوط شدن پودر سولفات باریم با اب باید متناسب با نوع آزمایش و عضو مورد رادیو گرافی باشد. معمولاً در تهیه مخلوط سولفات باریم و اب از نسبت وزن به حجم یا وزن به وزن استفاده می شود . برای مثال یک سوسپانسیون ۱۵٪ وزن به حجم یعنی اضافه کردن ۱۵ گرم سولفات باریم به آن مقدار اب کم حجم بدست آمده برابر ۱۰۰ سی سی گردد. همچنین سوسپانسیون ۱۵٪ وزن به وزن یعنی اضافه کردن ۱۵ گرم سولفات باریم به ۸۵ گرم آب تا وزن کل مخلوط ۱۰۰ گرم گردد.</li> <li>• معده : مخلوط باریم ۵۰٪ - ۶۰٪ کلا ۱۰۰ تا ۱۵۰ سی سی مخلوط لازم است.</li> <li>• مری: مخلوط غلیظ ۱۲۵٪-۵۰٪</li> <li>• ترانزیت : ۵۰٪ - ۶۰٪ وزن به حجم به میزان ۲۵۰ تا ۳۰۰ سی سی</li> <li>• روده بزرگ : ۱۲٪ - ۲۵٪ وزن به حجم</li> <li>□ نکاتی که باید در استفاده از سولفات باریوم رعایت شود:</li> <li>• غلظت مخلوط باریوم متناسب با ناحیه مورد بررسی باشد.</li> <li>• پودر سولفات باید کاملاً در اب حل شود</li> <li>• ترجیحاً سولفات باریم را در ظرف شیشه ای تهیه کنید</li> <li>• پودر سولفات را در محل خشک و سر بسته نگهدارید . فراورده های آماده را در محل سرد و دور از نور محافظت کنید.</li> <li>• پودر سولفات باریم باید در ظروف برچسب دار خریداری شود و مراکز فروش باید از ریختن پودر در ظروف بدون برچسب خود داری کنند.</li> <li>• رعایت بهداشت در تهیه سوسپانسیون در بخش باید منظور شود . لیوان و قاشقی که برای یک بیمار استفاده شده است قبل از استفاده مجدد کاملاً شسته شود از لوله تنقیه یکبار مصرف استفاده شود و در غیر این صورت کاملاً ضد عفونی شود</li> <li>□ موارد عدم استفاده سولفات باریم</li> </ul>	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• احتمال ارتباط غیر طبیعی بین روده و فضای صفاقی یا جنبی</li> <li>• وجود انسداد در روده بزرگ</li> <li>• پیشبینی عمل جراحی در آینده نزدیک</li> <li>• خونریزی حاد</li> <li>• دیورتیکول در لوله گوارش یا زخم معده که احتمال سوراخ شدگی داشته باشد</li> <li>• بعد از نمونه برداری از معده یا روده بعلت احتمال سوراخ شدگی</li> <li>□ مواد حاجب محلول در اب برای لوله گوارش</li> <li>• رایج ترین دارو گاستروگرافین است که در واقع همان ترکیب اروگرافین میباشد با این تفاوت که برای راحت خوردن ان مقداری مواد مرطوب کننده و خوشمزه کننده به ان اضافه شده است به همین علت قابل تزریق نیست اما در صورت در دسترس نبودن گاستروگرافین میتوان با اضافه نمودن مقداری قند به اروگرافین ان را به بیمار خوراند.</li> <li>□ کاربردهای مواد حاجب محلول در اب در دستگاه گوارش</li> <li>• تحت شرایط خاصی مواد حاجب یددار محلول در اب مزایای بیشتری از سولفات باریم دارند . سولفات باریم فاقد اسمولاریته است در حالیکه مواد حاجب یددار هیپراسمولار می باشند و به همین دلیل اب میان بافتی را به داخل لوله گوارش میکشند این امر سبب افزایش حجم مواد روده ای میشود در نتیجه حرکات دودی افزایش میابند . در نتیجه سرعت ازمون بیشتر می گردد ولی در طی عبور دارو رقیق میشود و جزئیات رادیگرافیک کاهش میاید . در حالیکه باریم دقیقا عکس این وضعیت را دارد.</li> <li>• از مواد حاجب محلول در اب علاوه بر موارد عدم استعمال سولفات باریم در موارد زیر هم استفاده می شود</li> <li>— مگاکولون</li> <li>— وجود فیستول در لوله گوارش</li> <li>— مشاهده تومور یا جسم خارجی قبل از اندوسکوپی</li> <li>□ نکته : بدلیل بالا بودن فشار اسمزی و تمایل کم گاسترو گرافین به جذب در روده باید نکات زیر در مورد بیماران دهیدراته نوزادان و بچه های کم سن رعایت شود.</li> <li>• بیمار باید در حالت تعادل از نظر بالانس الکترولیتهای بدن باشد</li> <li>• در شیر خواران و اطفال به مقدار زیاد تجویز نشود.</li> <li>• در دمای زیر ۷ درجه سانتیگراد تمایل به کریستال شدن دارد که تاثیری در حاجب بودن یا ثبات ان ندارد</li> <li>• بعلت دارا بودن مواد افزودنی قابل تزریق نیست.</li> <li>• چنانچه بیماری دچار کاهش حجم غیر طبیعی خون باشد . خوردن مواد حاجب محلول در اب میتواند سبب شوک و یا حتی مرگ وی شود این امر در مورد شیر خواران اطفال و کهنسالان محتمل تر است.</li> </ul> <p>۶. مواد حاجب اوروگرافی : ترشح این مواد از گلومرولهای کلیه است . پس از تزریق سریع داخل وریدی غلظت ماده حاجب در پلازما بلافاصله به یک حداکثر میرسد و فورا نزول میکند و سپس تدریجا کم میشود ۱۲٪ این ماده توسط کلیه ها ترشح میشود و بقیه وارد فضای خارج سلولی بافتهای بدن میشود بعد از ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت تعادل بین ماده حاجب موجود در عروق و خارج</p>	
---	--

عروقی اتفاق میافتد ماکزیمم غلظت پلاسمایی دارو پس از تزریق اهنسته وریدی هیچگاه به حد پس از تزریق اهنسته وریدی هیچگاه به حد پس از تزریق بلوس نمیرسد ماده حاجب درون ادرار توسط توبولها غلیظ میشود و حدود ۴۰۲ برابر غلظت آن در پلاسما است

۷. نفرورگرافی در مراحل اولیه پس از تزریق و در زمان ترشح حداکثر توسط گلومرولهای کلیه صورت میگیرد که در نتیجه آن حجم توبولهای کلیه و حجم تمام کلیه افزایش میابد. در دقایق اول پس از تزریق کالیسها نمایان میشوند اما حداکثر نمایان سازی کالیسها با کمپرسور ۱۰ دقیقه بعد از تزریق است

- مقدار ماده حاجب تزریقی در ازمون اروگرافی ۱۵ - ۳۰ گرم ید با میانگین ۲۲/۷ گرم است که بر حسب غلظت محلول ماده حاجب حجم های متفاوتی را خواهد داشت مقدار ماکزیمم دارویی بی خطر در مورد بیماران نارسایی کلیه ۳۶/۵ تا ۵۵/۵ گرم با میانگین ۴۴/۴ گرم ید است.
  - در کودکان بعلت قابلیت تغلیظ کمتر توبول های کلیه نسبت به بالغین حداکثر نمایان سازی مجاری ادراری ۱ الی ۱/۵ سی سی .
  - در کهن سالان خصوصا آنها که هیپرتروفی پروستات دارند بایستی مقدار ماده حاجب تزریقی را افزایش داد . ۵۰٪ افزایش در سنین ۴۰ - ۵۰ سال و بالاتر از ۵۵ سال ۴۰ گرم ید توصیه می شود.
  - افزایش ماده حاجب بر حسب زیاد شدن وزن بدن نیز ضروری ست . در اوزان ۷۰-۸۰ کیلو ۲۰-۳۰ گرم ید و بالاتر از ۸۰ کیلو ۴۰ گرم ید توصیه می شود.
  - برای دیدن تمام مسیر حالب باید از ۴۰ گرم ید استفاده کرد همراه با کمپرسور و یک کلیشه بزرگ بلافاصله بعد از باز کردن آن و یا در وضعیت پرون .
  - محدود کردن مایعات در شب قبل از اوروگرافی بخصوص در کودکان و بیماران نارسایی کلیه و مولتی پل میلوما نه تنهایی بی فایده بلکه خطرناک است.
۸. VCUG :مخلوط مگلو مین و سرم نرمال سالین قابل تزریق حجم مخلوط دارویی که برای پر کردن مثانه از طریق سوند مورد استفاده قرار می گیرد. از فرمولهای زیر استفاده شود .

- ۳۰\*(۲+سن) بالای یک سال
- ۷\* وزن زیر یک سال
- جدیدترین مواد حاجب غیر یونی
- Visipaque (iodixamol)
- Ultravist (ioprpamide)
- Omnipaque (ionexol)
- VISIPAQUE :150% - 270% - 320%
- ایزواسمولار( دارای فشار اسمزس برابر با خون - محلول در اب - غیر یونی - دایمیریک - دارای شش اتم ید در هر مولکول

غلظت	اسمولاریته	ویسکوزیته
۱۵۰	۲۹۰	۲۰ درجه
۲۷۰	۲۹۰	۱/۷ ۲/۷
۳۲۰	۲۹۰	۵/۸ ۱۱/۳
۳۲۰	۲۹۰	۱۱/۴ ۲۵/۴

- شکل داویی: کلا شفاف و بدون رنگ تا مرز زرد خیلی کم رنگ و محلول در آب.
- کاربردها: آنژیو گرافی قلب - آنژیو گرافی مغز - آرتریو گرافی - آنژیو گرافی شکم - اوروگرافی - ونوگرافی - سی تی اسکن - میلوگرافی کمر پشت و گردن.
- مقدار مصرف روش استفاده: اطلاعات تشخیصی مناسب زمانی بدست می آید که غلظت و حجم عامل کنتراست متناسب با موقعیت بالینی بیمار و حتی الامکان با فراورده های ویزیپاک دارای غلظت پایین ید باشد. حصول اطمینان از هیدراته بودن مریض قبل و بعد از استفاده در مورد تمام فراورده های ید دار ضروری است. در مجموع هر دو غلظت استفاده میشود اما ۲۷۰ شایع تر است.

منع مصرف

- در بیماران تیروتوکسیکوزیس و سابقه حساسیت شدید به ید از ویزیپاک استفاده نمی شود.
- ویزیپاک در مقایسه با مواد حاجب ید دار یونی اثرات کمتری دارد و اکنش حاد و کشنده به ندرت گزارش شده است. شایع ترین اثرات جانبی احساس گرم شدن یا سرد شدن بیمار به شکل ضعیف بوده است. درد و ناراحتی های شکمی بسیار نادر است. تهوع و استفراغ هم بندرت رخ می دهد. واکنشهای حساسیتی گاهی ممکن است رخ دهد که اکثرا خفیف میباشد مانند تنفسی و پوستی. هیپوتنشن و تب هم احتمال وقوع دارد تظاهرات پوستی شدید و مسمومیت نیز گزارش شده است تظاهرات شدید مانند التهاب حنجره و شک بسیار نادر بوده است. تظاهرات آنافیلاکتوئیدی ممکن است در حالت های مختلف و با مقدار متفاوت ماده حاجب روی دهد که ممکن است به حساسیت های شدید منجر شود. در این حالت استفاده از ماده حاجب متوقف شده و در صورت نیاز درمان های ویژه داخل عروقی انجام می گیرد

اوردوز

- در بیمارانی که عملکرد کلیه آنها نرمال است محتمل نیست. طول آزمایش اهمیت زیادی در میزان تحمل کلیوی با دوز بالای ماده حاجب دارد. چنانچه دوز بالا بصورت تصادفی اتفاق افتد، از دست دادن آب و الکترولیتها باید به روش تزریقی جبران شود عملکرد کلیه حداقل برای مدت سه روز باید تحت نظر قرارگیرد حتی ممکن است از همو دیالیز برای خارج ساختن ویزیپاک از بدن بیمار استفاده شود. داروی خاصی برای وضعیت وجود ندارد.

طریقه نگهداری:

- ماده حاجب ویزیپاک باید در درجه حرارت بالای ۳۰ درجه دور از روشنایی نگهداری شود. در موقع مصرف ویزیپاک بهتر است درجه حرارت بدن ۳۷ درجه باشد. کنترل تاریخ مصرف رنگ و درجه حرارت دارو الزامی است به هیچ وجه نباید ماده حاجب که قبل از ویال خارج شده بعدا برای بیمار دیگر استفاده شود و پس از کشیدن ماده حاجب در سرنگ باید بلافاصله تزریق گردد.
- ۹. اولتراویست: ماده حاجب غیر یونی با فشار اسمزی پایین و با غلظت متفاوت در اکثر ازموتهای رادیوگرافیک به جز از مایشهای سیستم اعصاب مورد استفاده قرار میگیرد و دارای مزایای زیر است:

- در مقایسه با مواد حاجب یونی بخوبی تحمل میشود.

● تحمل عصبی بسیار خوب

● تاثیر کمی بر سیستم قلبی عروقی دارد

● تحمل بسیار خوب بواسطه دیواره داخلی عروق شریانی و سلولهای آندوتلیال

<ul style="list-style-type: none"> <li>• بدون هیچگونه دردی مورد استفاده قرار میگیرد</li> <li>• ایجاد تصویر با دانسیته بسیار عالی در سیستم ادراری</li> <li>• اثر ناچیز در سیستم انعقادی</li> <li>• غلظت های موجود ۱۵۰ - ۲۴۰ - ۳۰۰ - ۳۷۰</li> <li>□ مقدار و کاربرد</li> <li>• اوروگرافی : بزرگسالان اولتراویست ۳۰۰ برای هر کیلو گرم وزن بدن ۱ سی سی</li> <li>• اولتراویست ۳۷۰ برای هر کیلو گرم وزن ۰/۸ سی سی ، اولتراویست ۲۴۰ برای هر کیلو گرم وزن ۱-۳ سی سی</li> <li>• نوزادان ، برای هر کیلو گرم وزن ۱/۲ سی سی اولتراویست ۳۰۰ بخصوص با کارکرد کم کلیه ها</li> <li>• برای اطفال برای هر کیلو گرم وزن بدن ۱ سی سی اولتراویست ۳۰۰</li> <li>□ موارد منع استفاده :</li> <li>• هیپر تیروئیدیسم ، مایلوگرافی ، و نتریکولوگرافی و سیسترنوگرافی ، هیسترو در جریان حاملگی و عفونتهای حاد در حفره لگن</li> <li>• عوارض جانبی : مانند ماده حاجب ویزیپاک</li> <li>• امنی پاک : غلظت های ۱۴۰ - ۱۸۰ - ۲۰۰ - ۲۴۰ - ۳۰۰ - ۳۵۰</li> <li>• ماده حاجب ید دار غیر یونی با فشار اسمزی پایین در تمام قسمتهای بدن حتی سیستم عصبی کاربرد دارد . این ماده بخوبی در بدن تحمل میشود هیچگونه عارضه نامطلوب در دیواره عروق ندارد تصاویر حاصله با دانسیته ایده ال تهیه می شود و بخصوص هیچگونه تاثیری در سیستم انعقادی ندارد، کاربرد این دارو مانند اولتراویست و ویزیپاک میباشد. و بطور گسترده ای در ازموتهای اروگرافی داخل وریدی بزرگسالان و اصفال ، انژیوگرافی محیطی با غلظتهای پایین ، آنژیوگرافی عروق بزرگ و آنورتوگرافی با غلظت بالا ۳۰۰ و ۵۰۰ دیجیتال سابتراکشن آنژیوگرافی با غلظتهای ۱۸۰ ۲۰۰ ، فلبوگرافی ، هیسترو ، ارتروومیلو با غلظتهای ۳۰۰ و بطور کلی تمامی آزمایشهای رادیولوژیکی و سی تی کاربرد دارد.</li> <li>• موارد منع مصرف و کاربردها و عوارض مشابه اولتراویست .</li> <li>• حساسیت به مواد حاجب</li> <li>• وقوع حساسیت نسبت به تزریق مواد حاجب می تواند در شروع تزریق ، بعد از گذشت مدتی کوتاه از تزریق و یا حتی با تاخیری حدود ۲۰ تا ۴۰ دقیقه ای صورت گیرد. در حال حاضر هیچ گونه راهی برای تست بیماران قبل از تزریق وجود ندارد . بیماران که سابقه ارژی دارند مانند بیماران آسمی اصولا بیشتر از کسانی که سابقه ارژی ندارند از خود حساسیت نشان می دهند ، لذا هیچ کس نمی تواند از بروز یا عدم بروز حساسیت نسبت به مواد حاجب مطمئن باشد. واکنش خفیف به مواد حاجب معمولا شایع می باشد اما حساسیت های شدید خوشبختانه نادر است.</li> <li>• اگر بیماری از قبل ازمون پرتونگاری با تزریق ماده حاجب انجام داده و از خود حساسیت نشان داده باشد ، باید نوع ماده حاجب مشخص شود و دوباره از ان دارو استفاده نشود ، چون در اغلب موارد اگر از ماده حاجب متفاوتی استفاده شود ، احتمال خطر کمتر خواهد بود ، در عین حال باید برای هر گونه عکس العملی آماده بود همچنین اگر بیمار در بار اول تزریق ماده حاجب حساسیتی نشان نداده نمی توان مطمئن بود که تزریق بعدی نیز با همان ماده بدون واکنش خواهد بود ، چه بسا ممکن است ، تزریق اول زمینه را برای واکنش بعدی ایجاد کند.</li> </ul>	
--	--



