





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



## کتابچه آموزشی توجیهی بدو ورود فراگیران



تهیه و تنظیم : معاونت آموزشی ، واحد توسعه آموزش ( EDU ) و اعتباربخشی آموزشی

کد سند : EH-EU-RF-۰۱

تاریخ آخرین بازنگری : شهریور ماه ۱۴۰۳

شماره ویرایش هفتم

## فهرست مطالب

| عنوان                                                   | صفحه |
|---------------------------------------------------------|------|
| مقدمه                                                   | ۱    |
| معرفی مرکز                                              | ۲    |
| رسالت بیمارستان                                         | ۲    |
| چشم انداز                                               | ۲    |
| ارزش ها                                                 | ۲    |
| مشخصات مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ایلام         | ۲    |
| اسامی مدیران گروه ها، روسای بخش ها و مسئولین هر واحد    | ۳    |
| فهرست خدمات قابل انجام در بیمارستان                     | ۶    |
| چارت سلسله مراتب سازمانی بیمارستان                      | ۷    |
| فرایند ارتباطی واسطه فراگیران با معاون آموزشی مرکز      | ۸    |
| قوانین و مقررات حجاب و پوشش                             | ۹    |
| رفتار حرفه ای                                           | ۱۰   |
| الزامات دانشجویان بالینی                                | ۱۱   |
| الزامات کارورزی دانشجویان در بخش های بالینی بیمارستان   | ۱۱   |
| مقررات مربوط به حضور و غیاب فراگیران                    | ۱۱   |
| شرح وظایف استاذ (کارآموز) دوره دکتری عمومی پزشکی        | ۱۲   |
| شرح وظایف اینترن (کارورز) دوره دکتری عمومی پزشکی        | ۱۵   |
| الزامات پرونده نویسی                                    | ۱۹   |
| دستورالعمل مستند سازی                                   | ۱۹   |
| آشنایی با نحوه تکمیل فرم های پرونده بیماران             | ۲۱   |
| فهرست بیمارانی که نیاز است به پزشکی قانونی انتقال یابند | ۲۴   |
| راهنما و الزامات بیمه ای جهت فراگیران                   | ۲۴   |
| اصول اخلاق پزشکی                                        | ۲۶   |
| آیین نامه ها و ضوابط                                    | ۲۷   |
| مقررات مربوط به بیماران و منشور حقوق بیماران            | ۲۷   |
| موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرنده خدمت                 | ۲۸   |
| مهارت های ارتباطی و رفتاری                              | ۳۳   |
| مراقبت از بیمار در حال احتضار ( مرگ )                   | ۳۶   |
| ایمنی بیمار                                             | ۳۷   |
| تلفیق دارویی                                            | ۳۹   |
| شناسایی صحیح بیمار                                      | ۴۰   |
| بیماران اورژانسی و پرخطر                                | ۴۱   |
| خطا و قصور پزشکی                                        | ۴۲   |
| آتش نشانی                                               | ۴۴   |
| تعریف عفونت بیمارستانی                                  | ۴۷   |
| ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان              | ۴۷   |
| احتیاط های استاندارد                                    | ۴۷   |
| اصول بهداشت دست                                         | ۴۸   |
| مواجهات شغلی                                            | ۵۰   |
| وسایل حفاظت فردی                                        | ۵۱   |
| بهداشت محیط                                             | ۵۲   |
| کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی                   | ۵۳   |
| استدلال بالینی                                          | ۵۵   |
| آموزش مبتنی بر شواهد ( EBM )                            | ۵۶   |
| مدیریت بحران                                            | ۶۰   |
| نقشه بیمارستان و پلان طبقات بیمارستان                   | ۷۰   |
| شماره تلفن های ضروری بیمارستان و دانشگاه                | ۷۶   |
| منابع                                                   | ۷۶   |

### فصل اول

### فصل دوم

### فصل سوم

### فصل چهارم

### فصل پنجم

### فصل ششم

### فصل هفتم

### فصل هشتم

## سخنی با فرگیران

پیام ریاست

فراگیر محترم

ورود شما را به مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی ره خوش آمد گفته و امید داریم در زمینه تحصیل و تلاش روز افزون در راستای کسب علم و مهارت لازم موفق باشید. کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با قوانین و مقررات مرکز و فعالیت های آن، حقوق مقابل شما، بیماران و سازمان تهیه شده است. لذا ضمن خیر مقدم به شما، مطالعه کامل و دقیق آن را توصیه می نمایم.

دکتر عارف عزیززاده (رئیس بیمارستان)

پیام معاون آموزشی مرکز

فراگیر محترم

ضمن خیر مقدم به همه فراگیران و آرزوی موفقیت روز افزون، کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با قوانین و مقررات آموزشی مرکز نگاشته شده است. امید است این کتابچه به نحو شایسته مورد مطالعه قرار بگیرد.

دکتر مهدی شکری (معاون آموزشی بیمارستان)

# فصل اول

## معرفی مرکز



برای تأمین سلامت جوامع بشری نهادهای مختلفی تلاش می کنند و چشم امید همگان به موفقیت این تلاشها دوخته شده است . مراکز بهداشتی و درمانی در این زمینه خدمات ارزشمندی ارائه می نمایند. بنابراین یکی از مهمترین ارکان جامعه محسوب می شوند . برنامه اعتبار بخشی مراکز بهداشتی درمانی، در اولین گام، استانداردهای به روز، برگرفته از آخرین منابع قابل استفاده در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه و منطبق با شرایط بومی، معیارهای مذهبی، فرهنگی، اقتصادی و در چارچوب قوانین کشوری در اختیار متولیان امر قرار داده است . با گسترش این برنامه ها مراکز خدمات سلامت گامی اساسی در جهت ارائه خدمات کیفی و ایمن در نظام سلامت بر خواهند داشت . لذا در راستای اهداف کلان بیمارستان و به منظور آشنایی دانشجویان جدیدالورود ، اثر گذاری بر سلامت، رضایت بیماران و کارکنان، این مرکز مجموعه زیر را گردآوری و تهیه نموده است تا به نحو مطلوب خدمات بهداشتی و درمانی را ارائه نماید .

### ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه

این سرزمین، بنا به اسناد تاریخی فراوان، بخشی از کشور عیلام باستان بوده که در ۶۴۰ سال پیش از میلاد به دست آشور بانی پال به تصرف در آمد. در کتیبه های بابلی، عیلام را «آلامتو» یا «آلام» خوانده اند؛ که به قولی به معنای کوهستان یا «کشور طلوع خورشید» است. بر طبق جدیدترین نظریه از دکتر والتر هینتس، استان ایلام کنونی یکی از مهم ترین بخش های امپراتوری عیلام بوده است.

استان ایلام (به کردی: پارێزگای ئیلام) یکی از استان های کشور ایران است که در باختر این کشور و در ناحیه ای کوهستانی و نیمه گرم قرار گرفته است. این استان از استان های کمابیش جنگلی ایران است. شمال استان دارای اقلیم کوهستانی است اما در جنوب این استان دشت های وسیع وجود دارد. مرکز این استان شهر ایلام است. استان ایلام از غرب با کشور عراق، از جنوب با استان خوزستان، از شرق با استان لرستان و از شمال با استان کرمانشاه همسایه است. بیش از نود درصد منابع نفتی و گاز غرب کشور و یازده درصد منابع شناخته شده نفت و گاز ایران در استان ایلام قرار دارد. [۵] همچنین این استان در جایگاه دوم منابع نفت و جایگاه سوم منابع گاز کشور است. استان ایلام به همراه استان خوزستان دارای طولانی ترین مرز بین المللی با کشور عراق است.

نقاط شهری استان ایلام عبارتند از: آبدانان، آسمان آباد، ارکواز، ایلام، ایوان، بدره، پهل، توحید، چوار، دره شهر، دهلران، زرنه، سرابله، صالح آباد، لومار، مورموری، موسیان، مهران و میمه. مهر و مائین و شهاب بلاوه تره در مهر ماه سال ۱۳۹۱ هجری شایروان و چرداول، در تقسیمات کشوری در ایران به دو شهرستان، شایروان و چرداول، به مرکزیت سرابله، و شایروان به مرکزیت لومار، تقسیم شد و همچنین در تیر ماه سال ۱۳۹۲ با مصوبه هیئت دولت شایروان چرداول رسماً، به نام چرداول تغییر نام یافت و بخشبدره از شهرستان دره شهر جدا گردید و به شهرستان بدره ارتقاء یافت. در دی ماه ۱۳۹۸، هلیلان نیز از چرداول انتزاع یافت و مستقل شد.

مرکز آموزشی، درمانی امام خمینی (ره) شهر ایلام در سال ۱۳۱۱ در زمینی به مساحت ۱۱۰۰۰ متر مربع تأسیس شد بیمارستان ابتدا زیر نظر شیروخورشید اداره شد و بعدها به نام بیمارستان رازی تغییر یافته و تحت نظر سازمان بهداری اداره گردیده است. پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۶۱ به بیمارستان امام خمینی (ره) تغییر نام یافته و در حال حاضر به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) تبدیل گردیده است. در سالهای دفاع مقدس به عنوان تنها مرکز خدمات رسانی در استان بود که با تلاش قابل ستایش پرسنل و کادر درمانی نقش بسیار مهمی در ارائه خدمات به مجروحین و بیماران را به عهده داشت. مراحل نوسازی و ارتقاء بیمارستان از سال ۱۳۸۰ با اختصاص بودجه های اعتباری آغاز شد و برخی از آنها به اتمام رسیده و سایر پروژه نیز در دست اقدام است. این بیمارستان با بهره گیری از کادر مجرب درمانی و اداری و خدماتی افتخار دارنده عنوان مهمترین مرکز ارجاعی استان به بیماران ترومایی-جراحی-سوختگی-کودکان و نوجوانان به ارائه خدمات بپردازد .

## فصل اول : معرفی مرکز

### رسالت بیمارستان (MISSION):

مرکز تشخیصی، درمانی و آموزشی - پژوهشی امام خمینی (ره) که تنها مرکز ارائه دهنده خدمات تخصصی به بیماران ترومایی در استان می باشد، همسو با اهداف دانشگاه علوم پزشکی ایلام با اولویت ایمنی بیمار، سلامت بیمار، رویکرد حفظ شان و کرامت انسانی، عدالت محوری، رعایت اخلاق حرفه ای به دنبال ارائه خدمات مطلوب و تامین رضایت گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت از طریق ارتقای مستمر کیفیت و کمیت خدمات بدون توجه به عوامل نژادی، قومی و جنسیتی و همچنین تربیت دانشجویانی کارآمد می باشد.

### چشم انداز (VISION):

ما بر آنیم تا با استعانت از خداوند متعال، بهره گیری از پزشکان مجرب، جلب مشارکت و ایجاد انگیزه در بین کارکنان و تلاش همه همکاران، حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی، تعامل مسئولین محلی و منطقه ای و اعتماد سازی عمومی و جلب مشارکت بخش های خصوصی و خیرین سلامت تا سال ۱۴۰۷ به عنوان مهمترین مرکز آموزشی، درمانی دارای اورژانس ترومایی مجهز و پیشرفته و دارای درجه اعتبار بخشی بالینی و آموزشی یک عالی در غرب کشور شناخته شویم.

### ارزش ها (VALUES):

- تکریم و ارزش نهادن و حفظ کرامت انسانی مراجعین و کارکنان
- پایبندی به سنت ها و اصول اخلاقی و حرفه ای
- کار گروهی و همکاری همه جانبه و استفاده از خرد جمعی به همراه تلاش در راستای منافع بیمار به گونه ای که باعث بهبود در وضعیت سلامتی جامعه تحت پوشش گردد.
- حفظ اسرار و محرمانگی اطلاعات گیرندگان خدمت
- قانونمندی و وظیفه مداری
- رعایت عدالت در ارائه خدمات

### مشخصات مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ایلام

در حال حاضر این مرکز با تعداد ۲۰۰ تخت مصوب و ۱۸۶ تخت فعال، در قالب بخش های جراحی زنان، جراحی مردان ۱ و ۲، اتاق عمل اطفال، ICU، PICU، اورژانس، اورژانس اطفال، سوختگی و بخش بستری عمومی با بهره گیری از کادر مجرب افتخار دارد به عنوان مهمترین مرکز ارجاعی استان در سرویس های جراحی عمومی، جراحی عروق، فک و صورت، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، چشم، گوش و حلق و بینی، اورولوژی، جراحی پلاستیک، سوختگی، اطفال (فوق تخصص قلب نوزادان، عفونی، غدد و گوارش اطفال) و پوست به ارائه خدمات بهر دازد. در حال حاضر این بیمارستان علاوه بر درمان بیماران مراجعه کننده به عنوان یک پایگاه تحقیقات آموزشی، پژوهشی و پزشکی و یک مرکز تعلیم و تربیت دانشجویان پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و رزیدنت اطفال ارائه خدمت می نماید. در حال حاضر این بیمارستان بصورت ۲۴ ساعته در درمانگاه های عمومی و تخصصی، کلینیک ویژه، اورژانس با حضور متخصصین مقیم و در صورت لزوم مشاوره با سایر تخصص ها و به صورت شبانه روزی به ارائه خدمت می پردازد.

بخش آموزشی کودکان شامل اورژانس کودکان، بخش کودکان، بخش نوزادان و NICU، PICU، درمانگاه های جنرال، فوق تخصصی و نوجوانان می باشد. که کارآموزان، کارورزان و دستیاران کودکان در این بخش ها توسط اساتید هیات علمی آموزش می بینند.

بخش آموزشی جراحی شامل اورژانس جراحی، بخش های بستری عمومی، زنان و مردان ICU، اتاق عمل، سوختگی و درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی (جراحی پلاستیک) می باشد. کارآموزان و کارورزان این گروه تحت نظارت اساتید هیات علمی آموزش های لازم را می بینند.

## فصل اول : معرفی مرکز

بخش های آموزشی مینور مرکز ( شامل : نروسرجری ، ارتوپدی ، چشم ، گوش و حلق و بینی ، اورولوژی ، بیهوشی و پوست ، رادیولوژی ، طب اورژانس) می باشند ، که کارآموزان و کارورزان گروه های ذکر شده در بخش ها و درمانگاه های مرکز تحت نظارت اساتید هیات علمی و آموزشی مرکز آموزش می بینند

### خدمات پاراکلینیکی

واحدهای تصویربرداری (رادیوگرافی ، سونوگرافی ، سی تی اسکن ، ام آر آی )، اندوسکوپی اطفال، آزمایشگاه ، پاتولوژی، فیزیوتراپی ، شنوایی سنجی ، بینایی سنجی ، گفتار درمانی و تغذیه می باشد که به صورت ۲۴ ساعته آماده خدمت رسانی می باشند. واحد درمانگاه و کلینیک ویژه تخصصی و فوق تخصصی که به صورت صبح و عصر در گرایش های: ارتوپدی، جراحی عمومی، جراحی مغز و اعصاب، سونوگرافی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، پوست، اورولوژی ، اطفال در حال خدمات رسانی به مراجعین می باشند.

### اسامی مدیران گروه ها و روسای بخش های آموزشی

| نام و نام خانوادگی عضو هیات علمی | سمت                                               | رشته تخصصی               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|
| دکتر مهدی شکری                   | معاون آموزشی مرکز                                 | فوق تخصص آسم و آلرژی     |
| دکتر سهیلا نجفی                  | مسئول واحد توسعه آموزش بالینی                     | متخصص بیهوشی             |
| دکتر لیلا باژدان                 | مدیر گروه کودکان                                  | متخصص کودکان             |
| دکتر لیدا نوری                   | مدیر گروه بیهوشی و رئیس بخش ICU۱ و ۲              | متخصص بیهوشی             |
| دکتر معصومه طهماسبی              | مدیر گروه طب اورژانس و رئیس بخش اورژانس           | متخصص طب اورژانس         |
| دکتر وحید حاتمی                  | مدیر گروه چشم                                     | متخصص چشم پزشکی          |
| دکتر مجید سلامتی                 | مدیر گروه جراحی                                   | متخصص جراح عمومی         |
| دکتر مینا مامی زاده              | مدیر گروه پوست                                    | متخصص پوست               |
| دکتر حسین کریمی یارندی           | مدیر گروه ارتوپدی                                 | متخصص ارتوپدی            |
| دکتر عارف تیمورنژاد              | مدیر گروه اورولوژی                                | متخصص اورولوژی           |
| دکتر جاسم محمدی                  | رئیس بخش کودکان                                   | فوق تخصص عفونی کودکان    |
| دکتر مجید ملکی                   | مسئول برنامه ریزی آموزشی گروه گوش و حلق و بینی    | متخصص گوش و حلق و بینی   |
| دکتر مجید سلامتی                 | رئیس بخش جراحی زنان                               | متخصص جراح عمومی         |
| دکتر مجید سلامتی                 | رئیس بخش های جراحی مردان ۱ و ۲                    | متخصص جراح عمومی         |
| دکتر ناهید مامی زاده             | رئیس بخش PICU                                     | فوق تخصص نفلولوژی کودکان |
| دکتر سهیلا نجفی                  | رئیس بخش اتاق عمل                                 | متخصص بیهوشی             |
| دکتر زهرا احمدیان ماژین          | مسئول برنامه ریزی آموزشی گروه رادیولوژی           | متخصص رادیولوژی          |
| دکتر محمدرضا حافظی               | مدیر گروه پاتولوژی مسئول فنی آزمایشگاه و پاتولوژی | متخصص پاتولوژی           |
| دکتر مسعود فصیحی                 | رئیس بخش سوختگی                                   | متخصص جراح عمومی         |
| دکتر مسعود هاتقی                 | مدیر گروه نروسرجری                                | متخصص و جراح مغزو اعصاب  |

## فصل اول : معرفی مرکز

### فهرست اسامی بخش ها و مسئولین هر واحد

اسامی مسئولین بخش های اداری و پشتیبانی در سال ۱۴۰۳

| ردیف | نام واحد                 | نام مسئول          | سمت/پست سازمانی                         |
|------|--------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| ۱    | ریاست بیمارستان          | دکتر عارف عزیززاده | جراح و متخصص مغز و اعصاب / ریاست مرکز   |
| ۲    | معاون آموزشی بیمارستان   | دکتر مهدی شکری     | فوق تخصص آسم و آلرژی                    |
| ۳    | مدیریت بیمارستان         | آقای مجید فتح الهی | مدیر بیمارستان                          |
| ۴    |                          |                    |                                         |
| ۵    | حسابداری                 | محمد خردمند        | سرپرست امور مالی بیمارستان              |
| ۶    | امور اداری               | مهرداد قاسمی       | مسئول امور اداری                        |
| ۷    | حراست                    | عیسی کرم بیگی      | حراست بیمارستان                         |
| ۸    | مدارک پزشکی              | خانم پیشگو         | مسئول واحد آمار و مدارک پزشکی           |
| ۹    | کارگزینی                 | سعید حیدری         | مسئول کارگزینی                          |
| ۱۰   | دبیرخانه                 | هما بابایی         | مسئول دبیرخانه                          |
| ۱۱   | کارپردازی                | امید محمودی        | کارپرداز                                |
| ۱۲   | خدمات                    | خسرو آریا          | مسئول خدمات                             |
| ۱۳   | واحد فناوری اطلاعات      | ساجده نوروزی       | کارشناس ارشد نرم افزار / مسئول واحد IT  |
| ۱۴   | روابط عمومی              |                    | مسئول روابط عمومی                       |
| ۱۵   | انبار                    | آقای غفاری         | مسئول انبار                             |
| ۱۶   | انتظامات                 | محسن دوستی         | مسئول حفاظت فیزیکی                      |
| ۱۷   | تأسیسات                  | عباس شهبازی        | مسئول تأسیسات                           |
| ۱۸   | تغذیه                    | خانم طاووس نژاد    | کارشناس تغذیه / مسئول واحد تغذیه        |
| ۱۹   | آموزش                    | مظفر عیسی نژاد     | کارشناس مسئول خدمات آموزشی              |
| ۲۰   | کتابخانه                 | علی چشمه چاهی      | مسئول کتابخانه                          |
| ۲۱   | واحد توسعه آموزش ( EDU ) | زهره تقی پناه      | کارشناس واحد توسعه و اعتبار بخشی آموزشی |