			ناظر بر عملکرد		
			مسئول فنی رادیولوژی		
			منابع		
تایید کننده			تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
جواد وحیدنیا	مسول سی تی اسکن	هوشمند مرادنجاتی		مترون	
دکتر سلاطی	مسئول فنی	تصویب کننده			
		سمت		نام و نام خانوادگی	
		ریاست بیمارستان		دکتر عارف عزیز زاده	

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>		
عنوان دستورالعمل: معیارهای پذیرش ورد نمونه کد دستورالعمل: EH-LB-WI-24 صفحه: ۶		تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
هدف	دیافت نمونه درست و صحیح	
دامنه دستورالعمل	پرسنل نمونه گیری و پذیرش و بخشهای ارجاع کننده آزمایش و بخشهای بالینی	
شرح اقدامات	<b>معیارهای قبول یا رد نمونه های بالینی در آزمایشگاه میکروب شناسی آنالیزادرار:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. ناکافی بودن نمونه (اگر نمونه نوزاد باشد حداقل ۱۰ (CC)</li> <li>۲. رعایت فاصله زمانی بین نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه (حداکثر تا ۲ ساعت)</li> <li>۳. آلوده بودن کیسه ادرار به مدفوع</li> <li>۴. ناخوانا بودن مشخصات بیمار</li> <li>۵. نشسته بودن نمونه از داخل ظرف</li> <li>۶. عدم رعایت شرایط نمونه گیری توسط بیمار</li> <li>۷. گرفتن نمونه در ظرف نامناسب</li> </ol> <p>( : , , , , CSF , Synovial , plural مایعات )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. رعایت فاصله زمانی بین نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه ( حداکثر تا ۳۰ دقیقه)</li> <li>۲. ناخوانا بودن مشخصات بیمار</li> </ol>	

۳. عدم رعایت شرایط نمونه گیری توسط بیمار

۴. گرفتن نمونه در ظرف نامناسب

#### کشت ادرار:

- ناخوانا بودن مشخصات بیمار
- در ظرف غیر استریل نمونه گرفته شده است
- فاصله زمانی بین نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه (حداکثر تا 1 ساعت)
- ناکافی بودن نمونه
- نمونه‌های ارزشمند، بایستی قبل از آغاز درمان ضد میکروبی گرفته شوند و اگر بیمار قبلاً تحت درمان بوده باید در صورت امکان درمان را متوقف نموده و نمونه برداری چند روز پس از توقف درمان صورت گیرد.

#### کشت خون:

۱. ناخوانا بودن مشخصات بیمار و تاریخ و نام بخش
۲. عدم رعایت شرایط نمونه گیری توسط پرسنل بخش یا نمونه گیر
۳. ناکافی بودن مقدار نمونه
۴. گرفتن نمونه در ظرف نامناسب
۵. نمونه ها باید قبل از شروع درمان آنتی بیوتیکی گرفته شوند.
۶. عدم رعایت شرایط استریل نمونه گیری مخصوص نمونه گیری کشت خون
۷. عدم استفاده از سرنگ جداگانه

#### کشت مایعات:

۱. ناخوانا بودن مشخصات بیمار و تاریخ و نام بخش
۲. عدم رعایت شرایط نمونه گیری توسط پرسنل بخش یا نمونه گیر
۳. گرفتن نمونه در ظرف نامناسب و غیر استریل
۴. رعایت فاصله زمانی بین نمونه گیری و ارسال آن به آزمایشگاه ( حداکثر تا ۳۰ دقیقه)

#### دستورالعمل رد نمونه : بخش بیوشیمی

در صورت رد نمونه به هر یک از دلایل زیر باید نمونه گیری مجدد انجام شود

- در زمانی که نمونه از بخش بیمارستانی یا سایر قسمتهای خارج از آزمایشگاه ارسال شده باشد در این صورت باید به بخش مربوطه برای نمونه گیری مجدد با برگه درخواست مجدد اطلاع داده شود.
- دلیل تکرار نمونه گیری باید به به پزشک مربوطه و بیمار توضیح داده شود.
- در مواردی که پزشک خواستار انجام آزمایش روی نمونه مذکور باشد، مشکل نمونه باید به صورت **Comment** در برگه گزارش نهایی ثبت شود.

#### دلایل رد نمونه :

۱. همولیز واضح : تمام آنزیمها ، آهن، سدیم، پتاسیم، کراتینین و گلوکز غیر قابل انجام هستند.

۲. مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم و سلولها : تمام آنزیمها ، گلوکز، سدیم، پتاسیم غیر قابل انجام هستند.

۳. آلودگی با الکل : سنجش الکل امکان پذیر نیست

۴. مجاورت با نور بیشتر از ۲ ساعت : بیلی روبین قابل بررسی نیست.

۵. کمتر از ۴ هفته از تزریق خون : آهن قابل بررسی نیست.

۶. کنترل سطح خونی داروها : کمتر از ۸ ساعت از مصرف دیگوکسین قابل اعتماد نیست.

۷. استفاده از آنتی بیوتیک ها قبل از ارسال نمونه کشت

#### جدول نمونه های غیر قابل پذیرش برای تستهای خاص در بیوشیمی

نمونه های غیر قابل پذیرش	تست
همولیز، مجاورت بیشتر از ۹۰ دقیقه سرم یا پلاسما با RBC	اسید فسفاتاز
سرم بدون پرکلرات به نسبت ۱:۱ نمونه های که روش ضد عفونی کردن ناحیه خونگیری استفاده از الکل است.	الکل
همولیز واضح، پلاسما، مجاورت بیش از ۳ ساعته سرم یا پلاسما با خونگیری	آلکالین فسفاتاز
پلاسما، همولیز واضح	آمیلاز
همولیز واضح، پلاسما، مجاورت با نور بیش از ۲ ساعت	بیلی روبین
نمونه های حاوی ACD	مایعات
همولیز واضح، لیپمی، پلاسما، مجاورت سرم با سلول بیش از ۲ ساعت	CPK

پلازما	کراتینین
سرم محتوی RBC	گلوکز
همولیز واضح، مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم با سلولها	هموگلوبین
همولیز، مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم با سلولها	آهن
لیپمی واضح	LDH
پلازما	کلسیم
همولیز واضح ، مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم با سلولها	SGOT
همولیز واضح ، مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم با سلولها	SGPT
همولیز، مجاورت بیش از ۲ ساعت سرم با سلولها، پلازما حاوی سدیم هپارین	سدیم و پتاسیم
پلازما	پروتئین توتال

#### دستورالعمل رد نمونه : بخش هماتولوژی

۱. در صورت رد نمونه به هر یک از دلایل زیر باید نمونه گیری مجدد انجام شود .
۲. در زمانی که نمونه از بخش بیمارستانی یا سایر قسمتهای خارج از آزمایشگاه ارسال شده باشد در این صورت باید به بخش مربوطه برای نمونه گیری مجدد با برگه درخواست مجدد اطلاع داده شود.
۳. دلیل تکرار نمونه گیری باید به پزشک مربوطه و بیمار توضیح داده شود.
۴. در مواردی که پزشک خواستار انجام آزمایش روی نمونه مذکور باشد، مشکل نمونه باید به صورت Comment در برگه گزارش نهایی ثبت شود

#### دلایل رد نمونه :

۱. شمارش سلولی :
  - وجود لخته در نمونه
  - نمونه های با عمر بیش از ۲۴ ساعت
  - آنتی کواگولان غیر از EDTA
۲. اسمیر :
  - اسمیرهای بسیار کوتاه
  - اسمیرهای بسیار بلند
  - شکستگی واضح سلولی
  - عدم توزیع یکسان لکوسیتها
- شکنندگی اسمزی
  - نمونه هایی که به سرعت گرفته و مورد بررسی قرار نگرفته باشند.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- شمارش پلاکت :</li> <li>• ضد انعقاد غیر از EDTA</li> <li>• عدم نمونه گیری و مخلوط نمودن صحیح</li> <li>• وجود لخته</li> <li>• زمان بیش از ۲۴ ساعت از نمونه گیری</li> <li>- شمارش رتیکولوسیت :</li> <li>• زمان بیش از ۲۴ ساعت از نمونه گیری</li> <li>- تست Sickling :</li> <li>• نمونه لخته</li> <li>• نمونه در بیماران با سن زیر ۶ ماه</li> <li>- مایعات بدن برای شمارش سلولی :</li> <li>• نمونه لخته</li> <li>• ACD به عنوان ضد انعقاد</li> </ul> <p><b>دستورالعمل رد نمونه : بخش میکروبیولوژی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- در صورت رد نمونه به هر یک از دلایل زیر باید نمونه گیری مجدد انجام شود .</li> <li>- در زمانی که نمونه از بخش بیمارستانی یا سایر قسمتهای خارج از آزمایشگاه ارسال شده باشد در این صورت باید به بخش مربوطه برای نمونه گیری مجدد با برگه درخواست مجدد اطلاع داده شود.</li> <li>- دلیل تکرار نمونه گیری باید به پزشک مربوطه و بیمار توضیح داده شود.</li> <li>- در مواردی که پزشک خواستار انجام آزمایش روی نمونه مذکور باشد، مشکل نمونه باید به صورت Comment در برگه گزارش نهایی ثبت شود</li> </ul> <p><b>دلایل رد نمونه :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلیه نمونه هایی که به روش مناسب گرفته نشده باشند، روش ارسال نامناسب باشد یا به وضوح Label گذاری نشده باشد باید رد شوند.</li> <li>• نمونه های حاوی فرمالین</li> <li>• محیطهای انتقال خشک شده</li> <li>• سوابهای خشک شده</li> <li>• نمونه های آلوده شده به باریم، رنگهای شیمیایی یا روغن</li> <li>• مغایرت Label روی نمونه و درخواست با هم یا با خود نمونه</li> <li>• نمونه فولی کاتتر</li> <li>• هر نمونه مایعی که آلودگی ظرف را نشان دهد یا دچار نشت شده باشد</li> <li>• نمونه های رنگ آمیزی شده به روش گرم بسیار ضخیم</li> <li>• نمونه تکراری قبل از ۲۴ ساعت از نمونه اول ( به جز کشت خون )</li> </ul>	
--	--

<p><b>- نمونه ادرار</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مشخص نبودن زمان نمونه گیری</li> <li>• ماندن بیش از ۲ ساعت نمونه در خارج از یخچال قبل از کشت</li> <li>• نتیجه کشت حاکی از آلودگی در هنگام نمونه گیری ( وجود چندین ارگانسیم و ...)</li> </ul> <p><b>- نمونه خلط</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بزاق به جای خلط</li> <li>• آلودگی واضح با مواد غذایی و محلولهای شستشو دهان</li> <li>• خلط خشک شده</li> <li>• نتیجه کشت حاکی از آلودگی در هنگام نمونه گیری ( وجود چندین ارگانسیم و ...)</li> <li>• در صورت عدم وجود شرایط لازم در نمونه بعد از رنگ آمیزی گرم. ( وجود بیش از ۱۰ سلول اپیتلیال در بزرگنمایی کم، در صورت وجود بیش از ۲۵ نوتروفیل در بزرگنمایی اندک، تا زیر ۲۵ سلول اپیتلیال قابل قبول است )</li> </ul> <p><b>- نمونه مدفوع</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نمونه خشک شده و یا حجم کم نمونه</li> </ul> <p><b>- کشت بی هوازی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عدم نمونه گیری و انتقال آن در شرایط بی هوازی</li> <li>• لیک هوا در داخل محیطهای انتقال</li> <li>• ماندن نمونه بیش از ۲۴ ساعت قبل از کشت</li> <li>• نمونه گیری از قسمتهای دارای فلور طبیعی بی هوازی</li> <li>• نمونه شستشوی معده ، ادرار ، مدفوع ( به جز درخواست کلستریدیوم دیفیسیل )، نمونه اوروفارنکس ( به جز نمونه های عمقی گرفته شده در حین عمل جراحی )، خلط، سواب ایلئوستومی یا کموستومی و نمونه های سطح پوست.</li> </ul> <p><b>* نکته :</b> در تمامی موارد رد نمونه میکروبیولوژیک باید با بخش یا پزشک مربوطه تماس گرفت و درخواست نمونه برداری جدید نمود. نمونه قبلی از پروسه کار خارج می شود و دلیل آن در کامپیوتر و در دفتر رد نمونه ها ثبت می گردد. در مورد نمونه خلط باید نتیجه بررسی اولیه گرم در صورت رد نمونه در دفتر ثبت شود.</p> <p>در صورت اصرار پزشک برای کار روی نمونه ارسالی باید توضیح مربوطه به صورت Comment در انتهای گزارش ارائه گردد.</p> <p><b>نمونه مدفوع برای ارزیابی انگل</b></p> <p>۱- در صورت عدم گذشت یک هفته از مصرف داروهای زیر:</p> <p>آهن، بیسموت، روغن های معدنی، متاموسیل</p> <p>۲- در صورت عدم گذشت سه هفته از مصرف داروهای زیر :</p> <p>باریوم، مواد استفاده شده در عکس برداری از کیسه صفرا، آنتی بیوتیک، ترکیبات یددار، داروهای ضد آمیبی، داروهای ضد مالاریا</p> <p><b>نمونه ادرار</b></p>	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• نمونه مانده در خارج از یخچال برای بیش از ۲ ساعت</li> <li>• نمونه کمتر از 10cc</li> <li>• ماده نگهدارنده نامناسب در ادرار ۲۴ ساعته</li> <li>• مشخص نبودن زمان نمونه گیری</li> </ul>			
مستول بخش		ناظر بر عملکرد	
مسیول منترل عفونت – اطلاعات دستگاه		منابع	
تصویب کنندگان		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مستول فنی آزمایشگاه	دکتر حافظی	سوپروایزر آزمایشگاه	مجیر ملکشاهی
تصویب کننده		مستول فنی آزمایشگاه	دکتر حافظی
سمت	نام و نام خانوادگی	مستول بهبود کیفیت	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		



<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه انجام و کنترل آزمایش های بخش بیوشیمی ادرار کد دستورالعمل: EH-LB-WI-25 صفحه: ۱ و ۲ و ۳ و ۴</p>
<p>هدف</p>	<p>انجام صحیح آزمایش کامل ادرار</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>واحد آزمایشگاه</p>
<p><b>۱- آزمایش آنالیز ادرار</b> <b>روش جمع آوری نمونه ادرار:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در مردان نمونه وسط ادرار (Mid-stream) گرفته می شود که بایستی در افراد ختنه نشده، پرپوس قبل از نمونه گیری عقب کشیده شده و گلاز با یک محلول آنتی سپتیک تمیز شده و با ظرف دهانه گشاد از وسط ادرار نمونه تهیه شود. این روش مانع آلودگی ادرار با میکروارگانیسم های پوست و مجرا می گردد.</li> <li>• در خانم ها گرفتن نمونه وسط ادرار مشکل تر است. خانم ها بایستی ولو را با محلول آنتی سپتیک تمیز کرده و در حالی که لایها را از هم جدا کرده اند نمونه وسط ادرار را در ظرف بریزند.</li> <li>• در نوزادان و کودکانی که هنوز قادر به دستشویی رفتن نیستند، یک روش معمول چسباندن یک کیسه ی مخصوص به ناحیه ی تناسلی است.</li> <li>• بهترین روش نمونه گیری استریل در این موارد اسپراسیون سوپرا پوویک می باشد. در این روش ناحیه ی سوپرا پوویک، ۲-۱ سانتی متر بالای استخوان پوویس، پس از شستشو با محلول آنتی سپتیک با یک سرنگ با سوزن ظریف به طور عمودی وارد مثانه شده و نمونه تهیه می گردد. در کشت ادرار به این روش نمونه گیری هر تعداد میکروارگانیسم گرم منفی عفونت در نظر گرفته می شود.</li> <li>• تمام نمونه ها بایستی در عرض یک ساعت آزمایش شوند. اگر این کار امکان پذیر نباشد، باید، در ۵ درجه سانتی گراد در یخچال نگهداری شوند. باقی ماندن ادرار در درجه ی حرارت اتاق منجر به رشد باکتری، تغییر (PH)، تخریب کست های RBC و WBC می شود.</li> <li>• ارزیابی نمونه: قبل از انجام هر آزمایش می بایست نمونه را از لحاظ قابل قبول بودن بررسی نمود. ملاحظات این مرحله عبارتند از: برچسب صحیح، نمونه صحیح جهت آزمایش در خواستی، ماده نگهدارنده مناسب، علائم قابل رویت آلودگی و هر گونه تاخیر در آوردن نمونه</li> <li>• تجزیه ادراری روتین شامل ۲ بخش اصلی می باشد: الف) تعیین ویژگی های فیزیکی و شیمیایی (وضعیت ظاهری، وزن مخصوص و نتایج حاصل از نوار ادراری)، ب) آزمایش رسوب ادراری با میکروسکوپ زمینه روشن جهت تأیید هماچوری، قالب های ادراری (سیلندر وی) و کریستالوری ظرف حاوی نمونه ادرار را مخلوط کرده تا یکنواخت شود و سپس حدود ۱۵-۱۰</li> </ul>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>



سی سی از آن را در یک لوله آزمایش ۱۰۰×۱۶ تمیز و شفاف بریزید.