## فصل اول : معرفی مرکز

### فهرست مسئولین بخش های درمانی بیمارستان در سال ۱۴۰۳

| ردیف | نام بخش                       | نام مسئول         | سمت/پست سازمانی                                       |
|------|-------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------|
| ۱    | دفتر پرستاری                  | زهرا بازدار       | کارشناس پرستاری/ مترون                                |
| ۲    | دفتر پرستاری                  | بهار سلطانی       | کارشناس پرستاری/ سوپروایزر صبح                        |
| ۳    | دفتر پرستاری                  | محمد رضا محمودیان | کارشناس پرستاری / سوپروایزر آموزشی                    |
| ۴    | دفتر پرستاری                  | رودابه پرنروش     | کارشناس پرستاری/ سوپروایزر کنترل عفونت                |
| ۵    | بهبود کیفیت و تحول نظام سلامت | باران پورمند      | کارشناس پرستاری / مسئول بهبود کیفیت و تحول نظام سلامت |
| ۶    | بهبود کیفیت                   | صدیقه سلیمانیان   | کارشناس پرستاری / کارشناس دفتر بهبود                  |
| ۷    | اتاق عمل                      | ایرج آرمان        | کارشناس بیهوشی/مسئول اتاق عمل                         |
| ۸    | اورژانس                       | مهدی مرادی        | کارشناس پرستاری/ مسئول اورژانس                        |
| ۹    | بستری عمومی                   | صدیقه چراغی       | کارشناس پرستاری / مسئول بستری عمومی                   |
| ۱۰   | جراحی زنان                    | سمیه کرمی         | کارشناس پرستاری / مسئول جراحی زنان                    |
| ۱۱   | جراحی مردان ۲                 | عیسی خدادادی      | کارشناس پرستاری/مسئول جراحی مردان ۲                   |
| ۱۲   | اطفال                         | مریم کرمی         | کارشناس پرستاری / مسئول بخش کودکان                    |
| ۱۳   | ICU <sup>۱</sup>              | طیبه رمضانیان     | کارشناس ارشد پرستاری / مسئول ICU <sup>۱</sup>         |
| ۱۴   | ICU <sup>۲</sup>              | محسن ولیان        | کارشناس پرستاری / مسئول ICU <sup>۲</sup>              |
| ۱۵   | رادیولوژی                     | حجت اله بهروز     | کارشناس رادیولوژی/ مسئول رادیولوژی                    |
| ۱۶   | داروخانه                      | دکتر کوثر صادقی   | پزشک داروساز / مسئول بخش مراقبت دارویی                |
| ۱۷   | تجهیزات پزشکی                 | آقای رازی         | مسئول فنی تجهیزات پزشکی                               |
| ۱۸   | آزمایشگاه                     | مجیر ملکشاهی      | کارشناس آزمایشگاه/ مسئول آزمایشگاه                    |
| ۱۹   | بهداشت محیط                   | علی اکبر خسروی    | کارشناس بهداشت محیط/ مسئول واحد بهداشت محیط           |
| ۲۰   | بهداشت حرفه ای                | خانم مفیدی        | کارشناس بهداشت حرفه ای/مسئول واحد بهداشت حرفه ای      |
| ۲۱   | PICU                          | زینب رحیمی        | کارشناس ارشد پرستاری/ مسئول PICU                      |
| ۲۲   | سوختگی                        | فرحناز منصوریان   | کارشناس پرستاری / مسئول سوختگی                        |
| ۲۳   | واحد ایمنی                    | مریم شعبانی پور   | کارشناس پرستاری/کارشناس ایمنی مرکز                    |
| ۲۴   | جراحی مردان ۱                 | سعید الفتی        | کارشناس پرستاری/مسئول جراحی مردان ۱                   |

## فصل اول : معرفی مرکز

### فهرست خدمات قابل انجام در بیمارستان و تعداد تخت های ثابت و فعال

| خدمات قابل انجام در بیمارستان امام خمینی (ره) |                     |                    |
|-----------------------------------------------|---------------------|--------------------|
| درمانگاه تخصصی و کلینیک ویژه                  | سونوگرافی           | بینایی سنجی        |
| اورژانس                                       | شنوایی سنجی         | Ct اسکن و MRI      |
| پزشک عمومی کشیک ۲۴ ساعته                      | گفتار درمانی        | مشاوره تغذیه و pku |
| آندوسکپی کودکان                               | بخش های بستری بیمار | رادیولوژی          |
| تزریقات و پانسمان                             | انواع اعمال جراحی   | تست های آزمایشگاهی |
| کاردرمانی                                     | فیزیوتراپی          | پاتولوژی           |

### تعداد تخت های بیمارستان

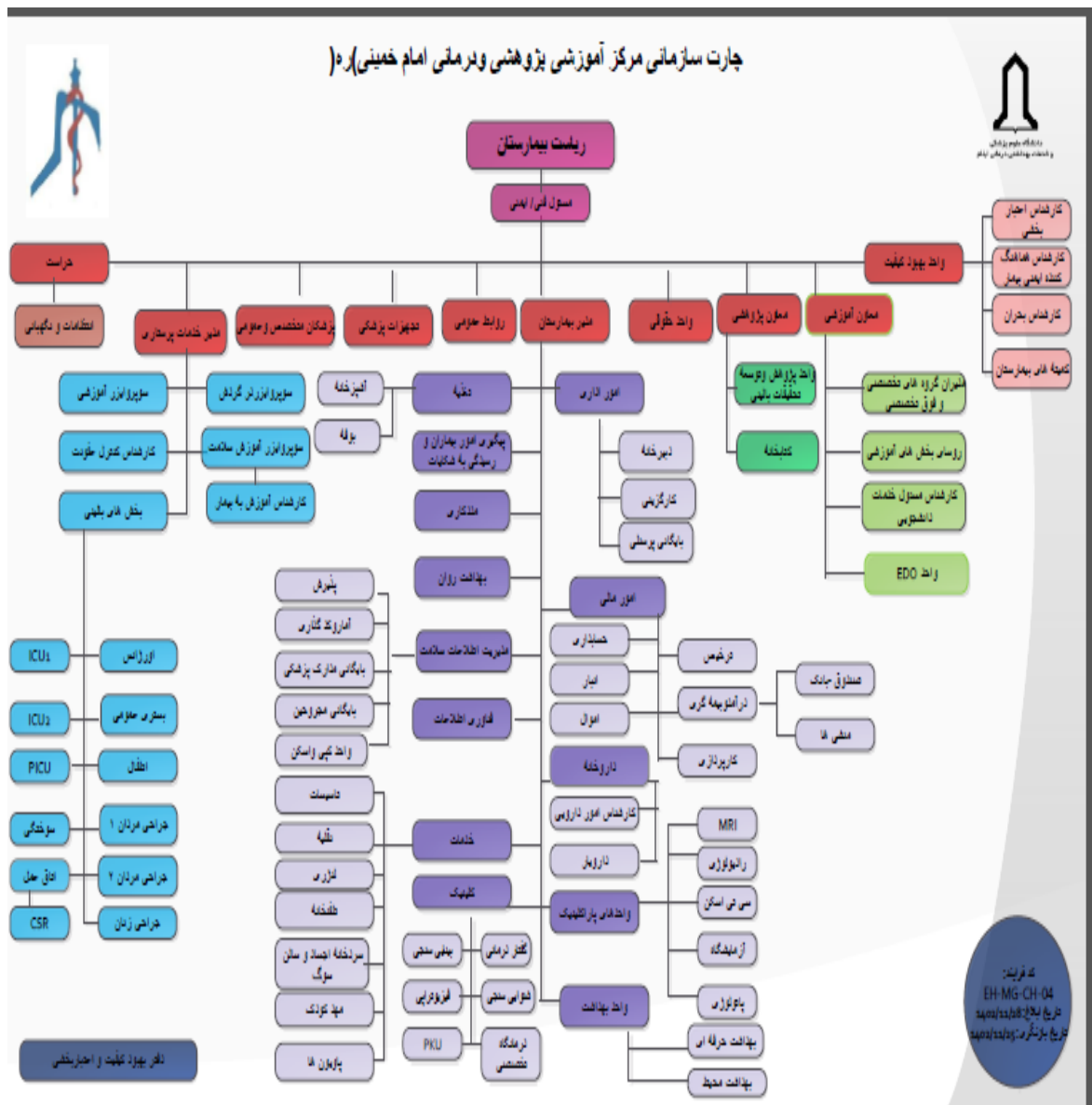
| نام بخش          | فعال |
|------------------|------|
| اورژانس          | ۲۲   |
| اورژانس اطفال    | ۶    |
| بستری عمومی      | ۱۵   |
| جراحی زنان       | ۴۰   |
| جراحی مردان ۱    | ۲۵   |
| اطفال            | ۳۶   |
| جراحی مردان ۲    | ۲۵   |
| ICU <sup>۱</sup> | ۱۲   |
| ICU <sup>۲</sup> | ۱۲   |
| PICU             | ۷    |
| سوختگی           | ۸    |

مجموع تعداد تخت مصوب : ۲۰۰

مجموع تعداد تخت فعال : ۱۸۶

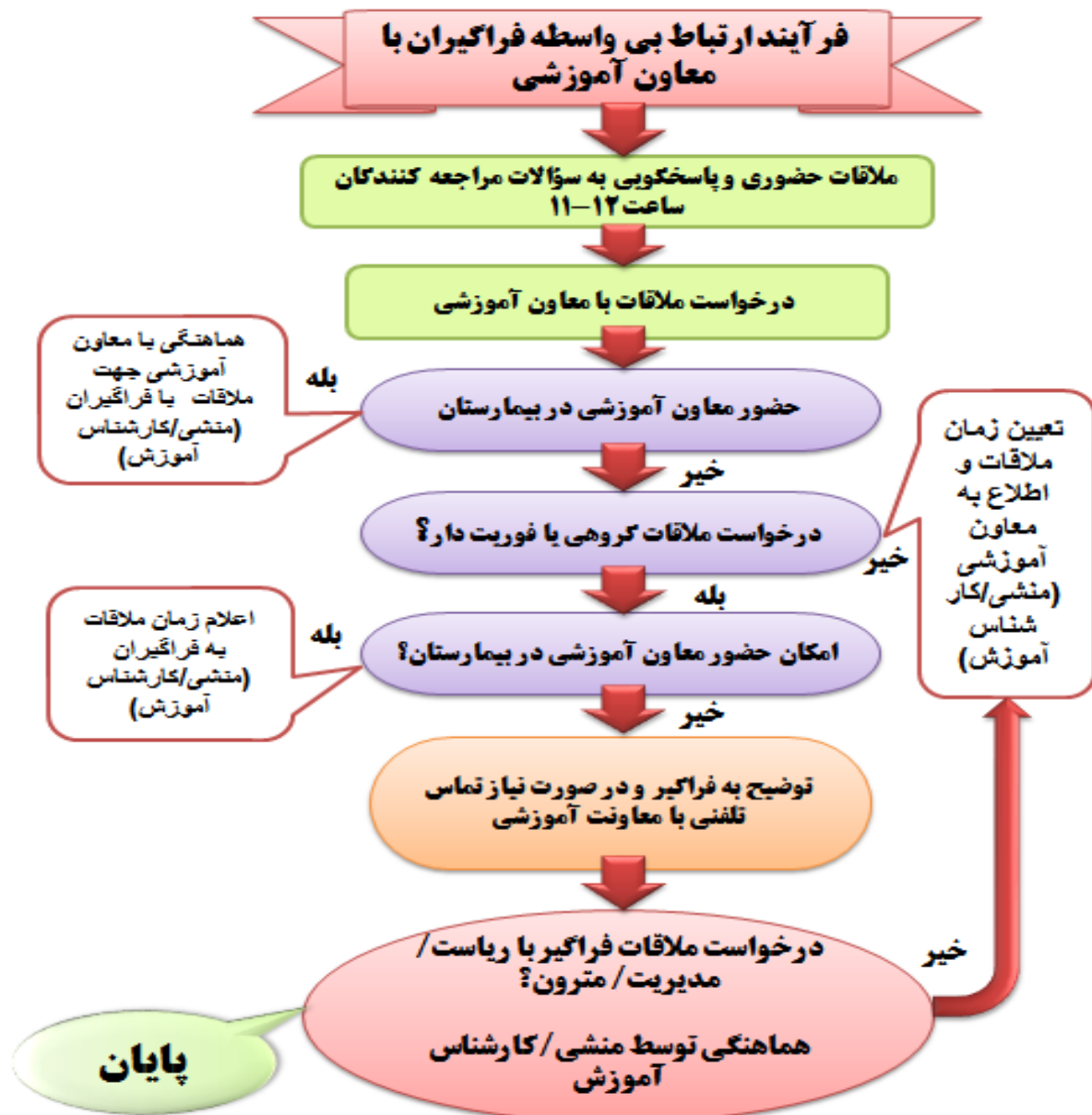
## فصل اول : معرفی مرکز

### چارت سلسله مراتب سازمانی بیمارستان



کد فرمت: EH-MG-CH-04  
تاریخ بهاد: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵  
تاریخ بازنگری: ۱۳۹۵/۰۵/۰۵

فرایند ارتباطی واسطه فراگیران با معاون آموزشی مرکز



## فصل دوم

# قوانین و مقررات مرکز



مقدمه: بررسی تاریخ، فرهنگ و تمدن بشری نشان می دهد که آراستگی ظاهری و رفتاری انسان ها در هر مقطع و در هر قومی نشان دهنده رشد، بلوغ و بالندگی فرهنگی هر جامعه است. فرهنگ و تمدن اسلام و ایران به عنوان یکی از برجسته ترین و پیشروترین نمادهای تمدنی بشر همیشه مورد توجه سایر اقوام و ملل بوده و هست. علاوه بر این همراه با تاسیس دانشگاه و مراکز علمی ساحت معنوی و مقدس علم برای انسان باعث شده است تا دانشمندان، دانشجویان، دستیاران و تعامل گران با این حوزه همیشه در محیط اجتماعی دانشگاه بالاتر از استانداردهای رایج اجتماع رفتار کرده و ساحت مقدس دانشگاه را پاس بدارند.

دانشجویان در تمامی محیط های آموزشی پژوهشی، فضاهای دانشگاهی و درمانی، دانشکده ها، سالن کنفرانس، کتابخانه، سلف سرویس و کلیه تجمعات دانشجویی وابسته و غیر وابسته به دانشگاه که تحت عنوان دانشجو شرکت دارند مشمول می باشند به شرح زیر می باشد.

#### کلیات:

۱. در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی الزامی است.
۲. لباس فرم دانشجویان مؤنث شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند)، کفش و جوراب می باشد. استفاده از روسری های نازک و کوتاه، شال به تنهایی یا خارج شدن مو از جلوی سر و پشت مقنعه، ممنوع می باشد.
۳. دانشجویان بالینی باید در طول مدت حضور در محیط های بهداشتی و درمانی از لباس فرم مخصوص به خود بر طبق استانداردهای تعریف شده از طرف دانشگاه و با رعایت کامل شئون اسلامی و دانشجویی استفاده کنند.
۴. استفاده از لباس مناسب و ضخامت پارچه ی لباس فرم و اندازه و سایز آن باید منطبق با مشخصات محیط های آموزشی و پژوهشی باشد.
۵. پوشش دانشجویان در محیط های بالینی، آزمایشگاهی خاص مانند اتاق عمل و بخش های مراقبت های ویژه باید کاملاً بر طبق استاندارد تعریف شده در آن بخش و با رعایت حجاب و پوشش کامل اسلامی باشد.
۶. برای کاهش صدمه به پا و پیشگیری از انتقال عفونت، کفش دانشجویان باید جلو بسته باشد.
۷. اتیکت شناسایی ارائه شده از سوی معاونت آموزشی شامل: نام و نام خانوادگی، آرم بیمارستان و سمت دانشجو باید به صورت متحدالشکل بر روی لباس فرم، به طوری که قابل رویت باشد، نصب شود.
۸. لباس فرم دانشجویان مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می باشد.
۹. لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل باشد.
۱۰. در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیرحرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
۱۱. در بخش های ویژه، اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخشها می باشند.
۱۲. رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

۱۳. روپوش باید سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.
۱۴. کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه یا پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
۱۵. زیور آلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
۱۶. استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.
۱۷. ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
۱۸. هرگونه تصویربرداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار و از محیط بیمارستان بدون اخذ مجوز از حوزه ی ریاست بیمارستان ممنوع است.
۱۹. دانشجو باید بخاطر داشته باشد که یونیفرم خود را همیشه کامل و طبق مقررات بپوشد (مقنعه، روپوش، شلوار، جوراب و کفش)
۲۰. یونیفرم فقط باید در امر مراقبت از بیماران و مراکز بهداشتی استفاده شود.
۲۱. هنگام خروج از درب بیمارستان لباس فرم ( روپوش سفید ) باید در آورده شود و از بکاربردن آن در مجامع عمومی جداً خودداری شود.
۲۲. از سیگار کشیدن، آدامس جویدن و خوردن غذاهای بودار در حین انجام کار ممانعت بعمل آید.

### ضوابط رعایت پوشش در بیماران:

رعایت تمامی شئونات پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپ های ویژه مورد استفاده بیماران ( گان ) و حین انجام اعمال الزامی است . توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا می کند.

### رفتار حرفه ای

الف: دانشجویان باید از ایجاد هر گونه اخلاق به هنگام تدریس خودداری نمایند. مصادیق اخلاق در هنگام تدریس مانند:

\* ورود به کلاس بعد از استاد

\* خوردن و آشامیدن

\* بلند صحبت کردن، خندیدن و ایجاد سر و صدا

\* استفاده از تلفن همراه و سایر وسایل صوتی و تصویری

ب: دانشجویان باید از اعمال و رفتار خلاف شئون اسلامی، دانشجویی و اخلاق حرفه ای از جمله موارد زیر خودداری نمایند:

\* عدم رعایت ادب و احترام

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

\* توهین و تمسخر زبانی و رفتاری، مشاجره و پرخاشگری

\* عدم رعایت حقوق دیگران

\* مصرف هر نوع ماده مخدر

\* استفاده از هر نوع دارو یا ماده ای که باعث غیرعادی جلوه کردن حرکات و گفتار دانشجو شود.

### الزامات دانشجوی بالینی

- رعایت کلیه ضوابط مندرج در بند الف و ب برای دانشجویان بالینی نیز الزامی است.

- دانشجویان باید به منظور رعایت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان و همراهان وی متون مصوب اخلاق پزشکی را مطالعه و به آن عمل نمایند.

- از آنجا که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، بنابراین باید سعی کنند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ کنند.

- دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانس احترام بگذارند.

- دانشجویان باید در حین انجام وظیفه در محیط های بهداشتی درمانی، اتیکت شناسایی خود را به همراه داشته باشند.

### الزامات کارورزی دانشجویان در بخش های بالینی بیمارستان

دانشجویان باید به منظور رعایت استانداردهای حقوق خدمات گیرندگان و همراهان وی متون مصوب اخلاق پزشکی را مطالعه و به آن عمل نمایند. از آنجا که رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، بنابراین باید سعی کنند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ کنند.

دانشجویان باید به حقوق بیماران در رابطه با انتخاب درمانگر و روش درمانی در موارد غیر اورژانس احترام بگذارند.

هنگام معاینه باید حریم خصوصی بیماران رعایت شود.

دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.

دانشجویان باید اسرار بیماران را حفظ نمایند و از موقعیت ایشان و یا خانواده های آنها سوء استفاده ننمایند.

دانشجویان باید در حین انجام وظیفه و کارورزی در محیط های بهداشتی درمانی، اتیکت شناسایی خود را به همراه داشته باشند.

خوردن و آشامیدن و استفاده از تلفن همراه بر بالین بیمار ممنوع است. (کلیه مندرجات در این کتابچه به همراه آیین نامه رفتار و پوشش حرفه ای مرکز توسط فراگیران لازم الاجرا می باشد.)

### مقررات مربوط به حضور و غیاب فراگیران

دانشجویان به هنگام ورود به بیمارستان باید در دستگاه تایمکس اثر انگشت گذاشته و حضور خود را در بیمارستان مشخص کنند. کلیه ورود و خروج های دانشجویان از طریق دستگاه تایمکس قابل مشاهده و بررسی می باشد. همچنین هر روز صبح بر اساس لیست تهیه شده از اسامی دانشجویان حضور و غیاب آنها در مورنینگ روزانه انجام می شود.

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

ساعت کارآموزی در بخش از ساعت ۷:۳۰ الی ۱۳:۳۰ و عصرها ۱۳:۳۰ الی ۱۹:۳۰ می باشد. هیچ گونه تاخیر و تعجیل در ورود و خروج از بخش قابل اغماض نیست. خروج از بیمارستان ممنوع می باشد. خروج از بخش با هماهنگی و کسب اجازه از استاد مربوطه امکان پذیر است. غیبت بیش از دو روز معادل با حذف کارآموزی و تجدید دوره است. حضور در بخش و درمانگاه طبق برنامه تعیین شده گروه آموزش یا بخش می باشد. تخلف از شرح وظایف فوق در شورای آموزش گروه طرح و تمهیدات لازم گرفته خواهد شد. دانشجویان غیرپزشکی طبق برنامه ارسالی از دانشکده ملزم به حضور در بخش تعیین شده می باشند. تاخیر در ورود و تعجیل در خروج توسط مربی های مربوطه و با نظارت معاون آموزشی مرکز مورد پایش قرار می گیرد.

### ساعات حضور دانشجوی

| ردیف | نام گروه | ساعت حضور | ساعت پایان   |
|------|----------|-----------|--------------|
| ۱    | اینترن   | ۷:۳۰      | ۱۳:۰۰        |
| ۲    | استاژر   | ۷:۳۰      | ۱۲:۳۰        |
| ۳    | کشیک     | ۰۷:۳۰     | ۷:۳۰ روز بعد |

### شرح وظایف استاژر (کارآموز) دوره دکتری عمومی پزشکی

#### آیین نامه شرح وظایف کارآموزان دوره دکتری عمومی پزشکی

کارآموز پزشکی به دانشجوی دکتری عمومی پزشکی اطلاق می شود که مقاطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی را به پایان رسانده است و مجاز به ورود به بخشهای بالینی برای کسب دانش نظری و تجربیات علمی و مهارتهای حرفه ای، تحت نظارت اعضای هیأت علمی و برای اخذ مدرک دکتری پزشکی است. مسئولیت کارآموزان در هر گروه و یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیأت علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیأت علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می شود اطلاق می گردد.

دوره کارآموزی می تواند به دو دوره کارآموزی پایه یا استیودنتی و کارآموزی پیشرفته یا اکسترنی تقسیم شود در دوره استیودنتی دانشجوی عمدتاً نقش نظاره کننده و مشاهده گر داشته و در دوره اکسترنی می تواند تحت نظر پزشک معالج یا دستیار، فعالیت های تشخیصی و درمانی مندرج در این آئین نامه را انجام داده تا بتواند برای انجام وظایف آینده خود بعنوان کارورز آمادگی لازم را کسب نماید.

شرح وظایف کارآموز مطابق بندهای زیر است :

#### الف) کلیات :

- ۱- حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان .
- ۲- رعایت مقررات داخلی گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه .
- تبصره : مقررات گروه و بخش نباید با آئین نامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منافات داشته باشد .
- ۳- رعایت مفاد آئین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی .

#### ب) مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی :

- ۴- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیصهای افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک .

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

۵- ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش و به همراه کارورز و دستیار پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری در صورت لزوم و یا ویزیت بیماران سرپایی .

۶- در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه پی گیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار .

۷- در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن یادداشتهای مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on-and-off-service notes) .

۸- در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن برگه های درخواست تصویر برداری از جمله MRI, CT Scan ،رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد .

### پ) اقدامات تشخیصی - درمانی :

۹- فراگیری امور زیر به منظور کسب مهارت حداکثر به مدت ۶ ماه و با تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده کارآموز می باشد بدیهی است باتوجه به راه اندازی مراکز آموزش مهارتهای بالینی لازم است این مهارتها قبل از مواجه شدن با بیمار واقعی، در این مراکز و به نحو مقتضی به کارآموزان داده میشود .

تزریق / رگ گیری (IV blood sampling) / نمونه گیری وریدی (venous blood sampling) / نمونه گیری برای کشت خون / گرفتن ECG و تفسیر آن / پانسمان ساده / رنگ آمیزی گرم و مشاهده لام / تهیه و تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار و لام خون محیطی / ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه / فیزیوتراپی تنفسی / تهیه لام خون محیطی / نمونه گیری از گلو و زخمها

۱۰- انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار می تواند توسط کارآموز انجام شود :

گذاشتن لوله معده و گرفتن نمونه از ترشحات معده / گذاشتن سوند ادراری به جز در نوزادان و شیرخواران (ترجیحاً در بیماران هم جنس) / گرفتن گازهای خون شریانی (ABG) / فلبوتومی / بخیه زدن و کشیدن بخیه / انجام تست PPD و خواندن آن / انجام پانسمان نهایی که نیاز به دبریدمان شست و شوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند / انجام واکسیناسیون روتین اطفال در خانه های بهداشت و یا درمانگاهها / انجام شستشوی گوش / کنترل ضربان قلب جنین (Fetal Heart Rate) و انقباضات رحم و حرکات جنین / گچ گیری ساده و بازکردن گچ

۱۱- کارآموزان در موارد زیر تنها میتوانند انجام هر کدام از این اعمال را توسط فراگیران مقاطع بالاتر (کارورز یا دستیار) مشاهده نمایند :

مشاهده تامپون قدامی بینی / مشاهده خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق، بینی و چشم / مشاهده گذاشتن لوله تراشه و Airway / مشاهده کارگذاری کشش پوستی / مشاهده آتل گیری / مشاهده انجام پونکسیون لومبار (Lumber Puncture) / مشاهده تخلیه آبسه / مشاهده نمونه گیری سوپراپوبیک / مشاهده کشیدن مایع (tap) آسیت و پلور / مشاهده و یادگیری CPR / مشاهده و یادگیری زایمان طبیعی / مشاهده آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان / مشاهده پونکسیون مفصل زانو / مشاهده تزریق داخل نخاعی (intrathecal) و داخل مفصلی / مشاهده انجام جراحی های سرپایی ساده (ختنه، برداشتن توده های سطحی، خارج کردن in growing nail) / مشاهده گذاشتن Chest tube / مشاهده تزریق داروهای خطرناک / مشاهده تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی / مشاهده درناژ سوپراپوبیک مثانه / مشاهده گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزدان / مشاهده سونداژ ادراری شیرخواران / مشاهده کات دان / مشاهده هر اقدام تشخیصی، درمانی و تهاجمی دیگر که در برنامه آموزشی مصوب کارورزان پیشنهاد شده است. / بقیه موارد مشابه که در این آئین نامه نیامده است.

### ت) شرکت در همایشهای آموزشی :

- ۱۲- شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس های درس تئوری و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، کلاسهای management، اتاق های عمل، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی .
- ۱۳- حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج .
- ۱۴- شرکت در درمانگاه یا خان ههای بهداشت طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه از بیمار و معرفی بیمار به پزشک معالج یا دستیار .
- ۱۵- معرفی بیمار در راندهای آموزشی طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل :معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص های افتراقی و طرح درمانی .
- ۱۶- ارائه کنفرانسهای علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط مسئول آموزش بخش یا دستیار ارشد .

### ث) حضور در بیمارستان :

- ۱۷- حضور در بیمارستان، درمانگاه و یا خانه های بهداشت طبق برنامه تعیین شده از سوی ریاست هر گروه و یا بخش یا دانشکده (مسئول آموزش کارآموزان هر بخش موظف است برای کلیه ساعات حضور آنان در بخش برنامه آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند).
- ۱۸- حداکثر تعداد کشیک بر اساس شرایط گروه و دانشکده تعیین و در هر صورت از ۱۰ شب در ماه تجاوز نخواهد کرد حداقل تعداد کشیک در گروههای داخلی، جراحی، کودکان و زنان ۵ شب در ماه و در گروههای دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد بیمار، تعداد کارآموز، امکانات رفاهی، تعداد تخت بیمارستانی و برنامه آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می کند ساعت کشیک کارآموزان براساس امکانات و شرایط هر دانشکده پزشکی تعیین می گردد .
- ۱۹- تنظیم برنامه چرخش کارآموزان در بخشها و کشیک ها به عهده پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان است .
- ۲۰- جابجایی در برنامه کشیک ممکن نیست، مگر با اطلاع قبلی (حداقل ۲۴ ساعت قبل) و یا در موارد اضطراری، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان .
- ۲۱- ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است .
- ۲۲- خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان مقدور است .
- ۲۳- اولویت کاری کارآموزان شرکت در جلسات و همایش های آموزشی، راندهای آموزشی و در درمانگاه ها است .
- ۲۴- موارد تخلف کارآموزان از شرح وظایف فوق و یا هرگونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارآموزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسیده ، مورد به مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد مرجع نهایی تصمیم گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود .
- ۲۵- مدیران گروهها و روسای بخشهای بیمارستانهای آموزشی مسئول حسن اجرای این آئین نامه هستند روسای دانشکده های پزشکی از طریق معاونین آموزشی بیمارستانها بر حسن اجرای این آئی نامه نظارت خواهند داشت .
- تبصره ۱ : برنامه مدون آموزشی کارآموزان در هر گروه باید با تائید دانشکده پزشکی تهیه و از طریق دانشکده و گروه به کارآموزان ابلاغ گردد .
- تبصره ۲ : گروههای آموزشی موظفند در یک جلسه توجیهی کارآموزان هر دوره را در ابتدای دوره کارآموزی در آن گروه توجیه نموده و آنان را با شرح وظایف و مقررات گروه آشنا نمایند .

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

۲۶- این آیین نامه در ۲۶ ماده و ۳ تبصره در بیست و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۸۳/۹/۷ به تصویب رسید و از تاریخ تصویب کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های مغایر با آن لغو می گردد .

### شرح وظایف اینترن (کارورز ) دوره دکتری عمومی پزشکی

#### آیین نامه شرح وظایف کارورزان دوره دکتری عمومی پزشکی

کارورز پزشکی به دانشجوی مرحله پایانی دکتری عمومی پزشکی اطلاق می شود که آموزش های نظری و دوره عملی کارآموزی را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته های قبلی ، تحت نظارت اعضاء هیات علمی ، برای کسب مهارت های حرفه ای برای اخذ مدرک دکتری پزشکی است . مسئولیت کارورزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رییس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است . تشخیص موارد اورژانس در این آیین نامه بر عهده پزشک معالج و در ساعات کشیک برعهده پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است . پزشک معالج به عضو هیات علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری میشود اطلاق می گردد.

شرح وظایف کارورز مطابق بندهای زیر است :

#### الف) کلیات :

- ۱- حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان .
- ۲ - رعایت مقررات داخلی گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه .
- ۳ - رعایت مفاد آئین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی .

#### ب) مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی :

- ۴- اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی ، ارزیابی و طرح برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب .
- ۵- ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش ، قبل از پزشک معالج یا دستیار .
- ۶- پی گیری دریافت جواب آزمایشات ( به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس ) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار .
- ۷-نوشتن برگه ی سیر بیماری.
- ۸- نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار .
- ۹- نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره ( on – and off –service notes )
- ۱۰ - نوشتن خلاصه ی پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش .
- ۱۱ -نوشتن برگه ی مشاوره با نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش .
- ۱۲- نوشتن برگه های درخواست تصویر برداری از جمله CT Scan , MRI ، رادیو گرافی ، سو نو گرافی ، آندو سکوپ ، آنژیو گرافی و کلیه ی برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر ، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد .
- ۱۳ - حضور بر بالین بیمارانی که احیاء می شوند و انجام CPR .
- ۱۴ - حضور بر بالین بیماران بد حال و آنهایی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و هر بیماری که در بخش نیاز به ویزیت مجدد داشته باشند.

۱۵ - کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیو پسی ، کبد ، بیوپسی کلیه ، یا کسانی که برای آنها تست های خطرناک محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می شود ، تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش .

۱۶ - همراهی با بیماران بد حال که علائم حیاتی بی ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبت های خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه ای آنها را تهدید می کند ، در انتقال به بخش های دیگر و یا سایر بیمارستانها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک .

### ب- اقدامات تشخیصی- درمانی :

۱۷ - انجام اقدامات زیر بر عهده ی کارورز می باشد :

گذاشتن لوله معده ، گذاشتن سوند ادراری در بیماران تر جیحا" هم جنس به جز در شیر خواران ، گرفتن گازهای خون شریانی ABG ، تهیه لام خون محیطی ، نمونه برداری از زخم ها ، نمونه گیری برای کشت گلو ، بخیه زدن و کشیدن بخیه ، انجام تست PPD و خواندن آن ، تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده ، انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان ، شست و شوی تخصصی ( غیر روتین ) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند ، انجام شست و شوی گوش ، تامپون قدامی بینی ، چک کردن مشخصات کیسه خون یا فراورده خونی برای تزریق خون یا فراورده به بیمار .

۱۸ - انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار برعهده کارورز می باشد .

نوشتن نسخه های دارویی بیماران بستری خود ، گذاشتن لوله ی تراشه و airway ، گرفتن زایمان واژینال ، انجام اینداکشن در زایمان ، کنترل ضربان قلب جنین (FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین ، گذاشتن (IUD) ، کورتاژ ، خارج کردن جسم خارجی از گوش ، حلق ، بینی و چشم ، کوتر خونریزی بینی ، کار گذاری کشش پوستی ، آتل گیری ، گچ گیری ساده ، انجام پونکسیون لومبار (LP) ، آسپیراسیون و بیو پسی مغز استخوان ، پونکسیون مفصل زانو ، تزریق داخل نخاعی intrathecal و داخل مفصلی ، انجام جراحی های سر پای ساده ( ختنه ، برداشتن توده های سطحی ، خارج کردن ingrowing nail ) ، تخلیه آبسه ، نمونه گیری سو پراپوبیک ، گذاشتن chest tube ، کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور ، (colon washout) ، تزریق داروهای خطرناک ، تعویض لوله ی نفروستومی یا سیستوستومی ، درناژ سوپرا پو بیک مثانه ، گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان ، سونداژ ادراری شیر خواران ، کات دان و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد .

۱۹ - انجام امور زیر به منظور کسب مهارت تنها در دوره کارورزی حداکثر به مدت ۶ ماه و به تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده ی کارورز می باشد ، مگر در موارد اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک ( چنانچه در دانشکده ای این مهارت ها در دوره کارآموزی کسب شده باشد به تشخیص دانشکده کارورزان از انجام این وظیفه معاف می باشند . )

تزریق ، رگ گیری (IV Cannulation) ، نمونه گیری وریدی ( Venous blood sampling ) ، نمونه گیری برای کشت خون ، گرفتن ECG ، پانسمان ساده ، رنگ آمیزی گرم ، تفسیر میکروسکوپی نمونه ی ادرار و لام خون محیطی ف ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه ، فیزیو تراپی تنفسی .

۲۰ - انجام امور زیر تنها در موارد ضروری و اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک بر عهده کارورز می باشد :

کنترل و چارت علائم حیاتی و intake/output ، گرفتن نمونه از ترشحات معده ، باز کردن گچ ، فلوئومی ، نوشتن برگه های درخواست پارا کلینیک که نیاز به نگارش شرح حال ندارند ، انتقال نمونه به آزمایشگاه ، پی گیری حضوری جواب اقدامات پارا کلینیک ، همراهی بیماران

به قسمت های دیگر بیمارستان ، آمبو زدن ، حضور پیوسته stand by بر بالین بیمار ، شیمی در مانی ، انتقال بسته های خون .

### ت- شرکت در همایش های آموزشی :

۲۱- حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج یا دستیار بخش.

۲۲- شرکت در درمانگاه طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال ، انجام معاینه و معرفی به پزشک معالج یا دستیار و نوشتن نسخه با نظارت پزشک معالج یا دستیار .

۲۳- شرکت در راندهای تحویلی و سپردن بیماران خطیر به کارورز کشیک بعد.

۲۴- شرکت منظم و فعال در کلیه جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی ، کنفرانس های علمی ، کلاسهای management اتاق های عمل ، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی مگر در مواردی که به علت حضور در اورژانس یا بر بالین بیماران بد حال در بخش به تایید پزشک معالج یا دستیار مر بوط ، امکانپذیر نباشد.

۲۵- معرفی بیمار در گزارش صبحگاهی یا سایر کنفرانس ها طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط ، اقدامات پاراکلینیک و تفسیر نتایج آنها و اقدامات درمانی .

۲۶- ارائه کنفرانس های علمی در صورت لزوم طبق برنامه ی تنظیم شده توسط مسوول آموزش بخش یا دستیار ارشد .

### ث- حضور در بیمارستان :

۲۷- زمان حضور در بیمارستان در اوقات عادی طبق برنامه ی تعیین شده از سوی ریاست هر گروه یا بخش یا دانشکده ( مسوول آموزش کارورزان هر بخش موظف است برای کلیه ساعات حضور آنان در بخش برنامه ی آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند ) .  
۲۸- حد اکثر تعداد کشیک ، ده شب در هر ماه است . حداقل تعداد کشیک در گروههای داخلی ، جراحی ، کودکان ، و زنان هشت شب در ماه و در گروه های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش بر اساس تعداد بیمار ، تعداد کارورز ، امکانات رفاهی تعداد تخت بیمارستانی و برنامه آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می کند .

۲۹- تنظیم برنامه ی چرخش کارورزان در بخش ها و کشیک ها به عهده ی پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان و یا در صورت تفویض اختیار و با نظارت پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان به عهده کارورز ارشد است .

۳۰- جابه جایی در برنامه ی کشیک ممکن نیست مگر با اطلاع قبلی و ( حداقل ۲۴ ساعت قبل ) و یا در موارد اضطراری ، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان پس از کسب موافقت پزشک معالج یا دستیار بخش.

۳۱- ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است .

۳۲- خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسوول آموزش کارورزان مقدور است .

۳۳- به طور کلی ، اولویت با جلسات و هما یش های آموزشی است مگر در مواردی که با نظر پزشک یا دستیار مستقیم ، وجود خطر جانی برای بیمار ، انجام امور تشخیصی - درمانی را در او لویت قرار دهد.

۳۴- در مورد دوره کارورزی بهداشت و پزشکی اجتماعی و ، باید مطابق آخرین ( برنامه دوره یک ماهه کارورزی بهداشت و پزشکی اجتماعی مصوب پنجمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۷۸/۱۱/۲۳ عمل شود و بر اهمیت این دوره تاکید گردد.

۳۵- موارد تخلف کارورزان از شرح وظایف فوق و با هر گونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارورزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد . چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از

## فصل دوم : قوانین و مقررات مرکز

مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسید ، مورد به مراجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد . مرجع نهایی تصمیم گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.

۳۶ - مدیران گروهها و روءسای بخش های بیمارستانهای آموزشی مسوول حسن اجرای این آیین نامه هستند روءسای دانشکده های پزشکی بر حسن اجرای آیین نامه نظارت خواهند داشت .

۳۷- این آیین نامه در ۳۷ ماده در تاریخ ۱۱ / ۳ / ۱۳۸۱ در هیجدهمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی تصویب شد و کلیه آیین نامه ها و دستورالعمل های قبلی مغایر با این آیین نامه از تاریخ تصویب این آیین نامه از درجه اعتبار ساقط است.

## فصل سوم

# اسناد پزشکی و قوانین

## بیمه ای



### الزامات پرونده نویسی

#### الزامات پرونده نویسی

مدارک پزشکی بیماران سرمایه غنی علم پزشکی و ابزار اولیه در زمینه ارزیابی و برنامه ریزی آتی برای مراقبت های بهداشتی و درمانی است و فلسفه اصلی از ثبت دقیق جزئیات بیماری فراهم ساختن امکان مراقبت بهتر از بیمار است.