نمونه ادرار را از نظر رنگ و ظاهر بررسی کرده و گزارش می کنیم.

Color	
Color less	بی رنگ
Light yellow	زرد کم رنگ
Yellow	زرد
Dark yellow	زرد پررنگ
Orange	نارنجی
Yellow - green	زرد مایل به سبز
Yellow- brown	زرد مایل به قهوه ای
Brown-black	قهوه ای مایل به سیاه
Blue-green	آبی مایل به سبز
red	قرمز

Appearance	
Clear	شفاف
Semi Clear	نیمه شفاف
Hazy	مه آلود
Cloudy	ابری
Semi Turbid	نیمه کدر
<b>Turbid</b>	کدر

نوار ادرار را بطوریکه روی آن با دست تماس پیدا نکند از قوطی آن خارج کرده و درب قوطی را مجدداً ببندید. نوار ادرار را در لوله آزمایش حاوی ادرار فرو برده و چند ثانیه صبر کنید. دقت کنید تمام قسمتهای نوار که دارای اندیکاتورهای مختلف می باشند آغشته به ادرار شوند. ادرار اضافی موجود بر روی نوار ادرار را با لبه لوله آزمایش یا کاغذ صافی پاک کنید. بعد از گذشت حدود ۱ دقیقه (مطابق با دستورالعمل شرکت سازنده نوار ادرار) قسمتهای مختلف نوار ادرار را از نظر تغییر رنگ بررسی کرده و نتایج مشاهده شده را گزارش نمایید.

اندازه گیری وزن مخصوص توسط رفاکتومتر:

۱- ابتدا رفاکتومتر را بصورت افقی در دست گرفته، درپوش آن را برداشته، یک قطره آب مقطر روی آن ریخته و درپوش را روی آن بگذارید.

۲- رفاکتومتر را به سمت منبع نور گرفته و از عدسی چشمی به آن نگاه کنید. در صورت لزوم برای تنظیم چشم با شماره ها، عدسی چشمی را چرخانده تا واضح ترین دید به دست آید.

۳- سپس با پیچ تنظیم روی بدنه، رفاکتومتر را روی صفر تنظیم کنید.

۴- آب را از روی منشور پاک کرده یک قطره ادرار روی منشور قرار داده و وزن مخصوص را قرائت کنید.

۵- برای هر نمونه دو بار وزن مخصوص را انجام دهید.

۶- بعد از هر تست منشور و درپوش را تمیز کنید.

\* در صورتی که وزن مخصوص بیش از ۱,۰۳۵ خوانده شد، رقت تهیه کرده و قسمت اعشاری وزن مخصوص را در ضرب رقت ضرب کنید.

بررسی میکروسکوپی ادرار:

۱- حدود ۱۵-۱۰ سی سی ادرار را در یک لوله آزمایش ۱۰۰×۱۶ تمیز ریخته و با دور ۲۵۰۰ به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ کنید.

۲- مایع رویی را خالی کرده و اجازه دهید حدود ۰,۵ الی ۱ سی سی از ادرار در ته لوله باقی بماند.

۳- رسوب ایجاد شده را به آرامی مخلوط و یکنواخت کرده و یک قطره از آن را روی لام برده و یک لامل بر روی آن قرار دهید.

۴- ابتدا با عدسی ۱۰ لام را از لحاظ ترکیب کلی و وجود سیلندر ها بررسی کنید. سیلندر ها معمولاً در کنار لامل دیده می شوند.

۵- سپس با عدسی ۴۰ لام را از نظر وجود گلبولهای سفید، قرمز، اپی تلیال و سایر موارد بررسی کنید.


۲- آنالیز ادرار ۲۴ ساعته

دستورالعمل (روش کار):

نمونه: نمونه ادرار جمع آوری شده در ۲۴ ساعت در ظرف مخصوص

بعد از زدن درخواست کامپیوتری از طرف بخش و پذیرش بیماران سرپایی ظرف ادرار ۲۴ ساعته که ظرف نو و دارای برچسب مشخصات بیمار و برچسب راهنمای جمع آوری ادرار است به مراجعه کننده داده میشود. سپس این ظرف از ۸ صبح یک روز تا ۸ صبح روز بعد پر میشود و به بخش تحویل داده میشود. اگر این نمونه فقط درخواست پروتئین ادرار داشته باشد یک نمونه بصورت مستقیم تحویل مسئول بیوشیمی داده میشود و پروتئین آن به روش دستی با کیت مخصوص اندازه

<p>گیری پروتئین ادرار اندازه گیری می شود. اگر کراتینین نیز بجز پروتئین داشته باشد باید به میزان یک به ۲۰ با آب مقطر رقیق شود و بعد تست مورد نظر با استفاده از دستگاه اتوانالایزر انجام شود و پس از محاسبه وارد درخواست کامپیوتری شده و ارسال گردد.</p> <p>در ضمن در روی این ظرف مخصوص تا ۲ لیتر در جه بندی شده که حجم آنرا از روی همان درجه بندی محاسبه میکنیم.</p> <p>محدودیت ها و عوامل مداخله گر در آزمایش:</p> <p>- جمع آوری نا کامل ادرار جواب را بصورت کاذب پائین نشان می دهد .</p> <p>- ریختن ادرار هم باعث خطا در جواب می شود.</p>			
ناظر بر عملکرد	سوپروایزر آزمایشگاه		
منابع	جزوه مرجع سلامت		
تهیه کنندگان			
تایید کننده			
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه	دکتر حافظی	مسئول فنی
دکتر حافظی	مسئول فنی	تصویب کننده	
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان

	
<p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام</p> <p>مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p>	
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش های بخش هورمون	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳
کد دستورالعمل: EH-LB-WI-26	تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳
صفحه: ۱ و ۲	شماره ویرایش: ۱۱
هدف	انجام صحیح آزمایشات هورمون
دامنه دستورالعمل	واحد آزمایشگاه
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	<p>۱. نمونه های سرم بیماران بصورت گروهی و روزانه از بخش بیوشیمی همراه با لیست مربوطه تحویل گرفته می شوند. وجود یا عدم وجود هر یک از نمونه ها و مطابقت دادن با لیست و بیگیری علت عدم وجود آنها چک و پس از بیگیری های لازم، سرم بیماران در فریزر تا روز تعیین شده جهت انجام تست مطابق برنامه بذیرش نگهداری می شوند. در ضمن مورد عدم انطباق به همراه اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن در دفتر نامنطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت می شود. قبل از شروع کار، چک کردن دمای محیط صورت می گیرد که حتما باید ۲۵-۱۸ درجه سانتی گراد باشد. یک ساعت قبل از شروع به کار کیت ها را به دمای اتاق می رسانیم.</p>

<p>تمام نمونه های مربوط به تست هایی که باید در آن روز انجام شود از فریزر خارج شده و به دمای محیط رسانیده می شوند. چیدن و مرتب کردن آنها براساس شماره انجام شده و در دفتر کار بخش هورمون شناسی ثبت می گردد.</p> <p>۲. نمونه ها از لحاظ داشتن فیبرین و یا همولیز یا لیپمیک بودن بررسی می شوند و نمونه هایی که دارای این خاصیت می باشند رد شده و به سوپروایزر جهت انجام هماهنگی های لازم اطلاع داده می شوند، در ضمن این مورد نیز به همراه اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن در دفتر نامنطبق، اصلاحی و بیشگیرانه ثبت می گردد.</p> <p>۳. آزمایشات بر طبق بروشور کیت و دفترچه SOP تست های بخش الایزا همراه با رعایت کلیه اصول ایمنی انجام می پذیرند. برای انجام کار با دستگاه های بخش الایزا طبق اصول مندرج دستورالعمل دستگاه که در کنار دستگاه موجود می باشد و دفترچه راهنمای SOP دستگاه های آزمایشگاه عمل می کنیم و در صورت بروز هرگونه نقص فنی در سیستم با مهندس دستگاه جهت برطرف شدن مورد تماس گرفته و هماهنگ می کنیم.</p> <p>۴. پس از بدست آوردن نتایج، کنترل را در برنامه آمار وارد کرده تا اگر خطا از حد مجاز بیشتر شد یا با قوانین وستگارد مطابقت نداشت با بررسی تمامی عواملی که می تواند خطا ایجاد کند و رفع آنها ران کاری را تکرار می نماییم و در ضمن مورد را به همراه اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن در دفتر اصلاحی نامنطبق، اصلاحی و بیشگیرانه ثبت نماییم. بعد از تایید ران کاری از نظر برنامه آمار و کنترل کیفی نتایج را وارد کامپیوتر می کنیم. نمونه های انجام شده را در فریزر برای مدت یک ماه ذخیره می کنیم.</p> <p>۵. در مورد تست هایی که به هر دلیل از جمله: همولیز، لیپمیک، عدم همخوانی جواب تست با سابقه بیمار، ریختن نمونه و.... نیاز به تکرار نمونه گیری دارند، مورد ابتدا باید در دفتر ثبت تکراری ها یاد داشت و با سوپر وایزر جهت تکرار نمونه گیری هماهنگی صورت گیرد.</p> <p>۶. در صورت هرگونه تغییر در نرمال رنج ها مورد سریعا به بخش جوابدهی گزارش داده شود</p>			
ناظر بر عملکرد	مسئول آزمایشگاه		
منابع	جزوه مرجع سلامت، کیت جامع تجهیزات و فرآورده های آزمایشگاهی - گرد آوری و تدوین دکتر حمیدرضا شفا و دکتر محسن سروش کتاب جامع تک یاخته های پزشکی - دکتر محمد جواد غروی - چاپ چهارم - ۱۳۹۰		
تهیه کنندگان		تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه	دکتر حافظی	مسئول فنی
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	تصویب کننده	
		نام و نام خانوادگی	سمت
		دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشات انگل شناسی کد دستورالعمل: EH-LB-WI-27 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>اطمینان از روش صحیح تشخیصی خون مخفی و انگل در مدفوع</p>	<p>هدف</p>
<p>واحد آزمایشگاه</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>آزمایش کامل مدفوع (Stool Exam)</p> <p>۱. دستورالعمل (روش کار): روش کلی بدین صورت است که ابتدا نمونه مدفوع از نظر ظاهری و ماکروسکوپی بررسی شده و مشخصات آن در دفتر مربوطه یادداشت می گردد. مشخصات ظاهری مدفوع شامل رنگ آن که : قهوه ای ، زرد، سیاه ، سبز، بی رنگ و..... می باشد. قوام مدفوع شامل: طبیعی (Normal) ، شل (Loose) ، سفت (formed) ، نرم (Soft).</p> <p>۲. یک آبسلانگ برداشته آنرا می شکنیم و از قسمت شکسته شده از نمونه مدفوع (در زیر هود) برداشته کرده روی لام یک قطره سرم فیزیولوژی/لوگل ریخته و یک سوسپانسیون یکنواخت ( که نه خیلی غلیظ باشد و نه خیلی رقیق ) از نمونه مدفوع تهیه می کنیم . سپس با عدسی ۱۰* و ۴۰* بررسی میکروسکوپی می نماییم. در بررسی، ضمن روش Scaning یعنی بررسی زیگزاکی و بالا و پائین ، بهتر است کناره های لامل نیز بررسی گردد زیرا تخم های انگل بدلیل سنگینی آن بعد از گذاشتن لامل به کناره های لامل هدایت می شوند. عدسی ۱۰* برای گزارش تخم انگل های پر سلولی و درشت و عدسی ۴۰* برای بررسی تک یاخته ها و RBC و WBC و Yeaste بکار می رود .</p> <p>۳. قابل توجه اینکه RBC و WBC بر حسب تعداد گزارش می گردد و Yeast بر حسب معیار Many/ moderate/Few گزارش می شود . تخم های انگل اگر دیده شد اسم کامل آن گزارش شده و اگر دیده نشد بصورت Not seen گزارش می گردد.</p> <p>۴. ضمن اینکه در گزارش آنتامباکلی و بلا ستوسیسیتیس هومینیس ضمن گزارش انگل بهتر است مقدار آن بصورت Many/ moderate/Few گزارش گردد.</p> <p>۵. اقدامات وابسته: مواردی که قبل از انجام آزمایش باید بدان توجه شود شامل موارد زیر است :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بر چسب صحیح نمونه: که مفصلاً در S.O.P. آزمایش کامل ادرار بدان اشاره</li> </ul>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<p>شد .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● مقدار نمونه : باید به اندازه کافی باشد تا بتوان با آن آزمایش انجام شود ( حداقل چند گرم )</li> <li>● اگر هم زمان آزمایش های دیگر باید روی آن انجام شود بهتر است اول کشت مدفوع در اولویت باشد .</li> <li>● در مورد نمونه های خیلی شل و خیلی سفت باید به خوبی و به اندازه کافی برداشته شده و ضمن سوسپانسیون یکنواخت از آنها تهیه گردد .</li> </ul> <p>۶ کنترل کیفی : محلول های لوگل و سرم فیزیولوژی بصورت ماهیانه ( بعد از سانتیفریژ) رسوب آن بررسی می شود تا عاری از هرگونه ارگانسیم و مواد خارجی باشد . ضمناً لوگل به رنگ چای پر رنگ است در صورت کم رنگ شدن باید دورریخته شود. محلول سرم فیزیولوژی باید شفاف باشد.</p> <p>۷. برای انجام آزمایش تشخیص خون مخفی در مدفوع (Occult Blood) محلول بافر اضافه نموده و مخلوط نمایید و رنگ ایجاد شده را تا یک دقیقه مشاهده و گزارش نمایید. در صورت وجود خون رنگ بنفش تولید می شود.</p> <p>۸ یادآوری مهم: اگر رنگ ایجاد شده از آبی به زرد تبدیل شود ( بدلیل خون زیاد در مدفوع) می توانید یک تا سه قطره معرف رنگزا اضافه نموده و سپس شدت رنگ را گزارش نمایید.</p> <p>۹. کنترل کیفی :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● منفی: بر روی لام مقوایی یک قطره رنگزا و یک قطره بافر بافرزاید که نباید رنگی ایجاد شود.</li> <li>● مثبت: به ۱۰ سی سی آب مقطر ۵ لاند خون اضافه کنید و آنرا نمونه یک مثبت فرض کنید</li> </ul>	
ناظر بر عملکرد	مسئول آزمایشگاه
منابع	جزوه مرجع سلامت
تهیه کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه
دکتر حافظی	مسئول فنی
تصویب کننده	
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود
نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه انجام و کنترل کیفی آزمایش های میکروب شناسی کد دستورالعمل: EH-LB-WI-28 صفحه: ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵</p>
<p>انجام صحیح و رسیدن به نتایج صحیح در آزمایش های میکروب شناسی</p>	<p>هدف</p>
<p>واحد آزمایشگاه</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>۱. فرایند انجام کشت: تمامی نمونه های ارسالی به بخش میکروبی شناسی باید دارای درخواست کامپیوتری از بخش مربوطه و تاریخ درخواست به روز باشد. بعد از بررسی درخواست کامپیوتری نمونه ، نمونه از نظر دارا بودن شرایط انجام، بررسی می گردد انجام کشت ها توسط پرسنل فنی آزمایشگاه ، کاردان ، کارشناس و کارشناس ارشد انجام می گیرد. ۲. بعد از انجام کشت در پلیت ها (بسته به نوع نمونه) آنها را در انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد قرار داده و ر بعد از ۲۴ یا ۴۸ ساعت توسط پرسنل فنی بخش بررسی می گردند • مثال: نمونه ادرار ارسالی جهت کشت ادرار و آنالیز ابتدا به بخش میکروبی شناسی ارسال می شود و بعد از انجام کشت به بخش آنالیز ادرار انتقال یابد بطوریکه اگر ابتدا از نمونه مورد نظر U/A انجام شود نمونه ادرار دیگر غیر استریل است و غیر قابل کشت میباشد و باید نمونه جدیدی از بیمار به بخش میکروبی شناسی ارسال گردد ۳. محیط های کشت جهت جداسازی و افتراق میکروبهای پاتوژن در نمونه های بیماران بکار میرود . ۴. تهیه محیط های کشت توسط پرسنل بخش میکروبی شناسی که واجد صلاحیت علمی و تجربی هستند صورت می گیرد . • نمونه: پودر بلاگ آگار پایه ، این پودر جهت کشت تمامی نمونه های ارسالی ، بخش میکروبی شناسی استفاده می شود . به این صورت که مقدار ۴۰ گرم پودر در یک لیتر آب مقطر استریل ریخته شده و بعد از حل شدن تمامی پودر در داخل آب مقطر و حرارت دادن آن و رساندن محلول به درجه اشباع ، آنرا در اتو کلاو به مدت ۱۵ دقیقه در حرارت مرطوب ۱۲۱ درجه سانتیگراد و فشار ۱ اتمسفر قرار می دهیم و سپس بعد از خارج کردن آن از اتو کلاو و رسیدن حرارت محلول به حدود ۳۵ درجه سانتیگراد مقدار ۵٪ خون گوسفندی به آن اضافه کرده و با آرامی مخلوط می کنیم و بعد از مخلوط شدن بطور کامل آنرا داخل پلیت های مناسب ۸ سانتی و ۱۰ سانتی ریخته و می گذاریم خنک شود ، همین عمل را در مورد ساخت Chocolate agar نیز انجام می دهیم منتهی درجه حرارت مناسب برای اضافه کردن خون</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

گوسفندی حدود ۷۰ درجه سانتیگراد است که بهتر است در بن ماری ۷۰ درجه سانتیگراد این عمل انجام شود.