### دستورالعمل های مستندسازی

#### چگونه مستندسازی انجام شود؟ ( HOW )

- ۱-صحت :داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند.
- ۲-جامعیت :تمام داده های مورد نیاز جمع آوری و ثبت شود.
- ۳-جاری بودن :داده ها باید به روز باشد.
- ۴-تعریف داده ها :هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.
- ۵-دارای جزئیات بودن :صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در برگیرنده جزئیات لازم باشند.
- ۶-دقت :ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرآیند مورد نظر را حمایت کنند.
- ۷-مرتبط بودن :داده ها برای کاربرد یا فرآیند مورد نظر معنادار باشند.
- ۸-به هنگام بودن :اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

#### چه چیزی مستند شود؟ ( WHAT )

در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است .حذف جزئیات یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است .البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود.

#### • دیدگاه حقوقی

مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که

### آنچه در پرونده ثبت نشده :یعنی انجام نشده

#### • قوانین عمومی مستند سازی پزشکی

مستندسازی در هر ویزیت و مواجهه با بیمار باید شامل موارد زیر باشد:  
مشخصات هویتی بیمار

A. شکایت اصلی یا دلیل مراجعه

B. تاریخچه

C. معاینه فیزیکی

D. یافته ها

E. نتایج آزمایشات تشخیصی اولیه

F. ارزیابی و تشخیص بالینی

G. برنامه مراقبت

H. تاریخ و هویت خوانای متخصص مراقبت بهداشتی درمانی

### بعلاوه

-امتناع بیمار از پیگیری توصیه های پزشکی باید ثبت شود.

-مدارک پزشکی باید بطور کامل مطابق با الزامات اخلاق پزشکی و قوانین، محرمانه حفظ شود.

-هر مورد ثبت شده در پرونده باید دارای تاریخ و امضا باشد و عنوان و سمت فرد امضا کننده مشخص باشد.

### • مستندسازی اصطلاحات پزشکی

- ✓ تیم درمانی باید اطلاعات کاملی در زمینه اصطلاحات پزشکی داشته و با اختصارات و علائم استاندارد آشنایی داشته باشند.
- ✓ اختصارات باید از بخش های حیاتی تر پرونده بیمار (تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علل فوت) حذف شوند.
- ✓ در صورت استفاده از اختصارات (به جز موارد استثنا) بهتر است برای بار اول به جای استفاده از اختصار، مطلب مورد نظر بطور کامل ثبت شده و در موارد بعدی از اختصار آن استفاده شود، چرا که ممکن است یک اختصار به چندین واژه پزشکی اطلاق شود و از طرفی استفاده کنندگان مختلف برداشت های متفاوتی از این اختصارات داشته باشند که پی بردن به واژه صحیح، ضمن اتلاف وقت گاهی غیر ممکن است.

### • اصول مستندسازی

- ✓ عینی بودن :حقایق را ثبت کنید و نظرات شخصی خود را حین مستندسازی منعکس نکنید.
- ✓ صریح باشد: برای ثبت باید از بیان صریح به جای گفته های کلی و مبهم استفاده شود .حدسیات و گمان ها را مستند نکنید .
- ثبت باید حاوی اطلاعات واقعی و حقیقی باشند.
- ✓ به هنگام باشد :چون حافظه انسان به آسانی دچار فراموشی می شود، ثبت اطلاعات مراقبت درمانی باید به هنگام رخداد حوادث انجام شود .بنابراین بعد از ارائه مراقبت درمانی تجویز داروها و انجام درمان ها اطلاعات مربوطه را همیشه بعد از دادن دارو یا انجام درمان و نه قبل از آن ثبت کنید.
- ✓ مستندسازی واضح و مداوم باشد :کلیه اطلاعات ثبت شده باید خوانا و مرتب باشد، رعایت املا صحیح و نقطه گذاری و جمله بندی در ثبت اطلاعات ضروری است.

✓ کامل بودن

✓ خوانا بودن

## فصل سوم : اسناد پزشکی و قوانین بیمه ای

تعیین معیار برای خوانایی ساده نیست، به طور کلی خوانایی را می توان این گونه تعریف کرد که آیا یک یادداشت به وضوح و راحتی قابل خواندن است یا نه . تمام موارد ثبت شده داخل پرونده باید خوانا باشد. ناخوانا بودن مستندات می تواند بیمار را در معرض مخاطرات زیادی قرار دهد .خوانا بودن مستندات به سایر درمانگران کمک می کند و تداوم طرح مراقبت بیمار را تضمین می کند.

### چه موقع مستند شود ؟ (When)

- مراقبت و درمان را به هنگام انجام آن یا بلافاصله بعد از انجام آن ثبت کنید.

- هرگز قبل از انجام عملی مطلبی را ثبت نکنید.

### چه کسی مستند می کند ؟ (Who)

تمام افرادی که خدمات مراقبت بهداشتی ارائه می کنند مستندساز نامیده می شوند زیرا آنها به ترتیب زمان حقایق و مشاهدات دائمی درباره سلامت بیماران را ثبت می کنند.

## آشنایی با نحوه تکمیل فرم های پرونده بیماران

### • فرم شرح حال

فرم شرح حال و معاینات بدنی بیمار باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش ، قبل از شروع طرح درمانی توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

\* شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

- شکایت اصلی حاوی شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که علائم ناراحتی وجود داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار پزشک شده از زبان خود بیمار می باشد.

- در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، نحوه بروز حادثه یا مسمومیت ثبت گردد، ثبت باید شامل: نوع صدمه (زخم باز، شکستگی، دررفتگی و ...) موضوع آنامومیکی دچار صدمه، مکانیسم حادثه (حادثه، سقوط از ارتفاع، مسمومیت، چاقو خوردگی، سوختگی و...)، قصد حادثه (تصادفی، عمدی، نامشخص)، مکان وقوع حادثه (منزل، خیابان، کارخانه و ...)، فعالیت فرد هنگام حادثه (رانندگی، آشپزی، ورزش و ...) و نحوه انتقال مصدوم به بیمارستان باشد.

- بیماری فعلی: شرح کاملی از زمان پیدایش بیمار بر حسب تاریخ و پیشرفت بیماری از بروز نخستین علامت تا حال حاضر

- سابقه قبلی: خلاصه ای از کلیه بیماری های قبلی مانند: بیماری های عفونی حاد، سوانح، مسمومیت، جراحی ها، حساسیت ها، حساسیت های دارویی

\*درمورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.

\*در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجاری های مادرزادی، نارس بودن یا بیماری های دوران نوزادی ثبت گردد.

\*در مورد اطفال کمتر از یک سال وزن هنگام تولد ثبت گردد.

- سابقه شخصی: وضعیت تاهل، عادات، سوابق اجتماعی، شغلی و محیط کار و زندگی فرد، به خصوص اگر این عوامل در ایجاد بیماری نقش داشته باشند.

\* در مورد بیماران معتاد به مواد مخدر، مدت زمان اعتیاد به مواد مخدر، نوع مواد مخدر مصرفی، میزان مصرف ثبت گردد. در مورد معتادان تزریقی و آلودگی به ویروس هپاتیت یا ایدز ثبت گردد.

- سابقه خانوادگی: شرح بیماری های خانوادگی که در آنها وراثت نقش داشته، بیماری های روانی، سرطان ها و مسائل عمده سلامت بستگان درجه یک

\* در مورد بیماران با تشخیص سرطان، وجود سابقه سرطان در بستگان درجه یک ثبت گردد.

\* در مورد بیماری های وراثتی، وجود سابقه بیماری در بستگان درجه یک ثبت گردد.

## فصل سوم : اسناد پزشکی و قوانین بیمه ای

- سابقه اجتماعی (مصرف الکل، سیگار، رژیم غذایی، ورزش و فعالیت های روزانه).

- سابقه دارویی (داروهای در حال مصرف و حساسیت ها).

باید توجه داشت که معاینه بدنی بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:

۱. بررسی سیستماتیک اعضای بدن شامل: T, BP, RR, HR
  ۲. عمومی: شامل تغذیه، تب، عرق شبانه، ریزش مو، افزایش و یا کاهش وزن و هر نوع اشتغال یا عادت که احتمالاً "بر پیدایش و یا بروز بیماری موثر بوده است.
  ۳. پوست: سابقه جوش، کبودی و سیانوز، زردی (یرقان) و سایر ناراحتی های پوستی
  ۴. سر: سردرد، مدت، شدت، خصوصیت و محل آن
  ۵. ورم ملتحمه: رنگ پریدگی، کانجشن وریدی و یا وجود پتشی
  ۶. قریه: از نظر اثر زخم و جراحت
  ۷. مردمک: از نظر اندازه، شکل کیفیت عملکرد، تطابق و واکنش در مقابل نور و سایر تحریک کننده ها
  ۸. بینائی: شدت و قدرت دید، حوزه بینائی
  ۹. بیماری های چشمی: گرفتگی ها و دیسک های بینائی، عروق چشمی، ترشحات و خونریزی ها
  ۱۰. گوش ها: اندام تیمپانیک، کانال ها و مجاری، شنوائی، تخلیه و ترشح و...
  ۱۱. بینی: مجاری هوائی، مخاط، تیغه بینی، سینوس ها، ترشحات، خونریزی ها و بویائی
- \*\* پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را به صورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند. ثبت تشخیص الزامی است. از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
- \*\* تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.
- \*\* فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت باید توسط پزشک متخصص مربوطه تایید (مهر و امضاء) گردد.

### • فرم سیر بیماری

- ✓ هدف تکمیل فرم سیر بیماری یعنی مستندسازی پاسخ بیمار به درمان مورد تاکید قرار گیرد و به این فرمت ارائه شود:
- ✓ یادداشت های پذیرش بیمار (ذکر وضع عمومی بیمار در قالب اطلاعات subjective بیمار).
- ✓ یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان مستند شود).
- ✓ یادداشت های نهایی (وضعیت بیمار هنگام ترخیص)
- ✓ توصیه های زمان ترخیص شامل: فعالیت بیمار، رژیم غذایی و در زمان مرگ علت مرگ، یافته های پس از ترخیص و یافته های بعد از انجام اتوپسی.
- ✓ تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
- ✓ یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید بر اساس تاریخ و همه روزه بوده (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار) و حتما وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرآیند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.
- ✓ یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.
- ✓ جمله ی حال عمومی بیمار خوب است، جمله ی آغازین سیر بیماری است! در صورتی که حال عمومی خوب نباشد، این جمله مشخص کننده ی وضعیت بیمار از نظر اورژانسی بودن شرایط است، در مورد مسائل Legal ثبت این جمله مهم است!

## فصل سوم : اسناد پزشکی و قوانین بیمه ای

- ✓ در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.
- ✓ در آخرین یادداشت سر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت، بهبودی، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص بیان شود.
- ✓ هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.
- ✓ اطلاعات ثبت شده در فرم سیر بیماری باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

### • فرم خلاصه پرونده

پزشک معالج بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید و محتوی خلاصه ترخیص باید شامل موارد زیر باشد:

- ✓ دلیل بستری شدن بیمار
- ✓ خلاصه مختصر از تشخیص ها و یا هرگونه بیماری همراه و یا عارضه
- ✓ مهمترین یافته های دوران بستری
- ✓ اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده
- ✓ شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)
- ✓ ثبت دستورات بیماران و خانواده آنها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری
- ✓ تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار الزامی است.
- ✓ تکمیل کلیه موارد ثبت شده بر روی این فرم (تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات کلینیکی و پاراکلینیکی، سیر بیماری، وضعیت بیمار در هنگام ترخیص و توصیه های پس از ترخیص) الزامی است.
- ✓ ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی الزامی است.
- ✓ در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده است به مدت آن نیز در خلاصه پرونده اشاره شود.
- ✓ مهر و امضا پزشک معالج الزامی است.
- ✓ وجود فرم اصلی خلاصه پرونده در پرونده بالینی بیمار الزامی است (لازم به توضیح است که کپی این فرم باید به بیمار داده شود).

### به خاطر داشته باشیم که :

- در مسائل قانونی یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است.
- مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی بر این نظر هستند که "آنچه در پرونده ثبت نشده یعنی انجام نشده"
- گواهی فوت و صدور جواز دفن به طور کامل و دقیق توسط پزشک معالج، رزیدنت پزشک معالج، رزیدنت حاضر در CPR و یا پزشک مسؤول بخش تکمیل گردد.
- در صورتی که مرگ جزو موارد ۲۲ گانه ارجاع به پزشکی قانونی باشد گواهی فوت صادر نشده و اقدامات لازم جهت ارجاع بیمار به پزشکی قانونی انجام می گیرد.

### فهرست بیمارانی که نیاز است به پزشکی قانونی انتقال یابند

۱. قتل
۲. خودکشی
۳. مرگ بدنبال هرگونه منازعه (اعم از درگیری فیزیکی و یا لفظی)
۴. مرگ ناشی از صدمات هر نوع سلاح سرد و یا گرم
۵. مرگ بدنبال حوادث رانندگی و تصادف (به هر شکل یا به هر فاصله زمانی از حادثه که مرگ رخ دهد)
۶. مرگ بدنبال مسمومیت ( شیمیایی، دارویی، گازگرفتگی و ...)
۷. مرگ بدنبال سوء مصرف مواد مخدر
۸. مرگ بدنبال حوادث (زلزله، سیل، سقوط، برق گرفتگی، سرمازدگی، گرمزدگی، صاعقه زدگی و ...)
۹. مرگ ناشی از کار ( حوادث شغلی، مواد آلاینده محیط کار و ...)
۱۱. مرگ در زندان، بازداشتگاه، پرورشگاه، اردوگاه، پادگان، آسایشگاه، مهمانسرا و ...
۱۱. مرگ در معابر و مجامع عمومی و پارک ها
۱۲. مرگ ناشی از اقدامات تشخیصی و درمانی
۱۳. مرگ مادر باردار شامل دوران بارداری، زایمان تا ۴۲ روز پس از زایمان، متعاقب سقط جنین وحاملگی خارج از رحم ( مرگ مادر یا نوزاد )
۱۴. مرگ حین یا متعاقب ورزش
۱۵. مرگ های ناگهانی غیرمنتظره و غیرقابل توجیه
۱۶. هر مرگی که احتمال شکایت از کسی مطرح باشد.
۱۷. هر نوع مرگ مشکوک
۱۸. مرگ افراد ناشناس
۱۹. مرگ اتباع بیگانه
۲۱. مرگ ناشی از خشونت خانوادگی
۲۱. هر مرگی که احتمال جنحه یا جنایت در آن برود
۲۲. مرگ کمتر از ۲۴ ساعت از زمان بستری در بیمارستان

### راهنمای بیمه جهت فراگیران

#### • الزامات بیمه ای :

- ضوابط لازم الاجرا توسط پزشکان در خصوص نسخ سرپایی :
- ۱- کنترل تاریخ اعتبار دفترچه بیمه در زمان ویزیت
  - ۲- تطبیق مشخصات مراجعه کننده و دفترچه بیمه
  - ۳- هر گونه اصلاح تاریخ در زمان نوشتن نسخه می بایست در رو یا پشت نسخه مخصوص پزشک قید گردیده و مهر امضا گردد.
  - ۴- پس از نوشتن نسخه، حتما برگ مخصوص بیمار را با عنوان سابقه پزشکی مهر نمایند.

### • عواملی که منجر به کسورات می شود:

#### ➤ دفترچه بیمه :

- ۱- عدم تاریخ اعتبار برگ بیمه، پارگی تاریخ اعتبار، عدم مهر ارجاع برگه بیمه روستایی
- ۲- خط خوردگیها و مغایرت امضاء برگ بیمه ها توسط پزشک؛ فاقد مهر و امضاء پزشک

#### ➤ اوراق پرونده:

- ۱- کامل نبودن شرح عمل، شرح حال، خلاصه پرونده، مشاوره و دستورات پزشکی توسط پزشک در برگه شرح حال تمامی جراحی ها، درج زمان شروع و پایان جراحی با تایید جراح الزامی است و جز اسناد مثبت حساب می شود و در صورت عدم درج زمان در شرح عمل ۱۰ درصد حق العمل جراح به صورت غیرقابل برگشت کسر می گردد.
- ۲- در جراحی های متعدد به وسیله یک یا دو جراح درصد کدهای جراحی باید مطابق دستورالعمل بیمه ها اعمال گردد که دستورالعمل پیوست می باشد.
- ۳- اعمال کدهای تعدیلی بیهوشی باید مطابق دستورالعمل بیمه ها اعمال گردد.
- ۴- ویزیت های منجر به جراحی برای جراح قابل مقایسه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی).
- ۵- ویزیت منجر به بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.
- ۶- برای بیمارانی که در بخش ویزیت می شوند فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می گیرد. چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که پزشک دیگری بیمار را ویزیت نماید درخواست مشاوره کند تا برای پزشک دوم مشاوره حساب شود و حداکثر مشاوره قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره با تخصص های مختلف و حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص و مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت مشاوره درخواست گردد.
- ۷- عمل هایی که جنبه زیبایی داشته باشد در تعهد بیمه نیست.

### • نحوه پر کردن برگه های بیمه در درمانگاه :

- دفترچه بیمه می بایست حتما تاریخ اعتبار داشته باشد.
- تاریخ اعتبار ویزیت خوانا بدون خط خوردگی نوشته شود (در صورت اشتباه پشت نویسی گردد). تاریخ صفحه دوم نیز کپی گردد.
- هر برگ توسط یک متخصص مهر و امضا شود.
- حتما امضا با مهر پزشک مطابقت داشته باشد.
- هر گونه آزمایش، گرافی و دارو در درمانگاه درخواست شد در برگه بیمه ثبت شده و برگه دوم به منشی مسترد گردد.
- در صورتی که برای بیمار ویزیت یا پروسیجر انجام شده باشد هر دو برگه تحویل منشی درمانگاه گردد.
- در صورت عدم حضور اتند برگه های بیمه به نام دستیار سال ۳ به بالا مهر و امضا شود.
- اینترن های محترم از امضا برگه های بیمه خودداری نمایند.
- دستورات پزشک در بیماران سرپایی فقط با مهر و امضا دستیار مربوطه باشد.

## فصل چهارم

### حقوق گیرندگان خدمت

### و اخلاق پزشکی



### اصول اخلاق پزشکی : Medical Ethics

اخلاق پزشکی : سیستمی از اصول و قواعد اخلاقی است که ارزش ها و قضاوت ها را در حوزه پزشکی به کار می گیرد . به عنوان یک رشته علمی، اخلاق پزشکی کاربردهای عملی خودش را در موقعیت های بالینی هم زمان با کار روی تاریخ، فلسفه، الهیات و جامعه شناسی در برمی گیرد.

#### معیارها و ارزش ها در اصول اخلاق پزشکی

چارچوب رایج در تحلیل اخلاق پزشکی روش بکارگیری « اصول ۴ گانه » است که توسط تام بیوچامپ و جیمز چیلدرس در کتابشان به نام « قوانین اصول اخلاق زیستی پزشکی » فرض مسلم دانسته شده است . این روش، ۴ اصل اخلاقی اولیه و ساده را شناسایی می کند که در تعامل با یکدیگر سنجیده و داوری می شوند و توجه فرد را به سمت حدود و وسعت کاربردهای جلب می کنند . این چهار اصل عبارتند از:

- ۱- احترام به خود مختاری و استقلال فردی یعنی بیمار حق دارد روش درمان خود را انتخاب کند یا از آن امتناع کند.
- ۲- سودرسانی یعنی فرد شاغل در این حوزه باید به نفع بیمار و سود او عمل کند.
- ۳- عدم ضرررسانی یعنی به فرد آسیبی وارد نشود.
- ۴- عدالت یعنی مسائل مربوط به توزیع منابع بهداشتی درمانی کمیاب و تصمیم گیری در مورد اینکه چه کسی چه درمانی را دریافت می کند، عدالت و انصاف و برابری رعایت گردد.

اخلاق و پزشکی به شکلی جدایی ناپذیر به یکدیگر پیوند خورده اند . هر پزشکی پیش از شروع به کار سوگندنامه ای امضا می کند که او را به رعایت اصولی ملزم می سازد . محور و رکن نخست حرفه پزشکی، ارتباط پزشک با خدا و وجدان خود است و فقط در چند حرفه معدود مانند قضاوت، چنین وضعیتی وجود دارد و به همین علت است که سوگند نامه به عنوان یک موضوع جدید در پزشکی مطرح می شود . در میان مشاغل مختلف، پزشکی به نوعی منحصر به فرد است، چرا که مستقیم با جان آدمی مرتبط است . به همین دلیل، اخلاق جزئی جدایی ناپذیر از علم پزشکی تلقی می شود، در حال حاضر نیز قوانین و بیانیه های متعددی برای ، هدایت رفتارها و روش های حرفه ای پزشکی تدوین شده است.

اخلاق پزشکی، حقوق پزشکی و اخلاق زیستی سه مقوله مطرح در پزشکی هستند . حقوق پزشکی باید ها و نبایدهایی را که قوانین قضایی برای حرفه پزشکی تنظیم کرده مشخص می کند . اما اخلاق پزشکی با حقوق پزشکی متفاوت است . موضوع اخلاق زیستی که به تازگی مطرح شده مطالعه روش مند برخورد و سلوک بشر در چارچوب علوم زیستی و بدن انسان را مطرح می کند . رعایت اصول اخلاق پزشکی و برخورد و منش مناسب با بیمار و همراه او در فرهنگ و جامعه ما چه در طب قدیم و چه در طب جدید پیشینه غنی دارد و کتب و فصول مختلفی در مورد اخلاق پزشکی در نوشته های طبیبان قدیم به خصوص زکریای رازی و ابن سینا وجود دارد و در طب جدید هم الگوهای بزرگ اخلاق مانند مرحوم دکتر قریب را داریم.

### آیین نامه ها و ضوابط

#### مراعات ارزشهای متعالی و ضوابط شرعی

به موجب ماده ۳ قانون تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، این وزارت موظف است ارزش های اسلامی را در کلیه امور پزشکی و بهداشتی و درمانی کشور تثبیت نماید . کلیه فعالیت های بیمارستانی بایستی با حفظ و تحکیم این ارزش های متعالی رسیدگی و اجراء گردد . مراعات اصول و موازین شرعی و حفظ حریم و شئونات بیماران و مصدومین و مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی، در کلیه مراحل امداد رسانی و درمان و بعد از آن لازم و ضروری است . مصادیقی از اجرای این موازین به شرح زیر بیان می گردد . در کلیه بیمارستان ها وجود و فعالیت یک کمیته اخلاق پزشکی جهت ارائه رهیافت های لازم در زمینه نحوه استفاده مطلوب از یافته های علوم تجربی و امکانات تشخیصی درمانی و مراعات ارزش های متعالی اسلامی در امور پزشکی ضروری است . این کمیته زمینه ساز اعتماد متقابل بین جامعه پزشکی و مردم و مراجعین به بیمارستان می باشد .

\*\*\* حفظ حریم و شئونات همه افراد واجب و لازم است و هیچ کس حق ندارد نسبت به هتک حرمت و برخورد غیرمحترمانه و اهانت آمیز نسبت به بیماران یا بستگان ایشان مبادرت ورزد .

\*\*\* پوشاندن مناطقی از بدن بنا به دلائل شرعی بایستی رعایت گردد . حفظ پوشش مورد نیاز به ویژه جهت بانوان در زمان انتقال و درمان و بعد از آن ضروری است . تنها در راستای اهداف درمانی در حداقل مورد نیاز رفع پوشش از نواحی مبتلا جهت پرسنل درمانی مجاز خواهد بود . چنانچه به دلائل درمانی ضروریست لباسهای بیماران از بدن ایشان خارج گردد . لازم است با استفاده از ملحفه های تمیز و مناسب و ترجیحا سفید رنگ پوشش مورد نیاز تأمین گردد .

\*\*\* حفظ و مراعات موازین شرعی نباید مانعی جهت کمک رسانی فوری و مورد نیاز به بیماران و مصدومین گردد .

\*\*\* چنانچه برای ارائه این نوع خدمت بنا به دلائلی استفاده از پرسنل غیر همگن اجتناب ناپذیر باشد، در کلیه مراحل ارائه این قبیل خدمات بایستی اصول و موازین شرعی مراعات گردد .

\*\*\* حفظ اسرار بیماران در کلیه مراحل درمان و بعد از آن لازم است .

\*\*\* التزام عملی و تلاش در جهت حفظ قداس حرفه ای پزشکی ( ایجاد ارتباط صحیح با مراجعین، تبلیغات صحیح و غیر گمراه کننده، حفظ شئون و حریم همکاران و عدم تبلیغ سوء بر علیه ایشان، عدم صدور گواهی های غیر واقعی و ... ) داشتن تقوای حرفه ای بویژه در امور مالی مربوط به درمان بیماران و انجام کلیه اقدامات ضروری در موارد فوریت های پزشکی، بدون ملاحظات مالی بر اساس ضوابط شرعی و قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب سال ۱۳۵۴ .

### مقررات مربوط به بیماران و منشور حقوق بیمار

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثرو همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

۳. بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصا و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت های پزشکی این امر منجر به تاخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روشها را درحد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.
۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
۶. بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوی پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد اطمینان حاصل نماید.
۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً "در روند درمان شرکت ندارند" موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
۸. بیمار حق دارد از دسترسی پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او موثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
۱۰. بیمار حق دارد در صورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

### موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرنده خدمت

#### ۱- دریافت اطلاعات:

- ۱-۱. منشور حقوق گیرنده خدمت در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار دارد.
- ۱-۲. بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت ازجمله پزشک، پرستار، دانشجو(با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر، اطلاع رسانی می نماید.
- ۱-۳. بیمارستان با رعایت مقررات پوشش مصوب وزارت بهداشت، شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل می نماید.
- ۱-۴. بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص روش های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش آگاهی 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 ای ساده و قابل درک اطلاع رسانی می نماید.
- ۱-۵. بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان، اطلاع رسانی می نماید.
- ۱-۶. بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده خدمت و مراجعان درباره خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیردرمانی، ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی، بیمه های طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن، همچنین سیستم های حمایتی اطلاع رسانی می نماید.
- ۱-۷. بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط اطلاع رسانی می نماید.
- ۱-۸. بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص خط مشی حفاظت از اموال گیرنده خدمت اطلاع رسانی می نماید.

#### ۲- مطلوبیت خدمات سلامت:

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

- ۲-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.
- ۲-۲. بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تأمین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.
- ۲-۳. بیمارستان، در صورتی که ارائه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد، پس از ارائه خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز را فراهم می نماید.
- ۲-۴. بیمارستان، ایمنی گیرنده خدمت را تضمین می نماید

### ۳- گروه های آسیب پذیر:

- ۳-۱. بیمارستان از گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیت های در معرض خطر، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید.

### ۴- گیرنده خدمت در حال احتضار:

- ۴-۱. بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبت های محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه می نماید.
- ۴-۲. بیمارستان شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.

### ۵- محرمانه بودن اطلاعات:

- ۵-۱. بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- ۵-۲. بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار می دهد.

### ۶- حفظ حریم خصوصی:

- ۶-۱. بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه می نماید.
- ۶-۲. بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم می نماید.
- ۶-۳. بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکان پذیر باشد.
- ۶-۴. در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.
- ۶-۵. بیمارستان از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند اطمینان کسب می نماید.
- ۶-۶. بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می نماید.

### ۷- همراه گیرنده خدمت:

- ۷-۱. بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه می دهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد).

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

### ۸- پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی گیرندگان خدمت:

۸-۱. بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواست های گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی اعتقادی را دارد و به آن عمل می نماید .

۸-۲. محلی به عنوان نمازخانه مرکزی به مراجعین اختصاص داده شده است.

۸-۳. در تمامی بخش ها محلی برای نمازخانه در نظر گرفته شده است و تجهیز شده است. ۸.

۸-۴. کارشناس مذهبی به مدت سه روز در هفته جهت پاسخگویی به کارکنان و مراجعین در بیمارستان حضور دارند و در صورت نیاز بر بالین بیماران حاضر می شوند.

۸-۵. جهت قبله در اتاقهای بستری مشخص شده است.

### ۹- آموزش:

۹-۱. گیرنده خدمت آموزش های ضروری برای استمرار درمان را دریافت می نماید.

۹-۲. فرم آموزش به بیمار در پرونده بیمار قرار داده شده است و کلیه پرسنل در خصوص آموزش بدو ورود ، حین بستری و هنگام ترخیص را به بیمار و همراهان وی آموزش های لازم را ارائه می نمایند و در فرم مربوطه ثبت می نمایند.

۹-۳. پمفلت های آموزشی جهت کارکنان و مراجعین تهیه گردیده و در اختیار آن ها قرار داده می شود.

۹-۴. کتاب ها و جزوات آموزشی مرتبط با تخصص های هر واحد در اختیار بخش ها قرار داده شده است.

۹-۵. آزمون های بدو خدمت ، توانمند سازی کارکنان ، کنترل عفونت و ..... بر اساس زمان بندی واحد آموزش ، در این مرکز برگزار می گردد.

۹-۶. کلاس های آموزشی بر اساس فرم های نیاز سنجی(PDP) کارکنان برگزار می گردد.

### ۱۰- انتخاب آزادانه و مشارکت:

۱۰-۱. بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب می نماید.

۱۰-۲. بیمارستان پس از ارائه اطلاعات، با در نظر گرفتن شرایط بیمار، زمان لازم و کافی جهت تصمیم گیری و انتخاب در اختیار گیرنده خدمت قرار می دهد.

۱۰-۳. بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظر خواهی کند.

۱۰-۴. بیمارستان از قبول یا رد درمانهای پیشنهادی پس از آگاهی کامل از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر قرار می دهد، اطمینان کسب می نماید.

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

۵-۱۰. بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت درمورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم گیری است ثبت می نماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی، به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار می دهد.

### ۱۱- رضایت آگاهانه:

۱۱-۱. در بیمارستان یک لیست مشخص از اقدامات و درمان هایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد.

### پروسیجرهای که نیاز به رضایت آگاهانه دارند :

۱. تمامی اعمال جراحی
۲. هر پروسیجر که با انسزیون پوست همراه باشد
۳. هر پروسیجر که با بیحسی موضعی/عمومی ومراقبت پایش شده بیهوشی وتسکین درد توام باشد
۴. تزریق هر گونه ماده/مواد در فضاهای بین مفصلی/فضای بدن
۵. اسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست ( مانند: ارترو سینترسین،ال پی،تورا سنتز،پارا سنتز ،سوپرا پوبیک،گذاشتن چست تیوب)
۶. بیوپسی
۷. پروسیجرهای قلبی
۸. اندسکوپي ( به عنوان مثال: کولونوسکوپي ،برونکوسکوپي،ازفاگوگاستریک اندسکوپي ،سیستوسکوپي ،گاسترستومی ،اندسکوپیک زیر جلدی ، گذازدن لوله نفوستومی ،گذاردن لوله جی )
۹. پروسیجرهای لاپاراسکوپیک ( به عنوان مثال: کله سیستمکتومی لاپاراسکوپیک،نفروکتومی لاپاراسکوپیک)
۱۰. پروسیجرهای تهاجمی رادیو لوژی( بیوپسی زیر جلدی ، آنژیو گرافی،آنژیو پلاستی )
۱۱. پروسیجرهای درماتولوژی(به عنوان مثال: بیوپسی وکرایو تراپی بافت های عمیق)
۱۲. پروسیجرهای تهاجمی چشمی
۱۳. پروسیجرهای دهانی(کشیدن دندان، بیوپسی لثه)
۱۴. اعمال تهاجمی جراحی کودکان
۱۵. دبرید پوست/ زخم که در اتاق عمل مداخله تشخیصی درمانی انجام می شود
۱۶. درمان با الکترو شوک
۱۷. سنگ شکنی
۱۸. گذاردن کاتتر ورید مرکزی
۱۹. گذاردن پگ
۲۰. رادیو تراپی در بیماران انکو لوژی
۲۱. لاواژ پريتون
۲۲. تراکوستومی
۲۳. اکو ترانس ازوفازيال
۲۴. شوک به بیمار
۲۵. کولپوسکوپي
۲۶. پروسیجرهای تهاجمی ناباروری

۲۷. بلوک درمانی

۲۸. ختنه

۲۹. ترانسفوزیون خون

۳۰. شیمی درمانی

۳۱. دیالیز صفاقی

۳۲. پلاسما فروز

۲-۱۱. بیمارستان طی فرآیندی مستند توسط کارکنان آموزش دیده و با مسئولیت پزشک معالج، از گیرنده خدمت، رضایت آگاهانه اخذ می نماید.

۳-۱۱. اطلاعات لازم در زمینه خطرات، محاسن و جایگزین های روش فعلی قبل از اخذ رضایت نامه آگاهانه از گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی، به زبان ساده و قابل درک، در اختیار گیرنده خدمت قرار می گیرند.

۴-۱۱. رضایت اخذ شده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.

۵-۱۱. اگر رضایت نامه عمومی خدمات مراقبتی در زمان پذیرش بستری یا سرپایی، از گیرنده خدمت اخذ می شود، دامن و محدوده نهایی آن به وضوح مشخص شده است.

### ۱۲- نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت:

۱-۱۲. دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت، براساس قوانین و آیین نامه های موجود انجام می گیرد.

۲-۱۲. انجام تمام اقدامات ضروری در فوریت های پزشکی، بدون ملاحظات مالی و براساس قوانین جاری انجام می گیرد.

۳-۱۲. گیرنده خدمت در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از وجود تخصص های لازم برای درمان، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع می گردد و در صورت امکان حق انتخاب دارد.

### ۱۳- نظام کارآمد رسیدگی به شکایات:

۱-۱۳. فرآیند اعلام شکایات یا پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند در محلی قابل رؤیت نصب شده است.

۲-۱۳. بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می دهد تا بدون ترس از مجازات و به وجود آمدن اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت، بدون ذکر نام، به صورت کتبی و شفاهی به شیوه ای محترمانه و با رعایت قوانین و مقررات به مقامات ذیصلاح شکایت نماید یا پیشنهاد دهد.

۳-۱۳. بیمارستان در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می نماید و خسارت وارده به وی را جبران می نماید.

۴-۱۳. سیستم ارسال پیامک و پاسخگویی از طریق تلفن در این مرکز به صورت ۲۴ ساعته فعال می باشد.

### ۱۴- سنجش رضایت گیرنده خدمت:

۱-۱۴. بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش قرار می دهد.

۲-۱۴. تحلیل نتایج و طراحی و اجرای برنامه مداخله ای مناسب براساس آن مستند شده اند.

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

### کلیه فراگیران در رده های مختلف موظفند براساس حقوق گیرنده خدمت:

- در اولین ویزیت خود را به بیمار / همراه معرفی نمایید.
- اطلاعات در مورد روش های تشخیصی، درمانی، عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و ... را برای بیمار / همراه ارائه نمایید.
- اطلاعات در مورد پروسیجرهای تهاجمی و اعمالی که نیازمند دریافت آرام بخشی عمیق و متوسط هستند عوارض، درمان های جایگزین، فواید و ... و به بیمار / همراه ارائه نمایید.
- حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایید .
- اصل رازداری بیمار را رعایت نمایید.

### ❖ مهارت های ارتباطی و رفتاری

#### ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای

##### تعریف ارتباط موثر :

ارتباط موثر عبارتست از انتقال صریح و دریافت محتوای هر پیام و نیاز به این دارد که نیت یا قصد فرستنده پیام از طریق کانال نسبتا واضحی گیرنده پیام انتقال می یابد و گیرنده نیز می باید درک و فهم مشابه از معانی که نزد فرستنده است را دارا باشد .

##### عوامل کمک کننده به برقراری ارتباط موثر در یک ارتباط درمانی و حرفه ای :

۱ . تکرار کلمات کلیدی : فراگیر باید در بین کلمات بیمار عبارات کلیدی را بیابد و از آنها برای ارتباط با او استفاده نماید . برای مثال بیمار می گوید ( از وقتی پارسال عمل کردم هیچ چیز خوب پیش نمی رود . دیگر نمی توانم مانند گذشته به انجمنی که دوست داشتم بروم ) . در اینجا عبارت کلیدی (از وقتی پارسال عمل کردم ) است .

۲ . پاسخهای کوتاه : مثلا گفتن کلماتی مانند ( آهان فهمیدم ) و یا ( بله ) یا تکان دادن سر به نشانه تاکید به یک ارتباط موثر کمک میکند.

۳ . سکوت : گاهی اوقات اگر فراگیر احساس کند که بیمار می خواهد حرفی به گفته های قبلی خود اضافه کند بهتر است چیزی نگوید .

۴ . لمس : لمس به عنوان یکی از موثرترین راه های غیر کلامی جهت بیان احساسات مانند آسودگی،عشق، دلبستگی، امنیت و عصبانیت، محرومیت و پرخاش و هیجان و ... می باشد . ما از دستهایمان در بسیاری از اقدامات مراقبتی درمانی استفاده میکنیم . ولی باید با احتیاط استفاده شود زیرا بعضی آن را نشانه بی احترامی می دانند . لمس در بچه ها جهت تکامل (من) لازم است و در افراد مسن نشانه توجه است .  
۵ . بازتاب احساسات : به این طریق فراگیر علاقه و توجه خود را نشان می دهد . یعنی از لابه لای گفتار بیمار و یا رفتار بیمار برداشتی را که دارد به صورت کلامی ابراز می دارد . برای مثال بیمار می گوید : (من در را محکم کوبیدم) که نشان دهنده عصبانیت فرد است . در این جا فراگیر در حرف های خود می گوید (من متوجه بودم که تو عصبانی بودی و یا اذیت شدی) .

۶ . استفاده از سوالات باز : اگر فراگیر بخواهد راجع به یک موضوع اطلاعات بیشتری به دست بیاورد می تواند از سوالات باز استفاده نماید . مثلا ممکن است بپرسد (شما گفتید که سال گذشته عمل داشتید، شاید بتوانید راجع به این موضوع بیشتر با من صحبت کنید) .

❖ رجوع شود به بسته آموزشی مهارتهای رفتاری و ارتباطی مرکز ، تدوین و گردآوری: واحد توسعه آموزش ( EDU ) و اعتبار بخشی

آموزشی معاونت آموزشی مرکز

۷. درخواست برای روشنی و وضوح : گاهی درک حرفهای بیمار مشکل است . بنابراین سوالاتی نظیر ( منظور شما این بود که (مثلا) احساس گناه می کردید ؟ آیا درست متوجه شدم ) به درک حرف بیمار کمک می کند .

۸. یافتن راه حل ها : آگاهی به برخی عوامل که مشکلات را ایجاد می کند و بیمار نسبت به آن آگاه نیست می تواند به فراگیر کمک نماید که راهکارهایی در پیش گیرد تا در جهت حل مشکل بیمار اقدام نماید . در عین حال باید مراقب باشد تا عقاید شخصی خود را تحمیل نکند .  
۹. دادن اطلاعات : فراگیر باید همیشه به سوالات بیمار پاسخ بدهد . پاسخها باید همیشه واضح باشد و نکات گفته شده در موارد قبل مورد توجه قرار گیرد. برای مثال بیمار پرسد ( من شنیدم که آنها می خواهند فردا مرا عمل کنند . میخواهم بدانم چه ساعتی مرا عمل می کنند ؟ ) فراگیر می گوید : ( من لیست عمل فردا را دیده ام ، عمل شما فردا ۵ صبح است ) .

۱۰. گوش دادن به بیمار : در کلیه ارتباطات بیمار با فراگیر قبل از هر چیز بایستی مشکلات، علایق، احساسات و فعالیت های بیمار مورد توجه قرار گیرد . به منظور کمک به بیمار، فراگیر باید به بیمار گوش دهد . برای گوش دادن ، فراگیر باید روبروی بیمار در فاصله ۳ فوتی قرار گرفته و موانع فیزیکی برداشته شده و ارتباط چشمی برقرار شود . یک موقعیت راحت به خود بگیرد و جهت بازخورد مختصری به جلو خم شود و با تکان سر تصدیق نماید . در بیشتر مواقع نیاز بیمار فقط گوش شنوا است . فراگیر باید موقعیت های مناسب برای گفتگو را کشف کند .

۱۱. رعایت ادب و احترام و مهربانی : مانند گفتن سلام و خداحافظی ، در زدن قبل از ورود ، معرفی خود و بیان منظور ، صدا زدن با نام خانوادگی ، گفتن لطفا و تشکر و ... اجتناب از اصطلاحات محبت آمیز نظیر ( عزیز و ..... ) اجتناب از ارجاع بیمار با تشخیص و یا شماره اتاق و ...