۵. در تهیه محیط های مولر هینتون آگار - مکانکی آگار Dnase agar و سایر محیطها ی جامد مقدار پودر مناسب بر حسب گرم را در آب مقطر ریخته و بعد از انجام مراحل فوق و بعد از سرد شدن در پلیت ها یا لوله های استریل میریزیم درمورد محیط های لوله ای همچون قند ها مثل گلوکز، مالتوز،..... و اسید آمینه ها مثل آرا بینوز و رافینوز و رامنوز و .....

۶. مقدار مناسبی از محلول قند پایه را آماده کرده (۱۵ گرم در یک لیتر آب مقطر) و آن را اتو کلاو می کنیم ( ۱۲۱ درجه سانتیگراد به مدت ۱۵ دقیقه) به همراه این عمل لوله های در پوشدار مشکی تمیز را جداسازی کرده و استریل می کنیم و سپس به ازاء هر ۱۰۰ سی سی محلول یک گرم پودر قند به آن اضافه می نمایم و محلول را از صافی مخصوص میکروشناسی عبور می دهیم و حدود ۳ سی سی به هر کدام از لوله های استریل می ریزیم . محدودیت ها و عوامل مداخله گر :

- زیاد بودن یا کم بودن وزن پودر محیط کشت
  - کثیف بودن ظرف حاوی آب مقطر
  - کثیف بودن لوله در پوشدار مشکی
  - آلوده شدن محیط در هنگام ریختن آنها در پلیت ها و لوله ها
  - آلوده بودن پلیت های یکبار مصرف
۷. تفسیر ( علل تکرار ) :

- اتمام تاریخ مصرف پودر ها ی محیط سازی
  - خرابی ترازو
  - آلودگی محیط ها و محلول ها بعد از تهیه شدن
۸. روش انجام کشت ها :

• کشت ادرار : ابتدا نمونه ادرار بیمار را خوب بهم میزنیم و سپس لوپ استاندارد مخصوص ادرار را بعد از استریل نمودن و خنک شدن در کنار شعله بطور عمود درون ادرار فرو می بریم و پس از خارج نمودن از ظرف ادرار اطمینان حاصل میکنیم که مقدار استاندارد توسط لوپ برداشت شده است سپس آنرا درون محیط مکانکی آگا رکرده و بطور یک خط عمودی تا پایین پلیت می کشیم سپس از بالا بصورت زیگزاگ تا پایین میکشیم مجدداً برای بار دوم لوپ را بطور عمود داخل ادرار فرو کرده و مقدار استاندارد را برداشت میکنیم و درون محیط B.A مینمایم و مطابق با روش ذکر شده در بالا آنرا کشت میدهیم و سپس پلیت ها را بمدت ۲۴ ساعت در انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد قرار میدهیم .

• کشت مایعات بدن: روش انجام کشت مایعات :  
با سرنگ ۲۰ سی سی که قبلاً آغشته به هپارین استریل شده باشد در بالین بیمار :  
الف: ۵ سی سی مایع وارد بطری کشت خون هوازی نموده  
ب: ۵ سی سی مایع وارد بطری کشت خون بی هوازی نموده  
۹. شیشه های ارسالی در انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد بمدت ۲۴ ساعت قرار داده شده بعد از ۲۴ ساعت به محیط جامد مورد نظر: B.A و Cho-A و Mac.A و B.A بی هوازی کشت داده



میوشد در صورت مثبت بودن روی آن کار می شود و در صورت منفی بودن مجدداً روی محیط های جدید Sub culture می شود .

۱۰. برای اسمیر نیز ۵ سی سی مایع در داخل لوله های استریل به بخش میکروشناسی ارسال می گردد که این لوله ها را در سانتریفوژ با دور ۳۰۰۰ به مدت ۱۵ دقیقه قرار داده و بعد از زمان مورد نظر مایع روئی ( Supernatant ) را داخل یک لوله استریل دیگر ریخته و نگهداری می کنیم و رسوب را با مقدار حدود ۰/۵ سی سی مایع روئی مخلوط کرده و دو عدد لام برای رنگ آمیزی گرم و بلودو متیلن تهیه می نمائیم و نمونه مایع باقیمانده را بمدت یک هفته در یخچال نگهداری می کنیم

۱۱. انجام کشت مایعات توسط پرسنل فنی بخش میکروشناسی انجام میگردد .

۱۲. روش انجام کشت خلط : قبل از انجام کشت خلط لازم است حتماً بوسیله لوپ استریل از قسمتهای چرکی یک اسمیر تهیه گردد و سریعاً رنگ آمیزی گرم انجام شود و در صورتیکه شرایط زیر موجود بود کشت انجام شود در غیر اینصورت به بخش اطلاع داده شود که نمونه بعلت آغشته شدن به ترشحات بزاق جهت کشت مناسب نمی باشد و تکرار شود.

• شرایط مناسب جهت کشت :

• وجود بیش از ۲۵ سلول نوتروفیل و کمتر از ۲۵ سلول اپی تلیال در هر فیلد (Fild) میکروسکوپی با قدرت ۱۰ شیئی

• در صورتیکه تعداد سلولهای نوتروفیل کمتر از ۲۵ عدد در هر فیلد میکروسکوپی باشد باید تعداد سلولهای اپی تلیال در هر فیلد میکروسکوپی با قدرت ۱۰ شیئی کمتر از ۱۰ باشد .

• جهت کشت برای ارگانیسم های میکوپلازما و پنومونیه ، لژیونلاد و میکوباکتریومها نیاز به رعایت موارد بالا نمی باشد .

• چنانچه نمونه خلط مناسب بود در محیط های بلاد آگار - شکلات آگار - مکانکی آگار - کشت میدهیم . جهت خلط نیاز به کشت بی هوازی نمی باشد بهتر است در نمونه های خلط ساکشن شده از بیماران ( غنی شده ) نیز استفاده گردد..

• ۳-۳- صلاحیت و شایستگی : انجام کشت خلط توسط پرسنل فنی میکروشناسی انجام می گیرد .

۱۳. کشت مدفوع: روش انجام کشت مدفوع :

• پس از تماس سواپ با مدفوع بیمار، آنرا بدرون محیط های مکانکی آگار ، S.S آگار ببرید و سپس سواپ را درون محیط سلینت F قرار دهید .

• توسط یک لوپ استریل مقدار مدفوع درون محیط مکانکی و S.S آگار را ایزوله نمائید و محیط ها را درون انکوباتور ۳۷ درجه قرار دهید .

• بعد از مدت ۶-۴ ساعت از نمونه سلینت F بیمار روی محیط های جدید مکانکی و S.S آگار ببرید تا فردای همانروز از نظر میکروبهای پاتوژن روده ای بررسی شود.

• روی پلیت ها نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ و ساعت انجام نوشته شود . روی دفتر مخصوص کشت مدفوع نام و نام خانوادگی بیمار - نام بخش، تاریخ ، ساعت انجام کار و نام انجام دهنده نوشته شود .

• چنانچه نمونه مدفوع بیمار آبکی بود حتماً یک عدد لام جهت رنگ آمیزی تهیه شود

• انجام کشت مدفوع توسط پرسنل فنی میکروشناسی انجام میگردد .

#### ۱۴. روش انجام کشت زخم

- نمونه های کشت زخم عمدتاً بصورت سواب در داخل لوله های استریل حاوی ۰/۵ سی سی سرم فیزیولوژی به آزمایشگاه ارسال می گردد ابتدا کنار شعله سواب آغشته به نمونه بیمار را از لوله خارج کرده و توسط آن محیط های بلاد آگار ، مکانکی آگار ، شکلات آگار را آغشته کرده و آنرا درون محیط تایوگلیکولات می بریم .
- در صورت درخواست اسمیر حتماً باید یک سواب جداگانه به آزمایشگاه ارسال شود ، اگر نمونه ارسالی در داخل لوله بدون سواب بود میتوان از یک سواب استریل یا آنسدوپلاتین برای برداشت نمونه لطفاً روی پلیت ها نام ونام خانوادگی بیمار ( یا شماره بیمار ) تاریخ ، زمان انجام آزمایش نوشته شود.
- لطفاً روی دفتر مخصوص کشت زخم و ترشحات نام ونام خانوادگی بیمار – بخش وتاریخ و ساعت انجام آزمایش و نام انجام دهنده نوشته شود.
- انجام کشت زخم و ترشحات توسط پرسنل فنی بخش میکروشناسی انجام میشود .

#### ۱۵. روش انجام کشت حلق و بینی – گوش

- نمونه های ترشحات بینی ، حلق و گوش عمدتاً بصورت سواب در داخل لوله های استریل حاوی ۰/۵ سی سی سرم فیزیولوژی به آزمایشگاه میکروشناسی ارسال میگردد .
- ابتدا در کنار شعله سواب آغشته به ترشحات بیمار را از لوله خارج کرده و توسط آن « محیط بلاد آگار – شکلات آگار و مکانکی آگار را آغشته میکنیم سپس توسط آنسدوپلاتین استریل محیط های آغشته را ایزوله میکنیم .
- معمولاً نمونه گیری از حلق توسط پرسنل فنی بخش میکروشناسی در بخش انجام میگردد .
- لطفاً روی پلیت، نام و نام خانوادگی یا شماره بیمار ،تاریخ و زمان انجام آزمایش نوشته شود
- داخل دفتر مخصوص کشت زخم و مایعات بدن ، نام ونام خانوادگی بیمار و نام بخش – تاریخ ساعت انجام آزمایش و نام انجام دهنده نوشته می شود.

#### ۱۶. نحوه انجام کشت خون

- انجام کشت خونهای (هوازی ) ۲۴ ساعته ، ۴۸ ساعته ، ۷روزه و در پایان ماه از طریق چشمی بررسی و چنانچه مشکوک بودید شیشه مشکوک کشت داده شود .
- انجام کشت خونهای اندوکاردیت ۲۴ ساعته ، ۴۸ ساعته ، ۷روزه و ۲۱ نروزه و در پایان ماه از طریق چشمی بررسی چنانچه مشکوک بودید کشت داده شود .
- انجام کشت خونها از نظر بروسلوز ، در طی ۲۱ روز هر ۲ الی ۳ روزه یکبار باید شیشه کشت خون کاستاندا به آرامی Shake شود طوریکه مایع حداقل یک بار روی محیط جامد را آغشته نماید سپس آنرا بطور عمودی قرارداده و ۲۴ ساعت بعد آنرا بررسی مینمائیم
- انجام کشت خونهای بی هوازی : نیاز به انجام کشت نمی باشد ولی از نظر چشمی روزانه بررسی می شود اگر مشکوک بودیم لام می گیریم و بر اساس نوع میکروب روی محیط های مناسب کشت داده می شود .بهتر است بعد از ۷۲ ساعت و یک



<p>هفته آنرا کشت دهیم .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• نکته : تمامی شیشه های کشت خون بمدت یک ماه در انکوباتور ۳۷ درجه سانتی گراد نگهداری می شوند و بعد از یک ماه از نظر چشمی بررسی می گردند و اگر مشکوک بودیم مجدداً روی محیط های جامد کشت داده می شود در غیر اینصورت معدوم می گردد.</li> <li>• جواب کشت خون های هوازی بعد از ۴۸ و ۷۲ ساعت و یک هفته گزارش می شود .</li> <li>• جواب کشت خون های بی هوازی بعد از ۷۲ ساعت و یک هفته گزارش می شود .</li> <li>• جواب کشت خون های هوازی و بی هوازی مربوط به بیماران سرپایی بعد از ۷۲ ساعت و یک هفته گزارش می شود</li> <li>• انجام کشت خون توسط پرسنل فنی بخش میکروبیشناسی انجام می گیرد</li> </ul> <p>۱۷. محدودیت ها و عوامل مداخله گر :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آلوده بودن شیشه های کشت خون</li> <li>• عدم انجام کشت روی محیط های مناسب</li> <li>• آلوده بودن سطح شیشه های کشت وعدم استریل آن</li> <li>• آلوده بودن محیط های کشت</li> </ul>		
<p>مسئول آزمایشگاه</p>		<p>ناظر بر عملکرد</p>
<p>Henry جزوه مرجع سلامت-۱- کتاب -۲- کتاب Bailey &amp;scott's</p>		<p>منابع</p>
<p>تهیه کنندگان</p>		
<p>تایید کننده</p>		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه	دکتر حافظی
دکتر حافظی	مسئول فنی	تصویب کننده
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	نام و نام خانوادگی
		سمت
		ریاست بیمارستان
		دکتر عارف عزیززاده



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت در بخش هورمون شناسی کد دستورالعمل: EH-LB-WI-29 صفحه: ۲</p>
<p>اطمینان از نتایج حاصله</p>	<p>هدف</p>
<p>واحد آزمایشگاه</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- استفاده از کالیبراتور معتبر کیت مصرفی</li> <li>۲- استفاده از سرم کنترل معتبر</li> <li>۳- تفسیر نتایج با استفاده از منحنی <i>wey jening</i> بر اساس قوانین <i>westgarde</i></li> <li>۴- رقیق سازی سرم در موارد غیر خطی بودن نتایج طبق دستورالعمل مندرج در کیت و یا بالاتر از مقدار بالاترین استاندارد و مرجع در کیت باشد</li> <li>۵- حصول اطمینان از عدم الودگی نگهدارنده به خصوص در مواقعی که مواد مصرفی کیت در حال اتمام می باشد</li> <li>۶- مطابقت نتایج با یک آزمایشگاه مرجع</li> <li>۷- شرکت در برنامه ارزیابی کنترل کیفی</li> </ol> <p>مراحل قبل و شروع و پایان کار در بخش هورمون شناسی</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱- قبل از شروع کار باید لیست کار (<i>work list</i>) را آماده نمود</li> <li>۲- کیت های مربوطه را قبل از شروع کار از یخچال خارج نموده تا زمان انجام تست به دمای اتاق برسند</li> <li>۳- سرم ها را نیز قبل از شروع کار از یخچال یا فریزر خارج نموده تا زمان انجام تست به دمای اتاق مانند کیت های مربوطه برسند</li> <li>۴- همیشه در هنگام کار باید از دست کش استفاده نمود</li> <li>۵- حتما از سر سمپلر نو استفاده گردد</li> <li>۶- سمپلرهای مربوطه نیز باید چک واز لحاظ کنترل کیفی مورد تایید باشند</li> <li>۷- زمان انکوباسیون و مقادیر و شستشوها و رقت های مورد نیاز دقیقا مانند بروشور کیت باشند</li> <li>۸- جهت هر تست فقط از محلول شستشوی همان کیت استفاده گردد</li> <li>۹- در هر ران کاری در تست های کیفی (<i>cut off</i>) از کنترل مثبت و منفی هر دو استفاده گردد</li> <li>۱۰- در هر ران کاری در تست های کمی ، تمامی استانداردها را گذاشته و در صورت عدم امکان ، طوری انتخاب شوند که محدوده بالا و پایین و نرمال را پوشش دهند که حداقل ۳ استاندارد ضروری است</li> <li>۱۱- هرگونه کونژوگه و سوبسترای کیت های مختلف، حتی با یک <i>lot no</i> را با هم مخلوط ننموده و بجای هم استفاده نکنید</li> <li>۱۲- پس از اتمام کار با کیت ها بلافاصله کیت ها را در یخچال مربوطه قرار دهید</li> <li>۱۳- پس از پایان کار محل کار با وایتکس ضد عفونی شود</li> </ol>	

۱۴- در اتاق محل کار از خوردن و آشامیدن و سیگار کشیدن پرهیزید ۱۵- یخچال بخش مربوطه محل کیت و معرف هاست لذا از گذاردن هر گونه مواد به خصوص مواد غذایی خود داری کنید ۱۶- پس از پایان آزمایش ها نتایج در لیست کار ثبت و پرینت در زونکن بایگانی شود ۱۷- حداقل هر چند ماه یک بار سمپلر های بخش از لحاظ سرویس و کنترل صحت و دقت بررسی گردد ۱۸- تاریخ انقضای مصرف کیت ها چک شود و کیت ها بر اساس اولویت تاریخ تولید مصرف گردد.	
ناظر بر عملکرد	سوپر وایزر آزمایشگاه
منابع	
تهیه کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود
تایید کننده	
نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان
نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر حافظی	مسئول فنی
تصویب کننده	

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آب آزمایشگاه کد دستورالعمل: EH-LB-WI-30 صفحه: ۲	تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱
هدف	اطمینان از نتایج حاصله
دامنه دستورالعمل	واحد آزمایشگاه
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه)	آب نامرغوب اثر نامطلوبی بر نتایج آزمایش ها داشته از این رو تضمین کیفیت آب لازم و ضروری است . آب خالص به ۳ روش تهیه می شود :

<p>۱- تقطیر: آب را جوشانده و بخار آن را سرد می کنند. در این روش Fe-Mg-Ca برداشته می شود اما ناخالصی های فرار مانند NH<sub>3</sub> - Cl - CO<sub>2</sub> جدا نمی شوند. این آب درجه دو یا سه است.</p> <p>۲- دیونیزه کردن: در این روش آب از بین ستون های رزین حاوی ذرات باردار منفی و مثبت و فیلترهای غشایی و فعال گذرانده می شود. این آب درجه ۱ است.</p> <p>۳- روش اسمز معکوس: که آب تحت فشار از غشای غیر تراوا که معمولا استات سلولز است عبور داده می شود. موارد مصرف آب به شرح زیر است:</p> <p>موارد مصرف آب درجه یک:</p> <p>تهیه محلول های استاندارد, بافر, حل کردن سرم های کنترل. لیوفیلیزه و....</p> <p>موارد مصرف آب درجه دو:</p> <p>آزمایش های بیوشیمی - هماتولوژی - ایمونولوژی - میکروبیولوژی - سائیتولوژی</p> <p>موارد مصرف آب درجه سه:</p> <p>تجزیه ادرار و مدفوع - کشت - آبکشی وسائل شیشه ای - ساخت محیط کشت و بافت شناسی</p> <p>درجه ۱: حداکثر باید ۲ الی ۳ ساعت پس از تهیه مصرف شود.</p> <p>درجه ۲ و ۳: درب ظرف را باید محکم بست تا از جذب گازها و آلودگی میکروبی جل.گیری شود. آب مقطر را حداکثر تا یک هفته می توان در ظروف پلاستیکی یا شیشه ای نگهداری کرد</p> <p style="text-align: center;"><b>دستور العمل کنترل کیفی آب آزمایشگاه</b></p> <p style="text-align: center;"><b>کنترل کیفیت:</b></p> <p>تعیین هدایت یا مقاومت الکتریکی "گنداکتومتر" با استفاده از هدایت سنج یا مقاومت سنج</p> <p style="text-align: center;"><b>کنترل کیفیت مواد آلی آب:</b></p> <p>با اضافه کردن چند قطره محلول پرمنگنات پتاسیم به آب خالص در صورتی که پس از یک ساعت رنگ بنفش مایل به ارغوانی آن باقی بماند، نشان دهنده خلوص بالای آب است، در غیر اینصورت نشان دهنده مواد آلی آب است</p>		<p>مکانی، توسط چه کسی)</p>	
ناظر بر عملکرد		مسئول آزمایشگاه	
منابع			
تایید کننده		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مسئول فنی	دکتر حافظی	مسئول آزمایشگاه	مجیر ملکشاهی
تصویب کننده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در پاتولوژی انجام می شود کد دستورالعمل: EH-LB-WI-31 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>هدف</p>	<p>حصول اطمینان از انجام صحیح آزمایشات</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>واحد آزمایشگاه پاتولوژی و اتاق عمل</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>(۱) دریافت نمونه: باید ثبت مشخصات نمونه های دریافتی در سیستم پذیرش بخش پاتولوژی توسط متصدی پذیرش انجام شود. ب) گزارش دهی: ب) دریافت فرم گزارش یا پاکت کردن و ردیف کردن برگه های جواب توسط متصدی پذیرش انجام شود ب) دریافت رسید و تحویل فرم گزارش به بیمار (برای مراجعان حضوری) تحویل فرم گزارش بیمارارن ارجاعی آزمایشگاه ارجاع کننده و دریافت رسید توسط متصدی پذیرش انجام گردد. پ) سوابق و فرمهای مربوط به گزارش بیمار توسط متصدی پذیرش بایگانی گردد. ۲) پاس دادن نمونه : در پاس دادن نمونه ها باید مشخصات نمونه از قبیل رنگ، قوام، اندازه ... بررسی شود و سپس قسمتی از نمونه select شده و به basket انتقال داده شود. پس از انتقال نمونه به basket اطلاعات زیر توسط کارشناس آزمایشگاه به مشخصات نمونه اضافه شود. - SOS تعداد تکه های برداشته شده از نمونه بر تعداد basket هایی که تکه ها به آن منتقل شده اند - مقدار نمونه پاس شده که به صورت درصد توسط کارشناس آزمایشگاه بیان شود - اندازه نمونه پاس داده شده توسط کارشناس آزمایشگاه ثبت گردد. ۳) پروسیسینگ نمونه : دستگاه تیشوپروسور بر روی ۲۱ ساعت تنظیم گردد تا مراحل فیکس شدن (فرمالین ۱۰ درصد) - آبیگری (الکل ۷۰-۸۰-۹۰-۹۵-۱۰۰ درصد) - شفاف سازی (کلروفرم یا گزلیول) - مومیایی شدن (پارافین) انجام گردد. ۴) قالب گیری نمونه : ا) در این مرحله پارافین ذوب شده در قالب های مخصوص ریخته شود و قطعات نمونه در داخل آن قرار گیرد ب) با استفاده از basket روی نمونه پوشانده شود پ) قالب ها بر روی cold plate قرار داده شوند ت) نمونه های مومیایی شده توسط پارافین از قالب جدا شده و مشخصات مربوطه بروی basket نوشته شود</p>	

<p>(۵) برش نمونه : با استفاده از دستگاه میکروتوم از نمونه های مومیایی شده برش هایی به ضخامت ۰,۰۵ - ۰,۰۳ میکرون تهیه شود.</p> <p>(ا) برش های تهیه شده توسط پنس به ظرف حاوی الکل ۳۰ درصد منتقل گردد</p> <p>(ب) برش باز شده به دستگاه tissue floating حاوی آب ۳۴درجه سانتی گراد منتقل گردد</p> <p>(پ) بعد از گذشت چند ثانیه به کمک لام برش های شناور شده در آب برداشته شوند</p> <p>(۶) رنگ آمیزی :</p> <p>(ا) رنگ آمیزی E&amp;H (هماتوکسیلین - ائوزین) برای بافت ها طبقه داخل زیر انجام شود.</p> <p>(ب) لام های تهیه شده توسط راک در فور ۱۲۰ درجه به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه قرار داده شوند و طبق مراحل زمانی زیر در ظرف های رنگ آمیزی قرار بگیرند.</p> <p>(ا) گزیلول (۱۵ دقیقه) گزیلول (۱۵ دقیقه) الکل ۱۰۰ (۲ دقیقه) الکل ۹۰ (۲ دقیقه) الکل ۸۰ (۲ دقیقه) الکل ۷۰ (۲ دقیقه) شستشو در آب جاری با ملایمت (۱۰ دقیقه) همتوکسیلین (۱۰ دقیقه) شستشو در آب جاری با ملایمت تا آبی شود غوطه ور کردن لام ها در ظرف محتوی اسیدالکل (۳ ثانیه) شستشو در آب جاری (۱۰ دقیقه) قراردادن در ظرف محتوی رنگ ائوزین (۱ دقیقه) الکل ۷۰ (۲ دقیقه) الکل ۸۰ (۲ دقیقه) الکل ۹۰ (۲ دقیقه) الکل ۱۰۰ (۲ دقیقه) گزیلول (۵-۱۰ دقیقه) گزیلول (۵ دقیقه)</p> <p>- گزارش دهی:</p> <p>۱. گزارش اولیه طبق بررسی های لازم توسط پزشک معالج انجام شود</p> <p>۲. گزارش اولیه در سیستم گزارش دهی توسط کارشناس آزمایشگاه ثبت گردد</p> <p>۳. اقدامات اصلاحی لازم برای گزارش دهی توسط متخصص پاتولوژی ثبت گردد</p> <p>۴. فرم گزارش نهایی توسط کارشناس آزمایشگاه ثبت شود و جهت امضا به متخصص پاتولوژی تحویل داده شود در نهایت جهت ارائه به بیمار تحویل بخش پذیرش و جوابدهی داده شود</p>	
ناظر بر عملکرد	
منابع	
تهیه کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
نام و نام خانوادگی	سمت
مجبور ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه
دکتر محمدرضا حافظی احمدی	
تصویب کننده	
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود
نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)



<p>عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت در بخش هماتولوژی کد دستورالعمل: EH-LB-WI-32 صفحه: ۳</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>
<p>هدف</p>	<p>اطمینان از نتایج حاصله</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>واحد آزمایشگاه</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>	<p>کنترل کیفی : ۱) استفاده از خون کنترل و رسم نمودار کنترل ۲) در صورت فقدان خون کنترل : - محاسبه آماری کالیبراسیون T-Brittin - آزمایش دوتایی Duplicate test - آزمایش بازبینی Check Test - استفاده از نتایج بیماران (استفاده از میانگین اندیکس های RBC) روش T-Brittin :</p> <p>به هر حال چنانچه به دلایلی نمونه خون کنترل تجاری در دسترس اپراتور نباشد می توان از نمونه خون بیماران برای کنترل کیفیت و تکرارپذیری نتایج سل کانتر استفاده نمود. البته برخی از کارشناسان مجرب از این روش برای کامل شدن روند کنترل و HCT، Hb، RBC، WBC کیفیت سل کانتر در کنار خون کنترل نیز استفاده می کنند. با توجه به اینکه پارامترهایی مثل بسیاری از اندکسهای خونی در نمونه خون طبیعی به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۴ درجه سانتیگراد ثابت می مانند، در این روش می بایست در روز اول بین ۵-۱۰ نمونه با مقادیر نرمال را بعد از انجام آزمایش در یخچال نگهداری نموده و در روز دوم مجدداً مورد T-Brittin خوانش قرار داده و وجود اختلاف قابل توجه و معنی دار بین مقادیر نمونه های جفت را با استفاده از آزمون آماری محاسبه نمود.</p> $SD = \sqrt{\frac{\sum (d^2) - \frac{(\sum d)^2}{n}}{n-1}}$ $tn = \frac{\Delta d}{SD} \sqrt{n}$ <p>n: تعداد جفتهای مورد آزمایش d: (اختلاف بین دو خوانده (در دو روز) SD: انحراف معیار اختلافات</p>

**Δd:** میانگین اختلافات

برای هر پارامتر محاسبه شده و اگر مقادیر آن برای پنج نمونه بیشتر از ۷۸/۲ و برای ده نمونه بیشتر از ۲۶/۲ باشد، با  $tn$  مقدار اطمینان ۹۵٪ میتوان گفت که بین مقادیر بدست آمده در دو روز اختلاف معنی دار وجود دارد و بیانگر این است که در روند کار احتمال وجود یک مشکل است که بایستی شناسایی و رفع گردد.  
پنج نمونه خون با استفاده از یک دستگاه سل کانتر در دو روز متوالی مطابق جدول  $Hbb$  اگر نتایج حاصل از اندازه گیری: مثال به صورت زیر بررسی می گردد  $T-Brittinn$  زیر باشد عملکرد دستگاه با کمک فرمول

مقدار هموگلوبین روز اول	مقدار هموگلوبین روز دوم	d	d <sup>2</sup>
175	171	-4	16
140	144	4	16
129	126	-3	9
160	165	5	25
144	140	-4	16

$$\Sigma d = -2 \quad (\Sigma d)^2 = 4 \quad \Sigma (d^2) = 82 \quad \Delta d = \Sigma d / 5 = 4 / 5 = 0.8$$

$$SD = \sqrt{\frac{\Sigma (d^2) - \frac{(\Sigma d)^2}{n}}{n-1}} = \sqrt{\frac{82 - \frac{4}{5}}{4}} = 4.5$$

$$tn = \frac{\Delta d}{SD} \sqrt{n} = \frac{0.8}{4.5} \sqrt{5} = 0.39$$

معادل ۰,۳۹، از مقدار ۷۸/۲ کمتر است لذا نتایج هموگلوبین دستگاه قابل قبول است  $tn$  در مثال بالا چون عدد

منابع وامکانات و کارکنان مرتبط  
نیروی فنی مجرب  
سل کانتر  
نمونه (خون کنترل یا نمونه بیماران)