۱۲. راز داری : فراگیر باید کسانی را که در دریافت اطلاعات برای بیمار سهیم هستند را مشخص نماید .

۱۳. جلب اعتماد بیمار با درستی

۱۴. در دسترس بودن و اجتناب نکردن از بیمار

۱۵. همدلی نه همدردی : همدلی به معنی توانایی برای فهمیدن و پذیرش واقعی شخص دیگر و درک درست احساسات و نشان دادن آن است یعنی خود را به جای دیگران بگذاریم . همدردی غمگین بودن یا احساس ترحم و دلسوزی به وسیله فراگیر برای بیمار است که مانع از بررسی تمام جوانب مشکلات بیمار می شود که روش درمانی محسوب نمی شود .

۱۶. آرزو و تشویق : البته باید در جایگاه مناسب استفاده گردد و از اطمینان دادن نامناسب خودداری کرد .

۱۷. شوخی : جهت کاهش احساسات نامناسب بیمار بوده و باید در جایگاه مناسب استفاده گردد .

۱۸. درک حساسیتهای فرهنگی و جنسی

۱۹. گرمی و دوستی : مثل شروع آشنایی با یک سلام و احوال پرسی

۲۰. شایستگی و هدفمندی در ارائه مراقبت

۲۱. محیط راحت : مانند صندلی و نور و حرارت مناسب و جو آرام و بدون استرس .

۲۲. حفظ خلوت و تعیین حریم بیمار : مثل کشیدن پاراوان ، صحبت در محیطی خصوصی و ... یا در بعضی از بیماران تماس نزدیک موجب خشم بیمار می شود .

۲۳. حفظ بیمار محوری و نه فعالیت محوری

۲۴. حفظ تن مناسب صدا

۲۵. داشتن اطلاعات مناسب در هنگام گفتگو با بیمار

۲۶. قابلیت انعطاف در گفتگو با بیمار : اگر بیمار به موضوع گفتگو علاقمند نیست در یک زمان مناسب با بیمار صحبت کنیم .

۲۷. استفاده از جملات ساده و مختصر و نه اصطلاحات پیچیده پزشکی و یا دارای تعبیر مختلف

۲۸. مهارت‌های قاطعانه : که دارای ۴ جزء اصلی است :

همدلی، توصیف احساسات یا موقعیت فرد، مشخص نمودن انتظارات، پیش بینی پیامد ها .

۲۹. خلاصه کردن : گاهی جهت مرور کلمات کلیدی استفاده می شود .

۳۰. ارتباط متمرکز : برای تاکید بر موضوع خاص و یا هدایت موضوع و جلوگیری از پراکندگی موضوع به کار می رود .

۳۱. استفاده از بیان واضح و مناسب

۳۲. پذیرش و واکنش : به صورت یک واکنش مثبت و یا اطمینان دهی مناسب از طریق یک بیان کلامی و یا غیر کلامی مناسب می باشد.

۳۳. مواجهه مناسب : با تشخیص شرایط روحی و جسمی و رفتاری مددجو .

۳۴. اجتماعی کردن : یعنی فراگیر با صحبت‌های روزمره ارتباط صمیمانه تری برقرار نماید . ولی باید از اجتماعی کردن نامناسب خودداری کرد و این با توجه به موقعیت متفاوت است .

۳۵. اجازه به بیمار جهت بیان خود و استقلال

### مراحل ارتباط فراگیر و بیمار

بسیاری از افرادی که به مراکز مراقبت‌های بهداشتی وارد می شوند قصد کمک به مردم را دارند و این امر به صورت اتفاقی امکان پذیر نبوده و بیشتر با برقراری یک ارتباط هدفدار به تحقق می پیوندد . ارتباط یاری دهنده بین بسیاری از افرادی که در جهت ارضای نیازهای بشری همکاری می کنند وجود دارد . پزشک هم جزو این افراد به شمار می رود . این نوع ارتباط شرایطی را جهت افراد مشارکت کننده ایجاد می نماید تا به سوی هدفهای مشترکشان به جهت دستیابی به نیازهای اساسی بشر حرکت نمایند . بنابراین نتیجه موفقیت آمیز یک ارتباط یاری دهنده، خوشنودی و رضایت است . هنگام برقراری ارتباط یاری دهنده بین پزشک و بیمار ، پزشک به بیمار جهت رسیدن به هدف و ارضای نیازهای اساسی کمک می کند . این نوع ارتباط با یک ارتباط اجتماعی و یا دوستانه متفاوت است و خود به خود به وجود نمی آید و ارتباطی حرفه ای و پویا به شمار می رود . بنابراین پزشک باید تلاش نماید در این ارتباط چهره ای مطلوب از حرفه پزشکی نشان دهد. این ارتباط دارای ۳ مرحله است :

#### ۱. مرحله معرفی یا آشنایی

زمانی است که صرف آشنایی پزشک و بیمار با یکدیگر شده و اعتماد متقابل بین آنان ایجاد می گردد . این مرحله به دلیل اینکه پذیرش بیمار برای او و خانواده اش اضطراب آور و تنش زا است ، حائز اهمیت می باشد و شروع یک ارتباط درمانی موثر باعث ایجاد محیط مراقبتی گرم و مناسب و کاهش اضطراب بیمار و همراهان می گردد . فراگیر با آشنایی با بیمار اطلاعاتی از وی در خصوص تاریخچه و شرح بیماری دریافت می کند و در این مرحله اعتماد بیمار را جلب می کند .

#### ۲. مرحله اجرا

## فصل چهارم : حقوق گیرندگان خدمت و اخلاق پزشکی

طولانی ترین مرحله در ارتباط است . این مرحله با جمع آوری اطلاعات و طرح برنامه مراقبتی همراه با تشریک مساعی با بیمار شروع می شود . فراگیر و بیمار هر دو در جهت رفع نیازهای بیمار کار می کنند . تعاملات فراگیر و بیمار هدفدار بوده و وسیله ای است جهت اطمینان به دستیابی توافق دو جانبه که بر اساس اهداف بهداشتی کوتاه مدت و بلند مدت طراحی شده است . در این مرحله فراگیر موظف است هرگونه یاری مورد نیاز را جهت نیل به اهداف فراهم آورد . و در این مرحله فراگیر با انجام اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب در جهت بهبودی بیمار تلاش می نماید .

### ۳ . عقد قرارداد با بیمار

عقد قرارداد با بیمار و یا ارائه آموزش های موثر به بیمار و خانواده وی در خصوص بیماری و عوارض ناشی از آن و همچنین شرح خدمات تشخیصی و مراقبتی لازم برای بیمار به همراه مزایا و معایب روش می باشد . و در نهایت با ارائه ی آگاهی های لازم به بیمار و خانواده ی وی ، آن ها را از نگرانی و اضطراب خارج نموده و از سردرگمی نجات می دهد .

### ۴ . مرحله پایانی ( اختتام )

شامل ارائه آموزش های موثر حین ترخیص و آگاه نمودن بیمار و خانواده وی در خصوص چگونگی مراقبت در منزل و همچنین پیگیری روند درمان بیمار پس از ترخیص می باشد . در واقع ارتباط بیمار با پزشک حتی پس از ترخیص نیز ادامه یافته و سبب تسریع روند بهبودی بیمار و کاهش عوارض پس از ترخیص می گردد.

## مراقبت از بیمار در حال احتضار ( مرگ )

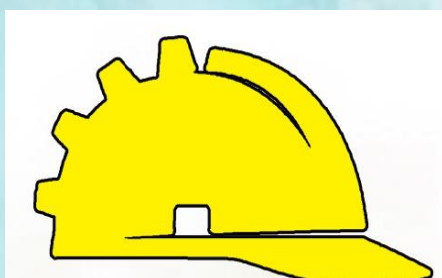
مفهوم مرگ از دیرباز ذهن بشر را به خود مشغول داشته و انسان همیشه جویای آن بوده است که راهی به سوی این دنیای مرموز و مجهول پیدا کند و از آینده ی سرنوشت خویش مطمئن شود . بیماران در حال مرگ نیازهای فراوان جسمانی، اجتماعی و روانی دارند امروزه علاقه قابل توجهی نسبت به تعیین نیازهای فرد در حال مرگ و اعضای خانواده وی نشان داده می شود . بیشتر از ۴۲ درصد مرگ ها در بیمارستان اتفاق می افتد و فراگیران به دلیل ماهیت شغلی خود ، اولین افرادی هستند که با بیماران بدحال و مشرف به مرگ ، دوستان و خویشاوندان وی در تماس می باشند .

مراقبت از بیماران در حال احتضار و آرامش بخشیدن و تسلی دادن به خانواده ی وی، خواه مرگ ناگهانی بوده و یا به دنبال یک بیماری طولانی بروز کند، از دشوارترین تجارب فراگیران است . نقش فراگیر در کمک به بیمار در جهت درک و قبول مرگ است . فراگیر نقش محوری در تیم بهداشتی درمانی دارد . این مسأله ایجاب میکند که او در مراقبت از بیمار در حال مرگ از مهارت های خاصی، استفاده کند. فراگیر در این زمان به عنوان یک فرد مراقب و مشاور عمل می کند .

فراگیر باید برای کمک به بیمار و خانواده ، موقعیت بیمار را نسبت به مراحل مختلف مرگ تشخیص دهد و بر اساس وضع روحی بیمار وی را حمایت کند . در سال های اخیر توجه به مرگ و فرآیند آن در سطح دنیا افزایش یافته است . مرگ و احتضار به طور معمول در همه ی برنامه های آموزشی کارکنان بهداشت گنجانیده شده است . مرگ بیمار مرحله ای جدایی ناپذیر از حرف گروه پزشکی است و در بسیاری از موارد فراگیر تنها فردی است که هنگام مرگ مراقب بیمار می باشد . یک فراگیر با تجربه و مقید خود را ملزم می سازد که اصول مراقبت از بیمار و خانواده ی وی را قبل و پس از مرگ به نحوی مطلوب اجرا نماید اما لازمه ی این امر داشتن آگاهی از اینگونه مراقبت ها است .

# فصل پنجم

## ایمنی



اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است . مساله ایمنی بیمار جز یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام های سلامت به خصوص در کشور های توسعه یافته می باشد و این امر سبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند . آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم بهداشتی به خصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود .

#### ۱- هفت گام به سوی ایمنی:

هفت گام بسوی ایمنی بیمار در زیر آورده شده است.

- ایجاد فرهنگ و بستر سازی : بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.
- کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید : به طور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید.
- عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید : برای مدیریت خطرات، سیستم ها و فرآیندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.
- گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید : به کارکنان خود این اطمینان را دهید که می توانید به راحتی وقایع را گزارش کنند.
- مردم و جامعه را، در موضوع درگیر کرده و با آنها ارتباط برقرار کنید : راه هایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.
- درس های ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید : کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.
- راه حلها را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید : درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها و سیستم، نهادینه و عملی سازید.

#### ۲- شاخص های ایمنی بیمار:

شاخص های ایمنی بیمار در ادامه ذکر شده است.

- ۱- سقوط بیمار
- ۲- زخم بستر ( زخم فشاری )
- ۳- عفونت های مکتسبه بیمارستانی
- ۴- عوارض بیهوشی
- ۵- عوارض انتقال خون
- ۶- باز شدن زخم بعد از عمل جراحی
- ۷- خونریزی و هماتوم بعد از عمل جراحی
- ۸- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی
- ۹- پارگی یا بریدگی اتفاقی
- ۱۰- مرگ به دنبال زایمان
- ۱۱- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی
- ۱۲- عفونت محل عمل جراحی

۱۳- مرگ به دنبال انفارکتوس یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر

۱۴- ترومای زایمانی

زایمان طبیعی بدون وسیله

زایمان طبیعی با وسیله

۱۵- ترومای به نوزاد حین تولد

### ۳- ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار

۱. بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.
۲. بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند .
۳. مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند.
۴. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند.
۵. بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند.
۶. وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس، آماده و کالبر می باشد.
۷. بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.
۸. بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد. ( بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد)
۹. پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند.
۱۰. قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد.
۱۱. تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان از دستبند شناسایی جهت شناسایی بیماران استفاده می کند) .
۱۲. بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد.
۱۳. بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.
۱۴. بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.
۱۵. بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد.
۱۶. بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند ( گایدلاین درمورد پروسه ترانسفوزیون خون - کراس مچ خون - خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و... دارد ) .
۱۷. بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن، تزریقات واکسن و infusion ایمن -جراحی ایمن را دارد.
۱۸. بیمارستان یک سیستم دارودهی ایمن دارد ( وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان ) ( بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو، خرید و تامین دارو، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویزدارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد )
۱۹. بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد. (بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان دارد).
- کمیته ایمنی در بیمارستان تشکیل می شود امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و... در نظر گرفته می شود.

## فصل پنجم : ایمنی

۲۰. بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد. (بیمارستان دارای گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی، وسایل برنده و نوک تیز و ... دارد).

### تلفیق دارویی

- ایجاد کامل ترین و صحیح ترین لیست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن " که همچنین لیست داروهای " خانگی " نیز نامیده می شود . تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است . فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می نماید تهیه ( با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی ) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی / داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام میشود.
- اخذ وثیت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدام درمانی مطرح است در این مورد اخذ وثیت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می توان حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار بایستی توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام شود. برای بیماران پذیرش شده تلفیق دارویی باید ۲۴ ساعت اول پذیرش انجام شود.

### ترجیح دارودهی بیماران



### نه راه کار ایمنی بیمار

سازمان بهداشت جهانی ( WHO )

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

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت پیشگیری از خطا

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴- کنترل غلظت محلول الکترولیت

۵- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها

۸- صرفا یکبار استفاده از وسایل یک بار مصرف

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت بیمارستانی

### شناسایی صحیح بیمار

- مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/ درمان صحیح است.
- الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه دارای دستبند شناسایی باشند.
- تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت به عنوان شناسه شناسایی بیمار استفاده نشود.
- محل مناسب دستبند شناسایی بر روی بازوی دست غالب است بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار به منظور اقدامات درمانی وجود دارد.
- سیستم کد بندی رنگی و رنگ قرمز فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده توصیه می شود.
- سیستم کد بندی رنگی و رنگ زرد برای شناسایی بیماران در معرض خطر منجمله بیماران مستعد سقوط یا ابتلا به زخم فشاری یا ترومبو آمبولیسم وریدی توصیه می شود.

### روش شناسایی فعال بیماران:

- از بیمار درخواست کنید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت وجود تشابه اسمی نام پدر را بیان نماید سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دست بند شناسایی تطابق دهید.
- در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا بستگان درجه یک وی ایشان را به طور صحیح شناسایی کنید.
- به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون ، تغذیه کامل وریدی ، تمامی مراحل نسخه نویسی و نسخه

پیچی در داروخانه بستری ، آماده سازی و دادن دارو با هشدار بالا به بیماران الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

- در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج بر روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
- ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی تایید و امضا نماید.
- در صورتی که دستبند شناسایی بیمار گم یا آسیب ببیند بیمار را به صورت صحیح شناسایی کرد و یک دستبند جدید برای بیمار تهیه شود.

### مشخصات دستبند:

- در بزرگسالان نام و نام خانوادگی بیمار ، سن بیمار ، کد پذیرش و نام پدر نوشته می شود
- در نوزادان نام و نام خانوادگی مادر نوزاد ، جنس نوزاد ، تاریخ تولد ، ساعت تولد ، تعداد قل (یک دو سه و ...) و کد پذیرش نوزاد نوشته می شود
- مشخصات بر روی دستبند بیماران عادی با رنگ آبی یا مشکی با پس زمینه سفید
- مشخصات بر روی دستبند بیماران دارای آلرژی مشخص با رنگ آبی یا مشکی با پس زمینه سفید و برچسپ قرمز
- مشخصات بر روی دستبند بیماران پر خطر ( ترومبوآمبولیسم ، خطر سقوط یا احتمال زخم فشاری ) با رنگ آبی یا مشکی با پس زمینه سفید برچسب زرد

## بیماران اورژانسی و پرخطر

**بیماران پرخطر:** بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند، مانند بیماران دچار دیابت ، بیماری های خود ایمن ، نقص ایمنی

**بیماران اورژانسی:** به بیماران بدحالی اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی است. البته بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در همه موارد اورژانسی نیستند.

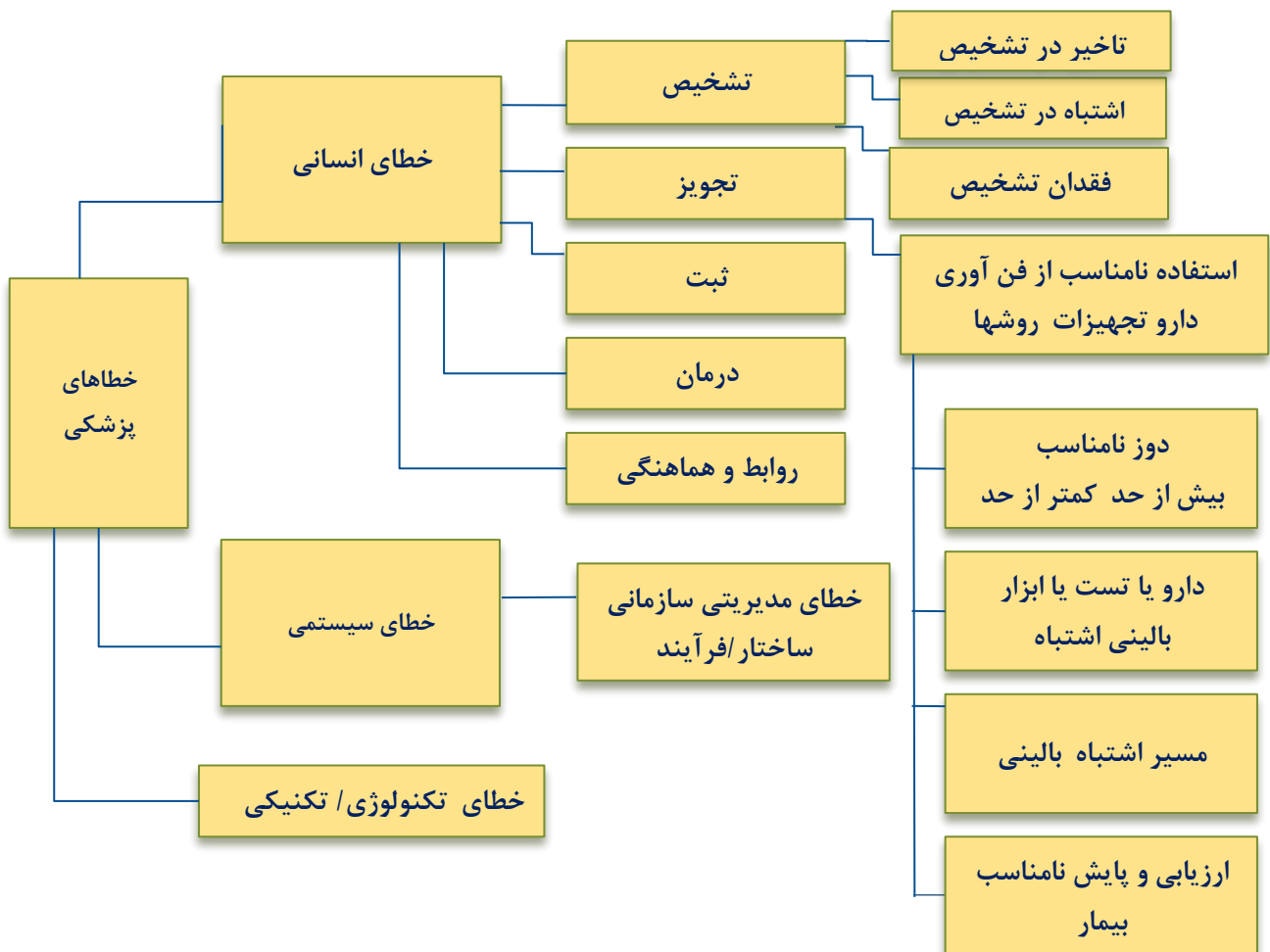
**نکته:** منظور از سرویس تخصصی مربوطه پزشک مقیم با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. کلیه بیماران پرخطری که دچار ناپایداری علائم حیاتی اعم از تاکی کاردی، افت یا افزایش ناگهانی فشار خون، تاکی پنه، دیسترس تنفسی و تغییر سطح هوشیاری می گردند جز گروه بیماران اورژانسی قرار می گیرند. ( شواهد هرنی مغزی از موارد اورژانسی می باشد).