		ناظر بر عملکرد	
		مسئول آزمایشگاه	
		منابع	
تایید کننده		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مسئول فنی	دکتر حافظی	نام و نام خانوادگی سمت	مجیر ملکشاهی
تصویب کننده		مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: نحوه ارجاع نمونه های بالینی کد دستورالعمل: EH-LB-WI-33 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>هدف</p>	<p>حصول اطمینان از نحوه بسته بندی انتقال امن و ایمن نمونه ها</p>
<p>دامنه دستورالعمل</p>	<p>واحد آزمایشگاه</p>
<p>۱. روش بسته بندی: جهت بسته بندی نمونه ها طبق شرایط استاندارد، باید از سه محفظه که واجد شرایط ذیل باشد، استفاده گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- نمونه ابتدا باید داخل یک ظرف درپنج دار که غیرقابل نفوذ به مایعات و همچنین غیر قابل نشت بوده، قرار داده شود.</li> <li>- بیشتر اوقات نمونه ها داخل لوله آزمایش حمل می شوند</li> <li>- در صورتی که تعداد نمونه ها و یا تعداد لوله ها زیاد باشد، برای جلوگیری از تماس بین آنها می توان لوله ها را توسط جداکننده های مقوایی ضخیم و یا جداکننده هایی از جنس دیگر مانند اسفنج از یکدیگر جدا کرده و بسته بندی نمود</li> <li>- در صورتی که نمونه مایع باشد، باید اطراف لوله ها به طور جداگانه ماده جاذب رطوبت مانند تکه های ابر و یا ماده مشابه گذاشت و سپس در محفظه دوم قرارداد، در واقع این مواد جاذب بین محفظه اول (لوله آزمایش) و محفظه دوم قرار می گیرند تا در صورت شکستن لوله ها یا آسیب محفظه اول، مواد آلوده به محفظه بیرونی نشت ننماید.</li> <li>- مقدار و حجم ماده جاذبی که بین محفظه اول و دوم قرار می گیرد باید متناسب با حجم نمونه باشد طوری که بتواند در صورت شکسته شدن یا آسیب به لوله، کل حجم نمونه مایع را جذب نماید تا رطوبت به خارجی ترین محفظه نرسد</li> <li>- پس از قراردادن محفظه اول در داخل محفظه دوم که باید مقاوم، غیرقابل نشت و غیرقابل نفوذ به مایعات باشد، می بایست مشخصات نمونه روی آن درج گردد</li> <li>- در مرحله بعد محفظه دوم داخل محفظه سوم که مقاوم به ضربه و شرایط محیطی نامساعد بوده، قرار داده می شود. در مورد نمونه هایی که نیاز به رعایت زنجیره سرد دارند محفظه سوم می تواند Box Cold باشد.</li> </ul> <p>۲. علامت گذاری: کلیه بسته ها باید قبل از انتقال بطور مناسب علامت گذاری شده طوری که حاوی اطلاعات لازم در خصوص ماهیت نمونه، خطرات آن و استانداردهای رعایت شده جهت بسته بندی باشد. علائم روی بسته ها باید واضح و خوانا باشند و به گونه ای قرار گیرند که کاملاً قابل مشاهده بوده و توسط برچسب یا علامت دیگری پوشانده نشده باشد. روی محفظه خارجی (محفظه سوم) هر بسته باید اطلاعات زیر درج گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- نام و آدرس فرستنده یا ارسال کننده کال</li> </ul>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- نام و آدرس حمل کننده کال</li> <li>- شماره تلفن شخص مسئول تایید شرایط بسته بندی نمونه</li> <li>- نام و آدرس دریافت کننده گیرنده</li> <li>- نوع نمونه</li> </ul>		
۳.	<p>نام گذاری ویژه برای گروه های خطر( : Name Shipping Proper) برای انتقال نمونه هایی که درگروههای خطر مختلف قرار می گیرند نامگذاری ویژه ای وجود دارد که بر روی محفظه بیرونی نمونه درج می گردد برای انتقال نمونه های گروه UN3373B باید عبارت Specimens Clinical ویا Specimens Diagnostic برروی بسته مربوطه درج شود .</p>	
۴.	<p>برچسب دارای علامت خطر زیستی (مربوط به مواد عفونی) باید به صورت لوزی شکل برروی محفظه بیرونی الصاق شود به طوری که عبارت "گروه ۶" در قسمت پایین آن درج شده باشد .</p>	
۵.	<p>انتقال نمونه های عفونی به صورت شخصی و بوسیله افراد از طریق هوایی کاملاً غیر قانونی می باشد. و صرفاً از طریق سیستم ارجاع، طبق دستور العمل آزمایشگاه مرجع سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل قبول است .در صورت آسیب دیدن بسته بندی و یا نشت مواد باید فوراً به مسئولین مربوطه اطلاع داد.</p>	
۶.	<p>در شرایطی مسئولیت ارسال کننده نمونه به پایان می رسد که نمونه عفونی تحت شرایط استاندارد نگه داری و منتقل شده و ارسال کننده از دریافت آن توسط گیرنده مطمئن شود.</p> <p>امکانات و منابع وپرسنل مرتبط مسئول ارجاع: شهاب منصوری جانشینان: رضا محبی و علی محمد جعفریان امکانات: لوله مناسب در پیچ دار محفظة سه جداره استاندارد</p>	
		ناظر بر عملکرد
		سوپروایزر آزمایشگاه
		منابع
		جزوه مرجع سلامت
تهیه کنندگان		
تایید کننده		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه	دکتر حافظی
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	تصویب کننده
		سمت
		نام و نام خانوادگی
		دکتر عارف عزیززاده
		ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)



<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: کراس مچ کد دستورالعمل: EH-LB-WI-34 صفحه: ۱-۲-۳</p>
<p>حصول اطمینان از سازگاری خون دهنده و گیرنده</p>	<p>هدف</p>
<p>واحد آزمایشگاه</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>آزمایش کراس مچ ماژور Major cross match</p> <p>آزمایش کراس مچ ماژور که کراس مچ مستقیم یا Forward نیز نامیده می شود قسمت اصلی آزمون سازگاری را تشکیل می دهد و به دو منظور اصلی نیز انجام می شود :</p> <p>۱- پیشگیری از واکنش های ایمنولوژیک نامطلوب</p> <p>۲- حداکثر بهره گیری بیمار از خون تجویز شده</p> <p>عوارض ترانسفوزیون نامتجانس ، یا علائم بالینی بارز و مشخص در حین یا متعاقب تجویز خون ناسازگار پدیدار شده و علائم آشکار همولیز ( انهدام سریع گلبولهای قرمز ) را به همراه دارد و در موارد خفیف تر تخریب گلبولهای قرمز بتدریج و یا بصورت دیررس صورت می گیرد و با کاهش اعمال حیاتی آنها همراه می باشد ، در این آزمایش سرم فرد گیرنده خون را با گلبولهای قرمز فرد دهنده مجاور کرده و واکنشهای آنرا بررسی می کنند ، در این روش آلوانتی بادی های موجود در سرم بیمار ( نسبت به گلبولهای قرمز دهنده ) مشخص می شوند .</p> <p>روش :</p> <p>۱- سه عدد لوله را به صورت RT , Alb , IDC علامت گذاری کنید :</p> <p>· (RT) Room Temperature) برای تجسس آلوانتی بادی های سرد</p>	

· Alb (Albumin) و IDC (Indirect Coombs) برای تجسس آلوآنتی بادی های گرم

۲- داخل لوله RT ، یک قطره سرم بیمار بریزید

داخل لوله Alb ، ۲ قطره سرم بیمار بریزید

داخل لوله IDC ، ۳ قطره سرم بیمار بریزید

( کلیه لوله ها را از نظر ریختن سرم بیمار کنترل کنید )

۳- در هر یک از لوله ها یک قطره از سوسپانسیون ۳ تا ۵ درصد گلبول قرمز دهنده بریزید .

( کلیه لوله ها را از نظر ریختن گلبولهای قرمز کنترل کنید )

۴- لوله RT را یک ساعت در حرارت اتاق قرار دهید . لوله IDC را یک ساعت در بن ماری با دمای ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهید .

۵- لوله Alb را به مدت یک ساعت در بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهید ، پس از گذشت نیم ساعت از کنار لوله به آرامی یک قطره آلبومین گاوی ۲۲ درصد اضافه کنید (بدون مخلوط کردن)



۶- پس از اتمام یک ساعت لوله های RT و Alb را به آرامی تکان داده و از نظر همولیز یا آگلوتیناسیون بررسی کنید .

۷- پس از طی زمان مذکور لوله IDC را از بن ماری بیرون آورده و ۳ بار با سرم فیزیولوژی شستشو داده ، پس از آخرین شستشو و خالی کردن سرم فیزیولوژی لوله IDC را روی یک دستمال برگردانید تا تمام سرم خارج شود و گلبولهای قرمز کاملاً خشک شوند .

۸- در مرحله آخر یک قطره آنتی هیومن گلبولین داخل لوله IDC ریخته و کاملاً مخلوط کنید ، سپس لوله IDC را بمدت ۳۰ ثانیه در سروفیوژ سانتریفوژ کنید .

۹- لوله IDC را از سانتریفوژ خارج کنید و به آرامی تکان دهید لوله را در مقابل روشنایی از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید . در همه موارد ، نتایج منفی باید از نظر میکروسکوپی چک شوند .

<p>نکته : برای تأیید نتیجه منفی لوله IDC می توان از گلبول قرمز حساس شده استفاده نمود به این ترتیب که یک قطره گلبول قرمز حساس شده را به لوله IDC اضافه کرده ، پس از ۳۰ ثانیه ساتریفوژ آگلوتیناسیون را قرائت کنید واکنش مثبت با گلبولهای قرمز حساس شده نتیجه منفی لوله IDC را تأیید می کند در غیر اینصورت نتیجه منفی لوله IDC اعتبار نداشته و تکرار آزمایش الزامی است</p>				
ناظر بر عملکرد				
سوپر وایزر آزمایشگاه				
منابع				
تایید کننده			تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول فنی	دکتر حافظی	مسئول آزمایشگاه	مجیر ملکشاهی	
تصویب کننده		مسئول بهبود کیفیت	باران پورمند	
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده			



 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
<p>عنوان دستورالعمل: انجام تعیین گروه خون به روش سرم ، لوله وگلبول قرمز</p> <p>کد دستورالعمل: EH-LB-WI-35 صفحه: ۲</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش : ۱۱</p>
هدف	گزارش سریع موارد بحران جهت اقدام به موقع و مناسب
دامنه دستورالعمل	واحد آزمایشگاه
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	تعیین گروه خون: در این روش به تعیین Ag های سطح سلول RBC می پردازیم در واقع از طریق Ab های معینی که به

<p>صورت تجاری در سازمان انتقال خون تهیه شده Ag های سطح rbc تعیین می گردد بنابراین نمونه ی انتخابی rbc است.</p> <p>این روش به دو صورت لوله ای و اسلایدی انجام می گیرد.</p> <p>۱. روش لوله ای:</p> <p>در این روش که قابل اعتماد تر بوده و در کراس میچ از آن استفاده می گردد، ۲ لوله برمیداریم ، به لوله ی اول anti A و به لوله ی دوم anti B اضافه میکنیم و به هر کدام ۱ قطره از rbc مجهول (سوسپانسیون ۵-۳٪) اضافه میکنیم.</p> <p>و به مدت ۳۰ ثانیه با دور ۳۰۰۰ سانتریفوژ میکنیم و سپس نتیجه را بررسی میکنیم</p> <p>۲. روش اسلایدی:</p> <p>یک لام تمیز برداشته ۲ قطره از نمونه خون یا سوسپانسیون ۴۰٪ مجهول روی آن ریخته و مطابق تصویر به یکی anti A و دیگری anti B اضافه می کنیم. و با حرکت ملایم دورانی لام به مشاهده ی آگلوتیناسیون میپردازیم.</p> <p><b>روش بک تایپ (سر می)</b></p> <p>در این روش سرم از نظر وجود آنتی بادی های طبیعی مورد بررسی قرار میگیرد که نمونه ی انتخابی سرم می باشد.</p> <p>۳ لوله انتخاب کرده</p> <p>لوله ی اول : سوسپانسیون ۵-۳٪ گلبول قرمز A Cell را اضافه میکنیم.</p> <p>نکته: دقت شود که این سوسپانسیون A Cell منحصر به یک فرد نبوده و از ترکیب خون چندین نفر استفاده میکنیم چون یک فرد به تنهایی ممکن است دارای تعداد کمی سایت آنتیژنیک A باشد و اینگونه حداکثر تعداد Ag روی سطح گلبول بوجود می آید.</p> <p>در لوله دوم :سوسپانسیون B Cell که از نمونه ی دو فرد استفاده شود کافی است چون زیر گروه های B کمتر است.</p> <p>و در لوله سوم :سوسپانسیون O Cell را به عنوان کنترل منفی میریزیم که صحت آزمایش را تأیید می کند.</p> <p>سپس ۲ قطره سرم مجهول را اضافه میکنیم و ادامه آزمایش را مشابه cell type انجام می دهیم.</p> <p>دقت شود که نسبت سوسپانسیون به سرم ۱/۲ است چون نمونه سرم ممکن است Ab های کمتری داشته باشد.</p> <p>نحوه ی تفسیر نتیجه:</p> <p>اگر در لوله یک تکه ی بزرگ غیر قابل حل آگلوتیناسیون بود +۴</p> <p>اگر حاوی ۲ یا ۳ تکه با مایع رویی شفاف بود +۳</p> <p>اگر تعداد تکه های بیشتر با مایع رویی شفاف بود +۲</p> <p>و اگر مایع رویی کدر بود +۱ می دهیم</p> <p>در صورت هماهنگی و همخوانی بین Back type , Cell type نتیجه گروه خون را می توان گزارش نمود</p>	
<p>سوپر وایزر آزمایشگاه</p>	<p>ناظر بر عملکرد</p>



منابع			تهیه کنندگان		
تایید کننده			تهیه کنندگان		
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت
مجیر ملکشاهی	مسئول آزمایشگاه	دکتر حافظی	مسئول فنی		
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود	دکتر عارف عزیززاده	تصویب کننده		
		ریاست بیمارستان			

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

 <p>دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)</p> 	
<p>عنوان دستورالعمل: محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیچیر</p> <p>کد دستورالعمل: EH-SR-WI-36</p> <p>صفحه:</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳</p> <p>شماره ویرایش: ۱۱</p>
هدف	حصول اطمینان از استفاده از سیستم پیچ و بلندگو با رعایت حریم گیرندگان خدمت و بدون ایجاد مزاحمت یا آلودگی صوتی
دامنه دستورالعمل	تمام بخش ها / واحدها
شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)	- سیستم اطلاع رسانی بلندگو/ پیچر کار آمد و فعال و به صورت واضح قابل شنیدن در تمام نقاط بیمارستان می باشد.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- پیش بینی سیستم جایگزین برای موارد قطع سیستم اطلاع رسانی و حوادث غیر مترقبه انجام شده است. آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه فعالیت سیستم اطلاع رسانی بیمارستان و استفاده از سیستم فوق در صورت نیاز که به صورت پنل در کلیه بخش ها نصب شده اند</li> <li>- طراحی صوت بیمارستان باید به گونه ای باشد که صوت پخش شده ملایم باشد در راهروها ۳۵ دسی بل و داخل اتاق ها ۲۵ دسی بل باشد</li> <li>- در زمان استراحت بیماران از موارد غیر ضروری پیچ خوداری شود.</li> <li>- کنترل های دوره ای سیستم اطلاع رسانی طراحی و اجرای اقدام اصلاحی در صورت لزوم توسط واحد تاسیسات انجام شود.</li> <li>- پیچ موارد خاص با اجازه مدیر بیمارستان انجام می شود.</li> <li>- پیچ از ساعت ۷ صبح لغایت ۲۲ آزاد است.</li> </ul>			
مدیر بیمارستان	ناظر بر عملکرد		
سیاست های بیمارستان	منابع		
تایید کننده		تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی
مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
تصویب کننده		گیرنده خدمت	مریم شعبانی پور
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)



<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران کد دستورالعمل: EH-SR-WI-37 صفحه: ۳</p>
<p>حصول اطمینان از ارائه اطلاعات صحیح به گیرندگان خدمت</p>	<p>هدف</p>
<p>تمام بخش ها / واحدها</p>	<p>دامنه دستورالعمل</p>
<p>- در ابتدا نسبت به تشکیل کمیته اخلاق بالینی با حضور اعضاء تیم مدیریت و با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره با روانشناس تشکیل میدهیم و از ابتدای پروسه درمان اعضای خانواده درجه یک و یا حداقل ولی قانونی یا در نبود ایشان یکی از بستگان نزدیک موثر و آگاه را به جلسه فراخوان نموده و ایشان را در سیر مراحل درمان و انجام کمیسیون پزشکی جهت اطلاع از وضعیت بیمار و روند درمان همراه می کنیم و در صورت وخامت حال بیمار یا فوت بتدریج خبر بد را به ایشان منتقل می نماییم . جهت ارائه خبر ناگوار به بیمار یا نزدیکان وی باید شرایط زیر را فراهم می آوریم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- موقعیت را تنظیم می نماییم</li> <li>- از مهارت های پایه و تسهیل کننده استفاده میکنیم</li> <li>- محیط مصاحبه را آماده میسازیم</li> <li>- خلوت بیمار را فراهم می نماییم</li> <li>- از حرکات و ایما و اشارات مناسب استفاده می نماییم</li> <li>- تماس چشمی برقرار می نماییم</li> <li>- بررسی میکنیم در حال حاضر بیمار در باره بیماری خود چه چیزی می داند؟</li> <li>- از بیمار می پرسیم در حال حاضر او چقدر اطلاعات دارد ؟</li> <li>- به نحوه ای که بیمار در باره موقعیت صحبت میکند گوش می دهیم به واژگانی که او بکار می برد و سطح درک وی و همچنین انکار توجه می نماییم - با انکار در این مرحله مقابله میکنیم .</li> <li>- دقت میکنیم چه چیزی بیمار می خواهد بداند؟</li> <li>- از او می خواهیم تا اطلاعات را به اشتراک بگذارد.</li> <li>- آیا این چیزی است که بیمار می خواهد</li> <li>- سوالات که شروع شد، آیا ما از آن دسته از افرادی هستیم که انتخاب را به عهده بیمار می گذاریم</li> <li>- گارگاه آموزشی خبر ناگوار هر سال برای پرسنل توسط سوپروایز آموزشی برگزار میگردد.</li> </ul>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