**نکته:** در کلیه موارد ذکر شده بیمارانی که دچار ناپایداری علائم حیاتی اعم از تاکی کاردی ، افت یا افزایش ناگهانی فشار خون، تاکی پنه، دیسترس تنفسی و تغییر سطح هوشیاری می گردند جز بیماران اورژانسی بوده و ارائه مراقبت های فوری به منظور پایدار سازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی ضروری است .

### تعریف خطای پزشکی :

- خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می توانند منجر به آسیب به بیمار گردند ، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، تداخلات دارویی ، اشتباه در پروسیجر جراحی ، اشتباه در استفاده از فنآوری و تجهیزات ، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک میباشند.
  - خطاهای پزشکی از Malpractice متفاوت اند چرا خطا حادثه یا اشتباه علیرغم حسن نیت است ولی در Malpractice قصور و جهل سزاوار سرزنش با یا بدون قصد مجرمانه رخ داده است.
  - قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود.
  - این تعریف به طور مشخص حیطه های کلیدی علل خطا (قصور یا ارتکاب، برنامه ریزی و اجرا) را دربرمی گیرد .
- قصور پزشکی :** کوتاهی در اجرای استاندارد مراقبت های پزشکی که باید به عمل آید . درحقیقت قصور عبارت است از ترک فعل لازم و یا انجام فعل ممنوعه .

### انواع خطاهای پزشکی

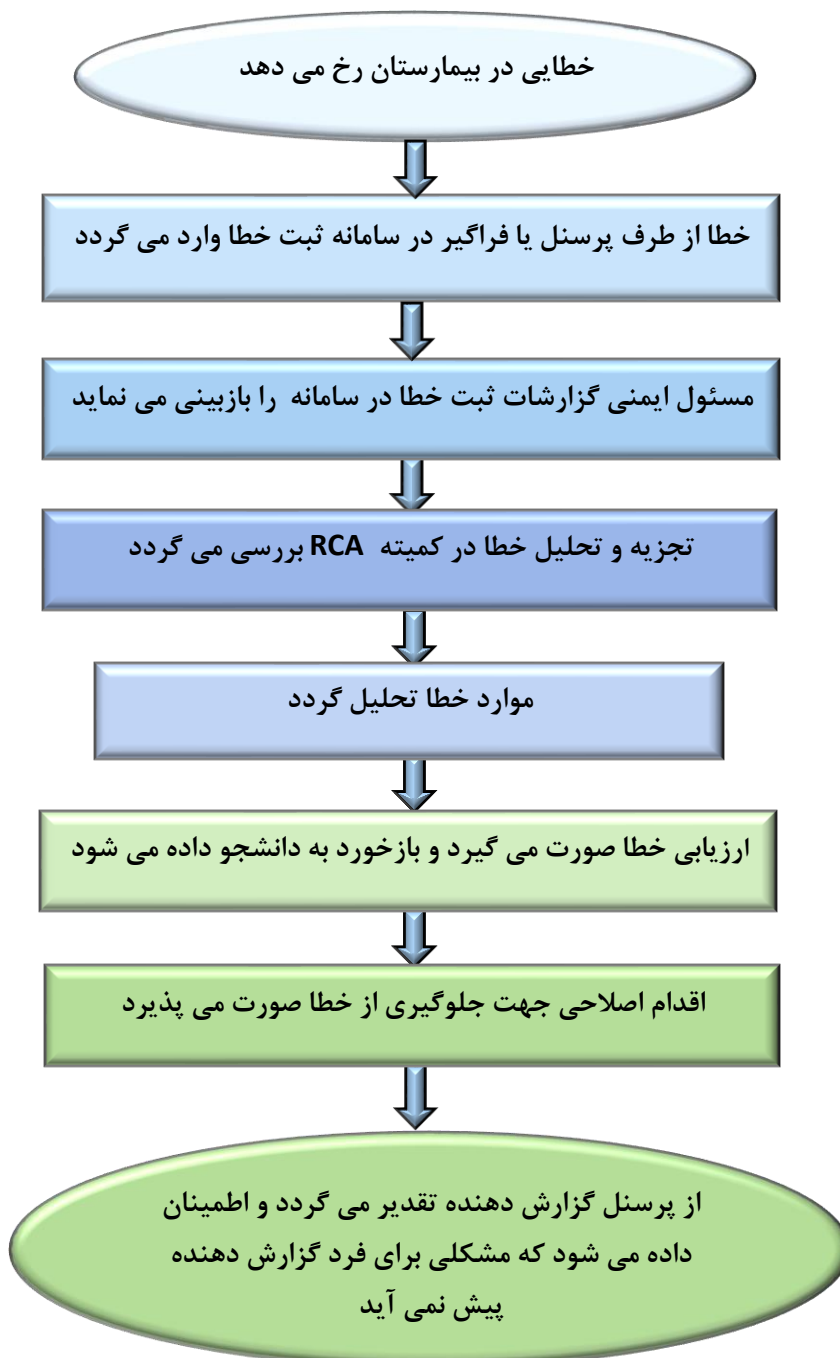


❖ رجوع شود به کتابچه گزارش دهی خطاهای پزشکی مرکز ، تدوین و گردآوری: واحد توسعه آموزش (EDU) و اعتبار بخشی آموزشی معاونت آموزشی مرکز

### چگونگی گزارش دهی خطا

به منظور ارتقا ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز خطای مشابه، ترویج فرهنگ گزارش دهی خطا و برخورد سیستمی به جای برخورد فردی در مواجهه با موضوع خطای پزشکی در مرکز مورد توجه قرار دارد. به این منظور کلیه پرسنل و فراگیران مکلف به گزارش دهی خطاهای پزشکی هستند. در این مرکز جهت ثبت خطاهای بیمارستانی بسته جامع نرم افزاری مدیریت نیروی انسانی و اعتبار بخشی بیمارستان امام خمینی ره به آدرس ۱۷۲۰۰۲۱۰۴۵ طراحی شده است. پس از ورود به نرم افزار در قسمت گزارش ثبت خطا، خطای صورت گرفته ثبت می گردد.

### فرآیند ثبت خطای دانشجویی



#### ۱- مقدمه:

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا می کند . بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به فرمانده بحران در شیفت مربوطه اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تأخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید . افرادی که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند . شما به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه ، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید . افراد را برای ترک محل ، تشویق و کمک کنید . هرگز برای برداشتن لوازم شخصی ، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید . تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد .

#### هشدار !

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید . پس از ورود به محل حریق یا اشتعال ، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید . امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی ) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد . یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته ، تبدیل به یک حریق جدی شود . اگر خطری شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید . هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن آموزش های لازم را در این خصوص دیده باشید .

\*\*\*\* فرماندهی بحران در شیفت صبح ریاست بیمارستان و در صورت عدم حضور، جانشین وی (مدیریت، مترون و یا سوپروایزر کشیک) می باشد .

\*\*\*\* فرماندهی بحران در شیفت های عصر و شب سوپروایزر کشیک می باشد.

کپسول های آتش نشانی قابل حمل، طوری طراحی شده اند که به آسانی برای آتش سوزی های کوچک و قابل کنترل مورد استفاده قرار می گیرند. جهت استفاده از این کپسول ها باید به برچسب روی آنها توجه شود چرا که بر روی این برچسب ها اطلاعاتی در مورد کپسول مورد استفاده نوشته شده است. هر کپسول، ویژه ی خاموش کردن نوع خاصی از آتش طراحی شده و استفاده نادرست آنها ممکن است باعث مشتعل تر شدن آتش و بروز خسارات جبران ناپذیری گردد. محل نصب و قابل دسترس بودن این کپسول ها، نکته مهم دیگری است که باید مورد توجه قرار گیرد. باید دقت نمود که این کپسول ها در محل های قابل مشاهده و قابل دسترس، با بررسی های دقیق فیزیکی، نصب شده و در اختیار افرادی قرار گیرند که با کاربرد آنها آشنایی کافی داشته باشند. نظارت ماهیانه یا سالانه بر کپسول های آتش نشانی و نگهداری و مراقبت و نیز تعمیرات آنها توسط واحد تاسیسات و نگهداری صورت پذیرد.

#### ۲- چگونه با یک کپسول آتش نشانی کار کنیم؟

در ابتدا آتش سوزی را تشخیص دهید تا بتوانید با استفاده از برچسب روی کپسول ها، کپسول مناسب را برای خاموش نمودن آتش انتخاب کنید. بعد از انتقال کپسول به محل آتش سوزی، عملیات زیر را به ترتیب انجام دهید:

۱. میله ضامن را بکشید.
۲. سر شیلنگ کپسول را به سمت آتش قرار دهید.
۳. دستگیره را فشار دهید.
۴. شیلنگ کپسول را به سمت مرکز آتش قرار دهید.

### ۳- طبقه بندی انواع آتش سوزی:

کپسول های آتش نشانی قابل حمل، شامل چهار نوع A,B,C,D هستند. آتش سوزی های نوع A توسط موارد قابل احتراق معمولی مانند برگ، خاشاک، چوب و پارچه ایجاد می شود. این نوع آتش سوزی ها را باید با استفاده از آب و یا مواد خاموش کننده آتش با پایه آبی و یا پوشاندن مواد قابل اشتعال توسط یک ماده خشک شیمیایی چند منظوره خاموش نمود.

خاموش کننده هایی نظیر مخازن آب تحت فشار، مواد شیمیایی خشک چند منظوره، مواد آبی تشکیل دهنده لایه (AFFF) و یا ماده فلوئوروپروتن تشکیل دهنده لایه (FFFP) و هالون جهت خاموش کردن آتش های نوع A بسیار مناسبند.

اگر آتش سوزی توسط مایعات قابل اشتعال مانند نفت، بنزین، گریس یا رنگ ایجاد گردد، آتش سوزی از نوع B می باشد. آتش های نوع B را باید توسط روش ((خفه کردن)) خاموش نمود. در نتیجه باید کپسول های آتش نشانی استفاده شود که پوششی بر روی مواد آتشنا ایجاد نموده و از این طریق آتش را خاموش می کنند.

از موادی نظیر مواد شیمیایی خشک معمولی و یا چند منظوره، دی اکسید کربن، هالون، مواد آبی تشکیل دهنده لایه (AFFF) یا ماده فلوئوروپروتن تشکیل دهنده لایه (FFFP)، جهت خاموش نمودن این آتش ها استفاده می شود.

آتش سوزی هایی که در تجهیزات برقی رخ می دهد، از نوع C است. این نوع آتش سوزی ها را باید توسط یک ماده خاموش کننده نارسانا خاموش کرد تا از برق گرفتن اجتناب شود.

قبل از انجام هر کاری باید سریع تر جریان برق را قطع کرد. موادی مانند مواد خشک شیمیایی و دی اکسید کربن برای خاموش نمودن این گونه آتش ها مناسبند.

آتش سوزی های نوع D توسط فلزات قابل اشتعال مانند ذرات و براده های فلزاتی مانند منیزیم، آلایهای پتاسیم و..... رخ می دهد. این نوع آتش ها را باید با خفه کردن آتش توسط ترکیبات پودری خشک که در کپسول طراحی شده برای این نوع آتش سوزی ها وجود دارند، مهار نمود.

### ۴- سیستم های علامت گذاری:

موارد استفاده و عدم استفاده از یک کپسول از یک کپسول آتش نشانی، توسط برچسب روی کپسول تعیین می شوند. علائم تصویری به راحتی توسط همگان قابل استفاده و قابل درک هستند. البته می توان از علائم نشانه گذاری حرفی نیز در این موارد استفاده کرد.

### ۵- انواع کپسول های آتش نشانی

- کپسول های ذخیره آب تحت فشار: این کپسول ها آب را با فشار تخلیه می کنند و زمانی قابل استفاده اند که مواد سوختنی باید سرد و خیس شوند.
- کپسول های حاوی مواد شیمیایی خشک تحت فشار: مواد شیمیایی خشک تحت فشار فرآیند آتش گیری را دچار اختلال نموده و با پوشاندن سطح مواد آتش گیر را دچار اختلال نموده و با پوشاندن سطح مواد آتش گیر، مانع از رسیدن اکسیژن به آن می شود. این نوع کپسول ها، یکی از پر مصرف ترین کپسولهای آتش نشانی به شمار می روند.
- AFFF تحت فشار: این نوع کپسول ها توسط یک محلول کف غلیظ می توانند آتش را خاموش کنند. این کف های آبی تشکیل دهنده لایه (AFFF)، سطح مایعات قابل اشتعال را پوشانده و مانع از رسیدن اکسیژن به آتش می شوند.

### ۶- آزمایش و نظارت بر کپسول ها :

کپسول های آتش نشانی باید در هنگام نصب و بعد از آن، هر ۳۰ روز یکبار مورد بازرسی قرار گیرند. جهت بازرسی باید به نکات زیر توجه نمود :

- در دسترس بودن و دید کافی
  - وجود دستورات کاربردی بر روی پلاک حاوی نام کپسول به طور خوانا و به شکلی که پلاک به سمت خارج قرار گیرد.
  - مهر و موم ایمنی و کلیه نشانگرهای مربوط، سالم و دست نخورده باشد. بر بودن کپسول که با وزن نمودن کپسول مشخص می شود.
  - عدم وجود صدمات فیزیکی مانند خوردگی، نشستی و یا گرفتگی نازل درجه فشار و نشانگر آن، باید محدوده فشار قابل کاربرد را نشان دهد.
  - بررسی دقیق چرخها لاستیک ها و گاری (برای کپسول های چرخ دار شلنگ و نازلها
  - بر چسب سامانه
  - شناسایی مواد خطر ناک (hmis) باید در محل نصب شده باشد.
- در صورتی که بعد از بررسی های انجام شده نقایصی در مورد محل قرار گیری دسترسی مشکلات مربوط به برچسب مشخصات کپسول و.. مشاهده گردید بایستی هر چه سریع تر جهت اصلاح نواقص اقدام نمود.

### ۷- طرز کار با کپسول آتش نشانی CO<sub>2</sub> :

- ۱- ابتدا خونسردی خود را حفظ نموده و کپسول را به محل حریق حمل نمائید.
- ۲- کپسول را با یک دست مهار نموده و با دست دیگر پلمپ شیر را باز کنید.
- ۳- بادقت به سمت حریق نشانه روید و شیر کپسول را باز کنید.
- ۴- دقت شود که اطفاء حریق با جارو کردن آتش انجام شود.
- ۵- هرگز در جهت وزش باد (روبه باد) قرار نگیرید.
- ۵- از این کپسول برای اطفاء آتش های ناشی از اتصالات الکتریکی و دستگاه های الکتریکی و الکترونیکی استفاده می شود.

### ۸- طرز کار با کپسول آتش نشانی پودرو گاز:

- ۱- ابتدا خونسردی خود را حفظ کنید.
  - ۲- سیم پلمپ شیر کپسول کوچک را باز کنید.
  - ۳- درحالی که شیلنگ را در دست گرفته بطوریکه انگشتان دست روی اهرم نباشد بادست دیگر شیر کپسول کوچک را باز کنید.
  - ۴- با یک دست کپسول را مهار نموده و با دست دیگر شیلنگ را به سمت آتش نشانه روید و اهرم را فشار داده و مخلوط پودرو گاز را روانه حریق نمائید.
- تذکره: در هنگام اطفاء حریق آتش را جارو کنید. هرگز در جهت وزش باد (رو به باد) قرار نگیرید.

# فصل ششم

## بهداشت و کنترل

### عفونت



## ❖ فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

### تعریف عفونت بیمارستانی

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:

- حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود:
- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.

### شایعترین عفونت های بیمارستانی عبارتند از:

- عفونتهای ادراری
- عفونتهای تنفسی
- عفونت زخم جراحی
- عفونت خون

### ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است. از آنجایی که جداسازی بیماران وقت گیر و پرهز ینه بوده و ممکن است مانع از مراقبت بیماران گردد، فقط باید در مواقع ضروری بکار رود. از طرف دیگر در صورت عدم رعایت اصول جداسازی، امکان انتقال بیماری و بروز ناخوشی و مرگ و میر در سایر بیماران وجود خواهد داشت. با رعایت اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت "احتیاط های استاندارد" و "احتیاط براساس راه انتقال بیماری" می توان از بروز مشکلات فوق جلوگیری نمود.

### احتیاط های استاندارد

شامل رعایت اصولی به منظور کاهش خطر انتقال میکرو ارگانیسم ها در بیمارستان تدوین شده و باید برای کلیه بیماران تحت مراقبت صرف نظر از نوع بیماری و تشخیص، عفونی بودن یا نبودن بیمار، رعایت شود.

### اهداف رعایت احتیاطات استاندارد :

- پیشگیری از انتقال عفونت از کارکنان به بیمار
- پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به بیمار توسط کارکنان
- پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به کارکنان

### اصول احتیاطات استاندارد لازم است در مواجهه با موارد زیر بکار برده شود:

- خون
- همه مایعات و ترشحات بدن
- پوست آسیب دیده

❖ در خصوص مباحث کامل این فصل رجوع شود به کتابچه آموزشی کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی (تدوین : واحد توسعه آموزش و معاونت آموزشی مرکز با همکاری کمیته کنترل عفونت)

- غشاهای مخاطی

➤ بر اساس این احتیاطات کلیه مایعات بدن-خون-مواد دفعی-ترشحات-پوست آسیب دیده-غشاهای مخاطی بیماران آلوده به عامل عفونی محسوب میگردد.

### این احتیاطات شامل:

- بهداشت دست
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- مواجهه صحیح با وسایل مراقبت از بیمار/ملحفه و البسه / پسماند های بیمارستانی
- پیشگیری از فرورفتن سوزن در دست و جراحات پوست
- نظافت و ضدعفونی محیط
- محل استقرار بیمار

### اصول بهداشت دست :

- شستن دست به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید .
- رعایت بهداشت دست ها کلید کنترل عفونت های بیمارستانی است .
- پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم یا ثابت و انواع موقت است. شستشوی مداوم دست با آب و صابون در تمام بخش ها و واحدهای بیمارستانی الزامی است .
- ضدعفونی کردن دست ها با محلولهای با پایه الکلی ( تهیه محلول های هندراب Hand rub و دیسپنسرهای مخصوص آن در مکانهای متفاوت بیمارستانی مانند ایستگاههای پرستاری، درمانگاه ها، ورودی اتاقک های بیماران، اتاق های پانسمان، اتاق های معاینه و بخش های ویژه مانند لیبیل و ICU و ..... ) .

### موارد شستن و ضدعفونی کردن دست :

- در صورت رویت آلودگی دستها با مواد پروتئنی یا کثیفی دست ها، دست ها را با آب و صابون غیر میکروبی یا صابون حاوی مواد ضد میکروبی بشوید .
- چنانچه آلودگی دست ها قابل رویت نباشد، از ماده ضدعفونی کننده بدون الکل و آب برای رفع آلودگی روتین دست ها در تمام موارد بالینی دیگر استفاده نمایید .
- قبل و بعد از تماس با پوست سالم بیمار ( مانند گرفتن نبض، فشارخون، بلند کردن بیمار ) ، رفع آلودگی دست ها صورت گیرد .
- بعد از تماس با اشیاء بی جان ( شامل وسایل و تجهیزات پزشکی ) بلافاصله در مجاورت تخت بیمار، رفع آلودگی انجام گیرد .
- قبل و بعد از انجام هر پروسیجر تشخیصی درمانی رفع آلودگی لازم است .
- قبل و بعد از خروج دستکش ها از دست، رفع آلودگی لازم است .

به طور کلی در پنج موقعیت زیر بایستی شستن دست و ضدعفونی کردن آنها با استفاده از آب و صابون و یا مواد حاوی الکل انجام شود:

۱ . قبل از تماس با بیمار

۲ . بعد از تماس با بیمار

## فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

۳ . قبل از انجام اعمال آسپتیک

۴. بعد از تماس با مایعات مرتبط با بدن مانند : خون و ادرار و .....