## دادن اطلاعات

- مرحله ی ۱: شروع و تدارکات و طرح ریزی محتوای خبرنگار
- مرحله ی ۲: پی بردن به آن چه شنونده از پیش می داند مهم میباشد
- مرحله ی ۳: پی بردن به میزان آمادگی و تمایل شنونده برای دریافت کل یا بخشی از خبر
- مرحله ی ۴: ارائه دادن خبر در صورت مساعد بودن شرایط
- مرحله ی ۵: پاسخ دادن به احساسات شنونده و همراهی کردن آن
- مرحله ی ۶: پی گیری نتایج حاصل از ارائه خبر
- برای رساندن خبر بد، این مراحل باید یکی پس از دیگری اجرا شوند.
- قبل از افشای هر خبری، لازم است محتوای موضوعاتی را که با شنونده در میان مگذاریم ، مشخص می کنیم
  - واقعیات مربوط به خبر را مرور می کنیم و از درستی آن چه می خواهید بگو ییم ، اطمینان پیدا کنیم.
  - مطمئن شویم که همه ی اطلاعات لازم را در اختیار داریم
  - آن چه را قرار است بگوئید، تنظیم و مرحله بندی می کنیم .
  - اگر شنونده ی خبر با ما آشنایی و صمیمیت بیش تری داشت یا موضوع خبر، چیزی است که به ما نیز مربوط می شود، هرگز وظیفه ی خبررسانی را به شخص دیگری واگذار نمکنیم. در مورد اخبار مربوط به بیماران نیز بهتر است پزشک معالج اطلاع رسانی را خود بر عهده بگیرد و این کار را به سایر کارکنان تیم درمانی محول نکند.
  - بهتر است شنونده، خبر بد را در حضور کسانی بشنود که خودش دوست دارد آن ها حضور داشته باشند. این موضوع را می توان به صورت مستقیم از خود شنونده پرسید
  - بهتر است شنونده هنگام شنیدن خبر بد، روی صندلی نشسته باشد و صندلی شما به صندلی او نزدیک باشد.
  - در صورت امکان بهتر است در هنگام بیان خبر بد، یک جعبه دستمال کاغذی و وسایل پذیرایی با آب یا نوشیدنی دیگر فراهم باشد.
  - از شنونده و همراه او پرسید که آیا ترجیح می دهند اخبار مهم را شخصاً دریافت کنند یا این کار را به فرد دیگری محول کنند.
  - اگر شنونده ترجیح می دهد که اطلاعات خیلی حساس را دریافت نکند، مشخص کنید که مایل است این اطلاعات به چه کسی ارائه شود.
  - در مورد اخبار پزشکی، خانواده، پزشک، سایر کارکنان گروه درمانی و سایر مراقبین بیمار باید در مورد اطلاعاتی که به بیمار ارائه می شود با یک دیگر هماهنگی و تبادل نظر داشته باشند و همه از روند باخبر شدن بیمار از اطلاعات آگاه باشند.
  - در مواردی که پزشک، اطلاعات مربوط به یک بیماری را با بیمار یا خانواده ی او

<p>در میان می گذارد، بهتر است از اصطلاحات تخصصی، فنی و نیز واژه های استعاری، کلی، غیرمستقیم، مبهم و غیرمفهوم دوری کند.</p> <p>- شدت و وخامت موضوع خبر را کم تر از آن چه هست، نشان ندهید. سعی کنید از بازی با کلمات و طفره رفتن و اظهار حرف های غیرواقعی برای دل خوش کردن شنونده خودداری کنید. لحن شما باید آرام، صادقانه و حاکی از هم دردی باشد.</p>				
مدیر بیمارستان				
سیاست های بیمارستان				
تایید کننده			تهیه کنندگان	
سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی
مدیر بیمارستان	مجید فتح اللهی		مسئول حمایت از گیرنده خدمت	مریم شعبانی پور
تصویب کننده			مسئول دفتر بهبود	باران پورمند
ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>عنوان دستورالعمل استفاده از آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی: کد روش اجرای EH-iN.1-02: صفحه: ۱-۵</p>		<p>ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ ویرایش: ۱۱</p>															
<p>هدف</p> <p>۱. کاهش مصرف غیرمنطقی و بی رویه آنتی بیوتیکها ۲. تدوین دستورالعمل آنتی بیوتیکها پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی ۳. تجویز منطقی آنتی بیوتیکها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان ۴. کاهش میزان هزینه های درمانی</p>																	
<p>دامنه روش اجرایی</p> <table border="1"> <tr> <td>اطفال</td> <td>اتاق عمل</td> <td>اورژانس</td> <td>جراحی مردان</td> <td>آزمایشگاه</td> <td>واحد آموزش</td> <td>دفتر پرستاری</td> </tr> <tr> <td>NICU</td> <td>ICU</td> <td>سوختگی</td> <td>جراحی زنان</td> <td>داروخانه</td> <td>واحد بهداشت و کنترل عفونت</td> <td>دفتر بهبود کیفیت</td> </tr> </table>		اطفال	اتاق عمل	اورژانس	جراحی مردان	آزمایشگاه	واحد آموزش	دفتر پرستاری	NICU	ICU	سوختگی	جراحی زنان	داروخانه	واحد بهداشت و کنترل عفونت	دفتر بهبود کیفیت		
اطفال	اتاق عمل	اورژانس	جراحی مردان	آزمایشگاه	واحد آموزش	دفتر پرستاری											
NICU	ICU	سوختگی	جراحی زنان	داروخانه	واحد بهداشت و کنترل عفونت	دفتر بهبود کیفیت											
<p>شیوه انجام کار</p> <p>(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p> <p>از آنجایی که عفونت محل عمل منبع عمده موربیدیتی عفونی در بیماران جراحی به حساب می آید و استفاده از آنتی بیوتیکها پیش از اعمال جراحی در صورت اندیکاسیون، جزء اصلی مراقبت استاندارد در اکثر اعمال جراحی به شمار می رود که منجر به کاهش میزان بروز عفونتهای پس از عمل می گردد، لذا در مرکز این روش اجرایی را با تاکید بر اجرای صحیح پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، مصرف منطقی آنتی بیوتیکها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی و یافتن راهکاری مناسب جهت جلوگیری از مصرف بی رویه آنتی بیوتیکها و با نظر پزشکان متخصص رشته های مختلف جراحی، تدوین نموده است. لطفا در جهت اجرای صحیح آن اقدامات لازم را انجام دهید</p> <p>تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرمهای جدا شده از نمونه های کشت مربوط به بیماران اقدام می کنند.</p> <p>۱. واحد آزمایشگاه نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل</p>																	

<p>بصورت ماهانه به کمیته کنترل عفونت اطلاع می دهد.</p> <p>۲. واحد آزمایشگاه الگوهای مقاومت غیرطبیعی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس به متیسیلین و ونکومايسين رابه واحد کنترل عفونت گزارش می دهد.</p> <p>۳. تیم کنترل عفونت با همکاری و استفاده از نظرات پزشکان متخصص جراحی عمومی، چشم، ارتوپد، مغز و اعصاب، ارولوژی، گوش و حلق و بینی... پروتکل استفاده از داروهای پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی را تدوین نموده و به کلیه بخشهای بستری و اتاق عمل جهت اجرای پروتکل ابلاغ می نماید.</p> <p>۴. تیم کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و الگوی مقاومت میکروبی را به پزشکان و پرسنل جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن، اطلاع رسانی می کند.</p> <p>۵. تیم کنترل عفونت الگوی مقاومت میکروبی والگوی مصرف آنتی بیوتیکها و تجزیه تحلیل مربوط به آنها را به کمیته کنترل عفونت شهرستان ارسال می نماید..</p> <p>۶. مسئول داروخانه بستری و دبیر کمیته دارو و تجهیزات، میزان مصرف آنتی بیوتیکهای پرمصرف را بصورت شش ماهه به کمیته کنترل عفونت اطلاع رسانی می نماید تا کمیته کنترل عفونت هم با توجه به عفونتهای شایع مرکز (عفونت پنومونی) و الگوی مقاومت میکروبی گزارش شده توسط واحد آزمایشگاه، تصمیماتی در خصوص نحوه مصرفی چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و نتیجه آن را به کلیه پزشکان و مسئولین بخشها اعلام نماید.</p> <p>۷. در خصوص پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بعد از نظر خواهی از جراحان محترم و پزشکان بیهوشی و استفاده از دستورالعمل مراقبتهای، نحوه تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به صورت ذیل تدوین گردید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اعمال جراحی تمیز نیاز به پروفیلاکسی ندارند، مگر مواردی که خطر بالقوه ذاتی عفونی وجود داشته باشد.</li> <li>• اعمال جراحی گا ستروئودنال با باز شدن لومن آنتی بیوتیک پیشگیرانه سفازولین در موارد حساسیت به سفازولین کلیندا یا وانکو به اضافه آمینوگلیکوزید یا فلوروکلیولول</li> </ul> <p>*اعمال جراحی الکتیو کیسه صفرا و مجاری صفراوی در افراد پرخطر و غیر الکتیو سفازولین در موارد حساسیت به سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید و یا فلوروکلیولول</p> <p>*در آپاندیسیت های بدون عارضه پروفیلاکسی سفازولین به اضافه مترو نیدازول یا آمپی سیلین سولباکتام آمپی باکتام در موارد حساسیت سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید و یا فلوروکلیولول</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• *اعمال جراحی روده باریک غیر انسدادی پروفیلاکسی سفازولین در موارد حساسیت به سفازولین کلیندا یا و به اضافه آمین</li> </ul> <p>*اعمال جراحی روده باریک انسدادی عارضه پروفیلاکسی سفازولین به اضافه مترو نیدازول یا آمپی سیلین سولباکتام آمپی باکتام در موارد حساسیت سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید و یا فلوروکلیولول</p> <p>*اعمال جراحی کولو رکتال پروفیلاکسی سفازولین به اضافه مترو نیدازول یا آمپی سیلین سولباکتام آمپی</p>
--

<p>باکتام در موارد حساسیت سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید ویا فلوروکلیولول</p> <p>❖ اعمال جراحی ترمیم هرنی به روش بازیا لاپاراسکوپیک با تعبیه مش پروفیلاکسی سفازولین در موارد حساسیت جایگزین آن کلیندامایسین ویا ونکو مایسین</p> <p>❖ اعمال جراحی تیرویید و پاراتیرویید هیچگونه پروفیلاکسی مورد نیاز نیست</p> <p>❖ اعمال جراحی آزاد سازی چسبندگیها بدون انسداد پروفیلاکسی سفازولین به اضافه مترونیدازول در موارد حساسیت سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید و یا فلوروکلیولول</p> <p>❖ اعمال جراحی پستان شامل ماستکتومی همراه دیسکسیون لنفاوی زیر بغلی ، بازسازی و اعمال جراحی مجدد طی ۶ هفته بعد از جراحی اولیه در موارد حساسیت سفازولین مترونیدازول به اضافه آمینوگلیکوزید و یا فلوروکلیولول</p> <p>❖ اعمال جراحی تمیز غیر عارضه دار پستان شامل لامپکتومی و اکسزیون بافت اسکار و اکسزیون لوکال هیچگونه پروفیلاکسی مورد نیاز نیست</p> <p>❖ سیستوسکوپی در افراد کم خطر هیچگونه پروفیلاکسی مورد نیاز نیست</p> <p>❖ سیستوسکوپی در افراد پر خطر فلو روکینولون یا نسل دوم یا سوم سفالوسپورین ها در صورت حساسیت به سفالوسپورین ها آمینو گلیکوزیدها به اضافه آمپی سیلین یا کوآموکسی کلاو/Tmp/smx</p> <p>❖ نمونه برداری پروستات پروفیلاکسی فلو روکینولون یا نسل دوم یا سوم سفالوسپورین ها در صورت حساسیت به سفالوسپورین ها آمینو گلیکوزیدها به اضافه مترو نیدازول یا کلیندا مایسین</p> <p>❖ یورتروسکوپی پروفیلاکسی فلو روکینولون در صورت حساسیت آمینوگلیکوزید به اضافه آمپی سیلین نسل اول ویا دوم سفالوسپورین، کوآموکسی کلاو/Tmp/smx</p> <p>❖ جراحیهای اورواژی از طریق واژن پروفیلاکسی نسل اول یا دوم سفالوسپورین ویا آمینوگلیکوزید به اضافه مترو ویا کلیندامایسین در صورت حساسیت آمپی سیلین سولباکتام ویا فلو روکینولون</p> <p>❖ هرنی و واریکوسل در افراد کم خطر هیچگونه پروفیلاکسی نیلز ندارد</p> <p>❖ هرنی و واریکوسل در افراد پر خطر پروفیلاکسی نسل ائل سفالوسپورین در صورت حساسیت کلیندا مایسین</p> <p>❖ جراحی با ورود به مثانه پروفیلاکسی نسل اول یا دوم سفالوسپورین ویا آمینوگلیکوزید به اضافه مترو و یا</p>	
--	--



کلیندامایسین در صورت حساسیت آمپی سیلین سولباکتام و یا فلو روکینولون

\*جراحی با ورود به مثانه و روده پروفیلاکسی نسل دوم وسوم سفالوسپورین و یا آمینوگلیکوزید به اضافه مترو و یا کلیندامایسین در صورت حساسیت آمپی سیلین سولباکتام و یا فلو روکینولون یا تیکارسین کلاولونات یا پیپراسیلین تازوباکتام

\*کار گذاری پروتز(مانند اسفنگتر مصنوعی) نسل اول یا دوم سفالوسپورین یا وانکو مایسین به اضافه آمینو گلیکوزید در صورت حساسیت آمپی سیلین سولباکتام و یا تیکارسین کلاولونات یا پیپراسیلین تازوباکتام

در اعمال ارتوپدی مانند آمپوتاسیون و تعویض مفصل و.... یک گرم سفا زولین تزریق می شود

در اعمال جراحی نروسرجری نیز از آمپول سفا زولین جهت پروفیلاکسی استفاده می گردد

توضیحات

\*عامل ضد میکروبی باید ظرف مدت ۶۰ دقیقه قبل از انسزیون تزریق شود (این مدت جهت سیپرو فلوکسازین و وانکو مایسین ۱۲۰ دقیقه می باشد )

\*در حالی که تک دوز آنتی بیوتیک با هدف پیشگیری در تمام اعمال جراحی کفایت می کند ،مدت زمان تجویز عامل میکروبیال در تمام اعمال جراحی باید کمتر از ۲۴ ساعت باشد

\* در بیماران شناخته شده کلونیزه با استاف اورئوس مقاوم به متی سیلین تک دوز وانکومایسین به عوامل پیشنهاد شده اضافه شود

\* در بیماران با خطر بالای عفونت پس از جراحی دستگاه گوارش فوقانی استفاده از آنتی بیوتیک پیشگیرانه باید مد نظر قرار گیرد شامل PH معده افزایش یافته ،دریافت کنندگان عوامل ضد ترشح اسید،پر فوراسیون گاسترو دوئودونال ،انسدادخروجی معده ،چاقی مرضی و بد خیمی می باشد

\*در موارد اعمال جراحی دستگاه گوارش فوقانی بدون باز شدن لومن و آلودگی با محتویات دستگاه گوارش استفاده از آنتی بیوتیک پیشگیرانه الزامی نمی باشد در موارد ریسک عفونت بالاتر از ۱۵٪/تجویز آنتی بیوتیک پیشگیرانه منطقی می باشد

\* عوامل نشان دهنده خطر بالای عوارض عفونی در موارد کوله سیسکتومی لاپاراسکوپیک شامل :موارد اورژانس ،دیابت، مدت زمان جراحی طولانی ،پارگی حین جراحی کیسه صفرا ،سن بالای ۷۰ سال ،تبدیل عمل جراحی لاپاراسکوپیک بسته به باز ، ۳ یا بالاتر از ۳ ،سابقه کولیک صفراوی ظرف مدت ۳۰ روز قبل از پروسیجر ،مداخله مجدد طی مدت زمان کمتر از یک برای عارضه غیر عفونی ،کله سیستیت حاد ،آلودگی با

<p>صفرا، زردی، بارداری، کیسه صفرا، غیر کارکردی، سرکوب ایمنی، تعبیه پروتز</p> <p>* با توجه به اینکه بسیاری از موارد فوق پس از انجام پروسیجر مشخص می شود، تجویز تک دوز عامل ضد میکروبی پیشگیرانه در تمام اعمال جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپیک منطقی می باشد</p> <p>- توصیه های استفاده از آنتی بیوتیک های پیشگیرانه پیشنهادی در اعمال جراحی عمومی</p> <p>۱- استفاده از سفازولین به عنوان عامل ضد میکروبی در اعمال جراحی گاسترودونال و در موارد حساسیت به سفالوسپورین ها استفاده از کلیندامایسین یا وانکومایسین به همراه فلور کینولون یا آمینو گلیکوزید ها عنوان عامل ضد میکروبی می باشد</p> <p>۲- استفاده از سفازولین به عنوان عامل ضد میکروبی در اعمال جراحی الکتیو کیسه صفرا و مجاری صفراوی در افراد پر خطر و غیر الکتیو و در موارد حساسیت به سفالوسپورین ها استفاده از مترونیدازول به همراه فلور کینولون یا آمینوگلیکوزید ها عنوان عامل ضد میکروبی می باشد</p>	
ناظر بر عملکرد	مسئول محترم داروخانه و ریاست بیمارستان
منابع	اصول جراحی شوارتز ویرایش دهم
تهیه کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
رودابه پرنروش	پرستار کنترل عفونت
مریم شعبانی پور	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
دکتر کوثر صادقی زاده	داروساز
باران پورمند	مسئول دفتر بهبود
آقای مجیر ملکشاهی	کارشناس آزمایشگاه
تایید کنندگان	
نام و نام خانوادگی	سمت
مجید فتح الهی	مدیر بیمارستان
دکتر جاسم محمدی	پزشک کنترل عفونت
تصویب کننده	
دکتر عارف عزیززاده	ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان دستورالعمل: شناسایی صحیح بیماران کد دستورالعمل: EH-PS-WI- 38 صفحه-3</p>
<p>یکی از موارد تضمین کننده <u>ایمنی بیمار</u>، شناسایی صحیح وی می باشد. <u>شناسایی بیمار</u>، از بدو ورود و در هنگام پذیرش بیمار، شروع شده و در طی ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت نیز باید انجام شود.</p>	<p>هدف</p>
<p>کلیه بخشهای بالینی و پاراکلینیکی</p>	<p>دامنه روش اجرایی</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بیمار به پذیرش مراجعه میکند</li> <li>۲. پذیرش برای بیمار دستبند شناسایی صادر می کند</li> <li>۳. پذیرش اطلاعات دستبند (نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر) با بیمار یا همراه بیمار چک می کند</li> <li>۴. پرستار اطلاعات دستبند رو با پرونده و خود بیمار یا در صورت عدم هوشیاری، کودک بودن بیمار با همراه بیمار چک می کند و توسط بیمار به صورت کتبی در پرونده تایید و امضاء می شود</li> <li>۵. توسط پرستار دستبند بروی دست غالب (ترجیحا بازو) بیمار بسته می شود</li> <li>۶. توسط پرستار آموزش لازم در خصوص اهمیت وجود دستبند جهت شناسایی صحیح بیمار در کل مدت بستری داده می شود</li> <li>۷. توسط پرستار، بیمار پر خطر (خودکشی، زخم بستر، سقوط، سوء تغذیه، تشنج، ترومبوآمبولی، پلی فارمسی) شناسایی و برچسب زرد رنگ بروی دستبند بیمار الصاق می شود</li> <li>۸. توسط پرستار، بیمار مبتلا به آلرژی شناسایی و برچسب قرمز بر روی دستبند بیمار الصاق می شود</li> <li>۹. پرستار و کارکنان بخش های پاراکلینیک قبل از هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی برای بیمار از روش شناسایی فعال بیمار و با دو شناسه (از خود بیمار نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد پرسیده شود) و چک همزمان دستبند استفاده می کنند در صورت تشابه اسمی شناسه سوم یعنی نام پدر اضافه می شود در ضمن درج عبارت</li> </ol>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

<p>احتیاط بیمار با اسامی مشابه بر روی جلد پرونده بیمار به منظور هشدار به کادر درمان انجام می شود</p> <p>۱۰. در خصوص بیماران با سطح هوشیاری پایین ، کودکان ،بیماران ناتوان ذهنی وغیره شناسایی فعال ازهمراه درجه یک بیمار صورت می گیرد</p> <p>۱۱. پرستار -، کاردان -کارشناس اتاق عمل و بیهوشی شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی در سه مرحله دقیقا قبل از ورود به اتاق عمل ، در پذیرش اتاق عمل و قبل از شروع بیهوشی انجام می شود</p> <p>۱۲. توسط جراح یا یکی از اعضاء تیم جراحی خود اظهاری بیمار(نام و نام خانوادگی ،موضع عمل ، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده ) و تطبیق با دستبند شناسایی ، پرونده ، رضایت عمل آگاهانه بیمار وچارت عمل انجام می شود</p> <p>۱۳. توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت و بطور مستقل از یکدیگر قبل از ترنسفوزیون خون ، دادن داروهای با هشدار بالا وغیره تطابق بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح انجام می شود</p> <p>۱۴. توسط نمونه گیر قبل از انجام نمونه گیری شناسایی فعال بیمار با دو شناسه صورت می گیرد و برچسب کلیه ی نمونه های آزمایشگاهی شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره پرونده و نام بخش، در بالین بیمار (بعد از گرفتن نمونه و قبل از ترک بالین بیمار ) بر روی نمونه الصاق می شود</p> <p>۱۵. توسط نمونه گیر برچسب مشخصات بیمار بر روی ظرف نمونه به گونه ای متصل شده که از بروز اشتباه پیشگیری می نماید از چسپاندن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب می شود</p> <p>۱۶. توسط کمک پرستار بخش مربوطه هنگام ترخیص بیمار دستبند شناسایی امحا می شود</p>				
ناظر بر عملکرد	آقایان : مجید فتح الهی - هوشمند مرادنجاتی			
منابع	<b>کارکنان مرتبط:</b> کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان و پرسنل پاراکلینیک فرم ارزیابی اولیه - سیاست بیمارستان - استانداردهای اعتبار بخشی			
تهیه کنندگان				
نام و نام خانوادگی	سمت	نام و نام خانوادگی	سمت	تایید کننده
هوشمند مرادنجاتی	مترون	مجید فتح الهی	مدیریت بیمارستان	

تصویب کننده			کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مریم شعبانی پور
	ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده	مسئول دفتر بهبود	باران پورمند

فصل سوم

خط مشی ها



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام  
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳ تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳ شماره ویرایش: ۱۱</p>	<p>عنوان خط مشی: مددکاری اجتماعی کد روش اجرایی: EH-SW-PP-01 صفحه: ۱ و ۲</p>
<p>ارایه خدمت مددجویان نیازمند</p>	<p>هدف</p>
<p>تمام بخش های بالینی و پاراکلینکی</p>	<p>دامنه خط مشی</p>
<p>شناسایی گروه های نیازمند از طریق خود ارجاعی، ارجاع از طریق کادر درمان ، ارجاع از طریق سایر سازمان ها و موسسات، مورد یابی مددکاری توسط اجتماعی در حین راند بخش ها</p> <p>شناسایی اولیه مددجویان مشمول مددکاری اجتماعی در شیفت های عصر و شب توسط پرستار تریاژ در اورژانس و پرستاران سایر بخش ها انجام وبه کارشناس مددکاری اجتماعی بیمارستان اطلاع داده می شود</p> <p>مشاوره و مصاحبه با مددجویان شناسایی شده و بررسی نیازمندی آنها توسط مددکار اجتماعی انجام می شود</p> <p>ارزیابی تخصصی بر اساس پروتکل های مصوب انجام می شود</p> <p>حمایت درون سازمانی از طریق همکاری تیمی بخش ها و مدیریت بیمارستان انجام می شود</p> <p>ارجاع برون سازمانی به سازمان های حمایتی، موسسات خیریه، سازمان های بیمه گر،... انجام می شود</p> <p>تایید و بررسی میدانی از طریق ارجاع به نهادهای حمایتی از جمله کمیته امداد و سازمان بهزیستی توسط مددکار اجتماعی انجام می شود</p> <p>اطلاع رسانی به تمامی بخش های بیمارستان از طریق ارایه پمفلت، پوستر، آموزش چهره به چهره وفلوچارت به تمامی مسولین بخش ها و پرسنل بیمارستان توسط مددکار اجتماعی انجام می شود</p> <p>شناسایی نوع نیاز مراجعه کننده توسط کارشناس مددکاراجتماعی بر اساس معیارهای استاندارد ابلاغ شده ی مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی انجام می شود</p> <p>ارتباط با موسسه خیریه بیمارستان و سایر موسسات خیریه و نیز خیرین توانمند خارج از بیمارستان در جهت کمک های مالی به بیماران نیاز مند و تامین تجهیزات بیمارستانی توسط مددکار اجتماعی انجام می شود</p> <p>شناسایی و تعیین تکلیف یمازان مجهوالهویه، بی خانمان و بدون همراه از طریق هماهنگی با ارگان های مربوطه( مرکز ۱۱۰، اورژانس اجتماعی ۱۲۳، اداره ثبت احوال، سازمان بهزیستی ) توسط مددکار اجتماعی انجام می شود</p> <p>کارشناس مددکار اجتماعی بر اساس سیاست های مصوب دانشگاه علوم پزشکی مرکز استان، میزان حمایت مالی خود را به تناسب سقف تعیین شده اعمال می کند</p> <p>بروز رسانی سیستم his به منظور آگاهی و اطلاع هر چه بیشتر پرسنل بیمارستان جهت ارجاع صحیح مددجویان و تغییر مستمر فرایندهای ارایه خدمت در صورت نیاز به منظور بهبود کیفیت</p>	<p>شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)</p>

خدمات توسط مددکار اجتماعی انجام می شود					
مدیریت بیمارستان – مدیریت و واحد مددکاری			ناظر بر عملکرد		
سیاست های بیمارستان			منابع		
تایید کننده			تهیه کنندگان		
	سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی
	مدیر بیمارستان	مجید فتح الهی		کارشناس مددکاری اجتماعی	زهرا قادری
تصویب کننده					
	سمت	نام و نام خانوادگی			
	ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام



مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی(ره)

<p>عنوان خط و مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ولی قانونی بیمار                  کد خط و مشی: EH-PS-PP-02                  صفحه:</p>	<p>تاریخ آخرین ویرایش: اردیبهشت ۱۴۰۳                  تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۳                  شماره ویرایش: ۱۱</p>
<p>هدف اطلاع رسانی کامل و رفع ابهامات در مورد چگونگی وقوع حادثه و جبران خسارت مالی برای بیمار</p>	<p>دامنه دستورالعمل کلیه بخشهای بالین و پاراکلینیک</p>
<p>شرح اقدامات</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. تیم مدیریتی (مدیر بیمارستان، مترون و سوپروایزر) در خصوص نحوه اطلاع رسانی حوادث ناخواسته به کلیه پرسنل درمانی آموزش لازم را می دهند</li> <li>۲. تیم اطلاع رسانی در حوادث ناخواسته در بیمارستان مشخص می باشد (مدیریت بیمارستان، مدیر اداری مالی، حراست بیمارستان، نماینده حقوقی بیمارستان، مترون بیمارستان، پزشک معالج، سوپروایزر بالینی، مسئول بهداشت روان) در صورت عدم حضور هر کدام از اعضا وظیفه بر عهده دیگر اعضا می باشد. سرپرست تیم، مدیر اداری مالی می باشد.</li> <li>۳. تیم اطلاع رسانی باید از پنهان کاری خودداری نماید زیرا ممکن است عواقب ناخوشاید در بیمار و ولی قانونی بیمار بوجود بیاورد</li> <li>۴. توسط مدیر اداری مالی به بیمار و ولی قانونی بیمار اطمینان داده می شود که کلیه اطلاعات محرمانه باقی می ماند</li> <li>۵. محیط اطلاع رسانی در بیمارستان مشخص می باشد (مدیر اداری مالی)</li> <li>۶. توسط مدیر اداری مالی به ولی قانونی بیمار اطلاع داده شده و از ایشان دعوت به عمل می آید که در دفتر پرستاری حضور یابد</li> <li>۷. مدیر اداری مالی بیمار ولی قانونی بیمار را به نشستن دعوت می نماید</li> <li>۸. تیم اطلاع رسانی ابراز همدردی و اظهار پشیمانی می نماید اطلاعات را به صورت شفاف علمی و خلاصه و به دور از ابهام گویی بیان می نماید</li> <li>۹. تیم اطلاع رسانی پس از بازگو نمودن حادثه از اینکه بیمار /ولی قانونی بیمار اطلاعات را به میزان کافی و مطلوب دریافت نموده اند اطمینان حاصل می نماید</li> <li>۱۰. تیم درمانی و تیم اطلاع رسانی پس از بازگو نمودن حادثه باید از پایداری شرایط روحی بیمار /ولی بیمار اطمینان حاصل نمایند</li> <li>۱۱. تمهیدات لازم جهت جبران خسارت (پرداخت هزینه های درمان) از طریق نماینده حقوقی و واحد مددکاری توسط بیمارستان اندیشیده می شود</li> <li>۱۲. حمایت های لازم از کارکنان درگیر در اتفاق منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار بعمل می آید</li> </ol>	<p>ناظر بر عملکرد مدیریت بیمارستان - مترون</p>

					منابع
تایید کننده			تهیه کنندگان		
	سمت	نام و نام خانوادگی		سمت	نام و نام خانوادگی
	مدیر بیمارستان	عظیم رحیمی		مسئول ایمنی بیمار	دکتر عارف عزیززاده
	مدیر بیمارستان	سهراب اصحابی		کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	حبیبه سبزواری
تصویب کننده				مدیر بیمارستان	سهراب اصحابی
	سمت	نام و نام خانوادگی		مترون	هوشمند مرادنجاتی
	ریاست بیمارستان	دکتر عارف عزیززاده		مسئول دفتر بهبود	حسین یاسمی
				مددکار اجتماعی - مسئول بهداشت روان	مهرداد شمس الدینی - زهرا قادری

اسامی و امضاء تهیه کنندگان کتابچه روش های اجرایی، دستورالعمل ها و خط مشی ها

اسامی و امضاء تهیه کنندگان کتابچه روش های اجرایی، دستورالعمل ها و خط مشی ها			
ردیف	اسامی	سمت	امضاء
۱	آقای دکترعارف عزیززاده	ریاست	
۲	آقای مجید فتح اللهی	مدیر داخلی بیمارستان	
۳	آقای محمدرضا محمودیان	سوپروایزر آموزشی	
۴	آقای هوشمند مراندجاتی	مترون	
۵	خانم باران پورمند	مسئول دفتر بهبود کیفیت	
۶	آقای مهرداد قاسمی	مسئول امور اداری	
۷	آقای محمد خردمند	مسئول مالی	
۸	خانم صدیقه سلیمانیان	کارشناس بهبود کیفیت	
۹	خانم مریم شعبانی پور	کارشناس ایمنی	
۱۰	خانم سمیه کرمی	مسئول بخش جراحی زنان	
۱۱	آقای عیسی خدادادی	مسئول بخش جراحی مردان ۲	
۱۲	آقای سعید الفتی	مسئول بخش جراحی مردان ۱	

	مسئول بخش اطفال	خانم مریم کرمی	۱۳
	فیزیوتراپی	خانم بشول کوثری	۱۴
	مسئول بخش ICU1	خانم طیبه رضانیان	۱۵
	مسئول بخش ICU2	آقای محسن ولیان	16
	مسئول بخش PICU	خانم زینب رحیمی	۱۷
	مسئول بخش اورژانس	آقای مهدی مرادی	۱۸
	مسئول بخش سوختگی	خانم فرحناز منصوریان	۱۹
	مسئول اتاق عمل	آقای ایرج آرمان	۲۰
	مسئول آزمایشگاه	آقای مجیر ملکشاهی	۲۱
	مسئول رادیولوژی	آقای حجت اله بهروز	۲۲
	مسئول سی تی اسکن	آقای جواد وحیدنیا	۲۳
	مسئول ام آر آی	آقای احمد کهزادی	۲۴
	مسئول داروخانه	خانم دکتر کوثر صادقی زاده	۲۵
	مسئول درمانگاه	خانم فرحناز کرمی	۲۶

	مسئول CSR	آقای منوچهر عبدی	۲۸
	مسئول تجهیزات	آقای محمد لطفی	29
	مسئول کنترل عفونت	خانم رودابه پرندوش	۳۱
	مسئول پذیرش	آقای زهره حیدری	۳۲
	مسئول EDU	خانم زهرا تقی پناه	۳۳
	مسئول آموزش	آقای مظفر عیسی نژاد	34
	بهداشت محیط	آقای علی اکبر خسروی	۳۵
	مسئول خدمات	آقای خسرو آریا	۳۶
	مسئول کارگزینی	آقای سعید حیدری	۳۷
	مسئول مددکاری	آقای مهرداد شمس الدینی	۳۸
	مسئول مدارک پزشکی	خانم زهرا پیشگو	۴۰
	کارشناس بحران	خانم طیبه کریمی	۴۲
	کارشناس حقوق گیرنده خدمت	خانم مریم شعبانی پور	۴۳
	مسئول IT	خانم ساجده نوروزی	۴۴
	مسئول نیروی انسانی		