۵ . بعد از ترک محوطه حریم بیمار

لازم به ذکر است که در صورت وجود آلودگی واضح و روشن بر روی دست مانند آلوده شدن دست به خون و ادرار و سایر ترشحات بیمار حتماً بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند.

در فواصل تماس با بیماران و زمانی که دسترسی به آب و صابون کم است و یا زمانی که فرصت برای انجام اقدامات درمانی کم است می توان از روش هند راب Hand rub با استفاده از محصولات حاوی الکل استفاده نمود . در عین حال باید به خاطر داشت که حتماً بعد از پنج تا شش بار Hand rub حتماً دست ها با آب و صابون شسته شوند .

در صورت تماس با بیماران پرخطر ناخن مصنوعی استفاده نشود ( مانند : آی سی یو و اتاق عمل ) بلندی ناخن ها کمتر از یک اینچ باشد .

توجه :

\*\*\* استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها شود .

نحوه شستشو دست با آب و صابون ( hand washing ) :



Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



ابتدا دست ها با آب خیس شود



مایع صابون به اندازه کافی روی دست ها ریخته شود



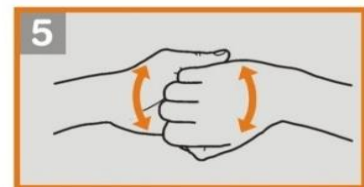
کف دست ها را به هم بمالید



کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و بر عکس



کف دست ها روی هم قرار گرفته و مابین انگشتان را مالش دهید



انگشتها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود



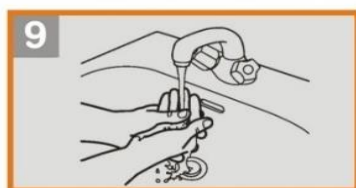
انگشت شصت دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده به صورت دورانی مالش دهید و بر عکس



انگشتان را جمع کرده و به صورت چرخشی جلو و عقب در کف دست مقابل حرکت دهید و بر عکس



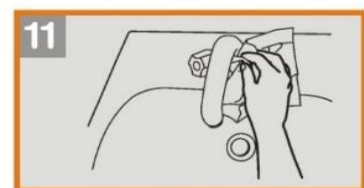
تمام سطح مچ دست چپ را با کف دست راست مالش دهید و بر عکس



دست ها را با آب شستشو دهید



دست ها را با حوله یکبار مصرف خشک کنید



برای بستن شیر آب از همان حوله استفاده کنید . اینک دستان شما کاملاً تمیز است.

## فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

نحوه استفاده از محلول الکلی ( alcohol based- hand rubbing ):



### مواجهات شغلی :

جراحت ناشی از سرسوزن و اجسام تیز یکی از شایع ترین آسیب های شغلی در بین پرستاران و کارکنان بالینی و دانشجویان بیمارستان می باشد . یکی از مخاطرات جدی که پرسنل پزشکی، پرستاری و دانشجویان را در زمان ارائه خدمات درمانی بویژه هنگام تزریقات تهدید می کند، فرو رفتن سوزن آغشته به خون یا ترشحات خونی بیماران در دست پزشک یا پرستار است . این عارضه که اصطلاحاً به آن نیدل استیک شدن گفته می شود ممکن است به عوارض جبران ناپذیری همچون ایدز، هپاتیت B ، هپاتیت C یا سایر بیماری های عفونی منتهی شود و فرد مراقبت دهنده را تا آخر عمر با مشکلاتی مواجه کند . با توجه به اینکه پرستاران و به ویژه پرستاران جوان و یا پزشکی که دوره اینترنی را طی می کنند بیشتر در معرض این گونه آسیب ها قرار دارند، بنظر می رسد که شیوع این عارضه با عوامل مختل کننده تمرکز شامل شلوغی، حجم کاری، شیفت کاری، حواس پرتی، عجله کردن، خستگی و ناکافی بودن آموزش و کم تجربه‌گی ارتباط مستقیم دارد .

### انواع مواجهات شغلی :

- ۱ . مواجهه از راه پوست ( مثلاً فرورفتن سوزن به پوست انسان یا گزیدگی ها )
  - ۲ . مواجهه غشاهای مخاطی ( مثلاً پاشیدگی مایعات آلوده به چشم و بینی و دهان )
  - ۳ . مواجهه پوست نا سالم ( مثلاً پوستی که بریده و یا خراشیده و ترک خورده یا دچار درماتیت است )
- مایعات بدن که می توانند بیماری های نام برده را منتقل نمایند :
- خون ؛ سرم و پلاسما
- تمام مایعات زیست شناختی که بطور مشهود به خون آلوده باشند .
- مایع منی و ترشحات مهبل

## فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

مایعات مغزی و نخاعی ؛ جنب ؛ صفاق ؛ ریکارد ؛ آمینون

بزا ( تنها در مورد HBV ؛ ولی اگر خون آلوده بود برای HCV و HIV نیز مواجهه است )

کشت های غلیظ شده آزمایشگاهی HIV

توجه : تماس با مایعات بدن کم خطر بدن مانند ادرار و مانند آن، استفراغ، مدفوع، آب دهان و بزاق ( بجز موارد مربوط با

دندانپزشکی ) در حالت عادی تا زمانی که با خون قابل مشاهده آلوده نباشند، خطر محسوب نمی شود .

تماس پوست سالم با خون و مایعات بدن، وابسته به انتقال ویروس های قابل انتقال از طریق خون نمی باشد .

### راه های پیشگیری از مواجهات شغلی :

- ۱ . همه اقلام تیز بایستی در ظروف مخصوص اجسام تیز با مشخصات قابل قبول دور انداخته شوند .
  - ۲ . سرنگ هایی که با سرسوزن همراه هستند بایستی در ظروف مخصوص اجسام تیز جای داده شوند .
  - ۳ . همه اجسام تیز استفاده شده بایستی در همان مکان استفاده و توسط شخص استفاده کننده دور انداخته شوند . اجسام تیز و واحدهای سرنگ و سرسوزن کامل را بلافاصله پس از استفاده مستقیماً به داخل جعبه مخصوص اجسام تیز بیاندازید . اجسام تیز استفاده شده نباید به سمت جعبه اجسام تیز انتقال یابد، بلکه جعبه مزبور بایستی به کنار بیمار یا ارباب رجوع برده شود .
  - ۴ . سرنگ هایی که به سرسوزن وصل شده اند را به بخش های دیگر مانند آزمایشگاه نفرستید .
- مواجهه شغلی : تماس پوست ؛ چشم ؛ مخاط ؛ یا درون پوستی با خون و دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ می دهد و انتظار رخداد آن منطقی به نظر می رسد .
- ۵ . سوزن های آلوده بایستی دوباره در غلاف گذاشته شوند .
  - ۶ . در صورتی که به دلیل امنیتی خاصی، مطلقاً لازم باشد که سوزن مجدداً در غلاف خود بازگردانده شود، سوزن را با یک دست روی یک سطح صاف به داخل غلاف بلغزانید تا در نتیجه از خطر احتمالی جراحت در امان باشید .
- پروتکل جراحت ناشی از سرسوزن یا حادثه مایعات بدنی :
- شخصی که متحمل جراحت ناشی از سرسوزن یا تماس با مایعات بدن شده است، در معرض خطر ابتلا به بیماری قابل انتقال از طرق خون خصوصاً هپاتیت B ، هپاتیت C ، و ایدز (HIV) می باشد .
- پیگیری هر گونه جراحت ناشی از سرسوزن یا هر جسم برنده دیگر، یا نفوذ عمده مایعات بدن به محل بریدگی ها، خراشیدگی ها، چشم ها یا دهان به روال زیر می باشد :
- ۱ . زخم ناشی از سوزن ها یا اجسام تیز استفاده نشده بایستی شسته و توسط پانسمان ضد آب پوشیده شود .
  - ۲ . بلافاصله زخم را بطور کامل با صابون و آب جاری بشویید . عضو را به منظور خروج خون بیشتر فشار ندهید . اطراف آن را با پارچه ضدعفونی شده تمیز کرده و روی آن را با چسب محافظ بپوشانید .
  - ۳ . اگر خون به داخل چشم یا دهان پاشیده شده باشد، بلافاصله کار را متوقف کرده و محل را با آب لوله کشی یا سرم سالین بشویید .
- هرگز چشم خود را نمالید .
- ۴ . سریعاً به مسئول کنترل عفونت مراجعه نموده و فرم مربوطه را پر نمایید .
  - ۵ . مسئول کنترل عفونت متولی پیگیری موضوع و کنترل فرم حادثه و حصول اطمینان از عدم نیاز فرد آلوده شده به اقدامات بعدی می باشد.

وسایل حفاظت فردی شامل موارد ذیل می باشد :

محافظ صورت / عینک ماسک گان دستکش

## فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

نکات مورد توجه در بکارگیری وسایل حفاظت فردی :

- احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملاً از بین نمی برند، فقط در صورتی که درست استفاده شوند موثرند، جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت ( شستن دست ها ) نمی شود.

### ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی :

۱ . شستن دست ( مطابق با احتیاطات استاندارد )

۲ . پوشیدن گان

۳. پوشیدن کلاه یا محافظ موهای سر

۴ . پوشیدن ماسک

۵ . پوشیدن محافظ صورت یا عینک

۶ . پوشیدن دستکش

ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی :

- در آوردن دستکش - - در آوردن گان - - شستن دست - - در آوردن عینک یا محافظ صورت ( قرار دادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت استفاده مجدد ) - - در آوردن ماسک - شستن دست

## بهداشت محیط

### تفکیک زباله

زباله های بیمارستانی به ۴ دسته شایع و مهم شامل عفونی، تیز و برنده ، پسماندهای عادی یا شبه خانگی و دارویی و شیمیایی تقسیم می شوند که شامل:



#### ۱- زباله های عفونی:

کلیه وسایل و لوازم آلوده به خون و ترشحات عفونی و کلیه پارچه ها و البسه آلوده به خون و ترشحات و... ، گاز و پنبه و دست بندهای مصرف شده برای پانسمان، وسایل پلاستیکی استفاده شده برای بیمار از قبیل سوند، کیسه های ادرار، سرم، ست سرم، قسمت پلاستیکی برانول، دستکش، ماسک، لوله های اتصال و پسماندهای مظنون به داشتن عوامل بیماری زا شامل محیط های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جدا سازی بیماران عفونی، بافت ها، سواب آلوده، مواد یا تجهیزاتی که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته اند و مواد دفع شده از این بیماران زباله عفونی محسوب می شوند.

پسماندهای عفونی در کیسه زباله زرد رنگ و در سطل زرد رنگ جمع آوری می شوند.



#### ۲- پسماندهای نوک تیز و برنده:

## فصل ششم : بهداشت و کنترل عفونت

سر سوزن، تیغ بیستوری، انواع آنژیوکت، شیشه های شکسته سرم و فرآورده های خونی، دارویی و هرگونه وسیله یکبار مصرف تیز و برنده که برای تشخیص، درمان و مراقبت بیماران استفاده شده باشد مشمول پسماندهای تیز و برنده می شوند. زباله نوک تیز و برنه صرف نظر از این که آلودگی داشته باشد یا نه در جعبه مقاوم Safety Box جمع آوری می گردد .



### ۳- پسماندهای عادی یا شبه خانگی:

کلیه زباله های شبه خانگی، باقیمانده مواد غذایی، ظروف یکبار مصرف، پوست و آشغال میوه وغیره پسماندهای غیر عفونی هستند که باید در کیسه زباله مشکی رنگ و در سطل آبی رنگ جمع آوری شوند. وقتی سه چهارم کیسه و ظروف پر از پسماند شد، پس از بستن و گره زدن کیسه، باید آنها را جمع آوری نمود. حمل زباله ها از بخش ها باید حتما به وسیله بین ( بین زرد عفونی و بین آبی غیر عفونی) صورت گیرد. از انبار کردن و گذاشتن آنها روی زمین و در گوشه بخش و همچنین از پرتاب و فشرده کردن آنها خودداری کرده. برای جلوگیری از انتشار آلودگی و وارد آوردن آسیب احتمالی به خود و بیماران و پرسنل، حتما زباله ها در بین جمع آوری و به محل دفع منتقل گردد.



### ۴- کلیه پسماندهای دارویی و شیمیایی باید در سطل سفید جمع آوری شوند.

## کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی

این کمیته از مهمترین کمیته های بیمارستانی بشمار می رود و بایستی در همه بیمارستانها تشکیل گردد (قابل ادغام در کمیته اصلی یا سایر کمیته ها نمی باشد).

### ۱- ترکیب کمیته کنترل عفونت بیمارستان:

۱. ریاست بیمارستان ، رئیس کمیته
۲. پزشک کنترل عفونت مرکز
۳. سوپروایزر کنترل عفونت، دبیر کمیته
۴. مدیریت بیمارستان
۵. مترون بیمارستان
۶. سوپروایزر آموزشی بیمارستان
۷. مسئول واحد بهداشت محیط
۸. مسئولین بخشها و مسئول آزمایشگاه
۹. دبیر کمیته های بیمارستان (مسئول دفتر بهبود کیفیت مرکز)
۱۰. کارشناس ایمنی مرکز
۱۱. مدعوین ( از پزشکان مرکز )

### ۲- اهداف و وظایف:

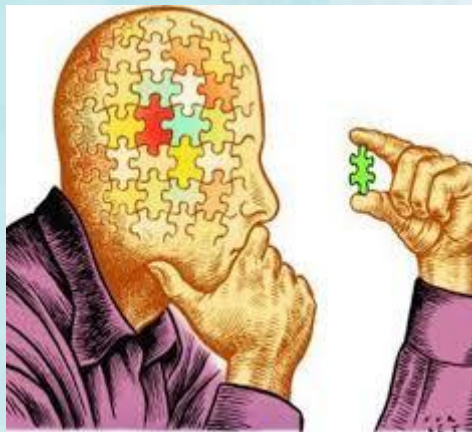
- نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان
- نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان
- بررسی عفونت های بیمارستانی به صورت روتین، شامل کنترل cross infection در اتاق عمل، بخش ها، آزمایشگاه ها، بانک خون و سایر محیط های درمانی و ..
- تضمین و کنترل انجام صحیح ضدعفونی محیط های بیمارستانی طبق استانداردهای موجود، اشعه گذاری و سترونی اتاق های عمل و بخش های ایزوله و سایر اماکن مورد نیاز

- بررسی صحیح انجام شدن روش های استریلیزاسیون و آماده نمودن پک ها (بسته بندی ست های اتاق عمل و...) توسط واحد CSR، تضمین و کنترل انجام صحیح ضدعفونی وسایل بیماراران طبق استانداردهای موجود
- نظارت بر انجام صحیح امحاء البسه و وسایل آلوده بیماراران در موارد لزوم
- نظارت بر نحوه جداسازی و دفع بهداشتی زباله ها
- انجام کشت های ادواری از محیط های درمانی، البسه و وسایل بیماراران و ...
- تشخیص وضعیت عفونت های بیمارستانی، بررسی مستمر میکروارگانیسم های موجود و بررسی حساسیت و مقاومت این ارگانیسم ها در مقابل داروهای آنتی میکروبیال ایجاد تدابیر لازم جهت عدم گسترش عفونت های بیمارستانی (بویژه استفاده نابجا از داروهای آنتی میکروبیال)
- آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی زباله ها به پرستاران، پرسنل و کارکنان
- انجام واکسیناسیون های ضروری برای کلیه پرسنل
- آموزش نحوه تماس و حفاظت در مقابل ابتلا به بیماریهای مسری بویژه ویروسها و تامین وسایل محافظتی موردنیاز و نظارت بر استفاده الزامی این وسایل.
- نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری، شستشو، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه، ملحفه، البسه، گان، شان و... .
- نظارت بر تفکیک اشیاء پارچه ای عفونی از غیر عفونی
- نظارت بر خرید، دوخت، نگهداری، تعویض و جایگزینی بموقع و مستمر پارچه، ملحفه، البسه، گان، شان و... .
- نظارت بر نحوه استفاده صحیح و به مقدار مجاز از مواد مجاز ضدعفونی کننده و شوینده توسط پرسنل مربوطه و ارائه آموزش های لازم به ایشان
- نظارت بر نحوه استفاده صحیح از ماشین های موجود در واحد لاندري (رختشویخانه) و روش نگهداری از این ماشین ها
- درج دستورالعمل های لازم به صورت خوانا، ارائه آموزش های موردنیاز به پرسنل مسئول این دستگاه ها
- مراقبت و تضمین اجرای ضوابط ایمنی پرسنل و سایرین در واحد فوق و انجام معاینات فصلی پرسنل لاندري و خیاط خانه و تهیه کارت بهداشتی برای ایشان
- جلسات کمیته باید حداقل هر ماه یکبار تشکیل گردیده و صورتجلسات از طریق ریاست بیمارستان به معاونت درمان و داروی دانشگاه مربوطه ارسال گردد. بدیهی است در دانشگاه ضمن بررسی و اتخاذ تصمیمات مقتضی این گزارش، مشتمل بر نظریه معاونت امور دارو باید در پرونده بیمارستان مورد نظر ثبت و در زمان ارزشیابی از آن استفاده گردد. صورتجلسات کمیته باید در فایل به نام کمیته فوق درج و به عنوان اسناد بیمارستان نگهداری شود.

## فصل هفتم

### استدلال بالینی و

### آموزش مبتنی بر شواهد



#### آموزش استدلال بالینی

استدلال بالینی چیست؟ (clinical Reasoning)

استدلال بالینی توانایی رسیدن به تشخیص با هدف ارائه ی یک استراتژی درمانی مناسب بر اساس اطلاعات ارائه شده و بدست آمده از بیمار است. آموزش دهندگان معتقدند که این مهارت یک مهارت اصلی در مورد توانمندی های پزشکان می باشد.

#### طبیعت کار استدلال بالینی چیست؟

تکلیف دانشجو در اینجا ساده نیست. نخست اینکه مشکلی که به دنبال آن هستیم، واضح نیست و باید از میان نگرانیهای بیمار جدا شود. بیمار اغلب مشکل حاضر را به صورت بیماری و در عبارتی به شکل باز و نامتمایز تعریف می کند، در حالی که وظیفه پزشک محدود کردن و تمرکز بر یک مشکل است. دوم این که، ممکن است داده های موجود برای حل مشکل، از نظر کمیت و ویژگی، کافی نبوده یا غیر معتبر و بی ثبات باشند، یا اینکه مخفی بوده و فقط با کاوشهای خاص آشکار شوند. سوم اینکه، ممکن است بیماری در مراحل ابتدایی، خفیف و یا در حال بهبود باشد، بنابراین امکان دارد تصویر بالینی درستی را مشخص نکند. چهارم اینکه، رسیدن به علت از طریق معلول وظیفه ای است که بر عهده پزشک است و ممکن است روشهای خاصی جهت افزایش اثر بخشی آن موجود باشد. پنجم اینکه، وظیفه تشخیص به یک « نام » ختم شده سپس در یک طبقه بندی قرار داده شود. ششم اینکه، وظیفه پزشک نه تنها نام بردن بیماری است، بلکه باید وسعت، شدت، اثرات و حتی علت آن را نیز ذکر کند. همچنین بیماریهای خطرناک مشابه باید متمایز گردند. گامهای فرایند بالینی دارای سه مرحله ی مهم به این ترتیب می باشد: ۱) مشکلی که با آن سر و کار داریم ۲) یافتن توضیح در مورد مشکل ۳) سرانجام تصمیم گیری در مورد آنچه که باید انجام شود. این مراحل مشخص یا لزوماً منظم نیستند.

#### اهمیت استدلال بالینی

استدلال بالینی جز اصلی توانمندیهای یک پزشک محسوب می شود. استدلال بالینی را باید به فراگیران پزشکی، آموزش داده و به عنوان یک مهارت مورد آزمون قرار داد.

#### انواع استدلال بالینی

- استدلال فرضیه ای از جز به کل (استدلال رو به عقب) نیز می گویند. مثال: بیماری با سیانوز مراجعه نموده است. فراگیر فهرست تمام بیماریهایی را که می توانند درد قلبی ایجاد کنند را استخراج و مشخصات تک تک بیماریها را با وضعیت بیمار مطابقت می دهد تا در نهایت به تشخیص برسد.
- استدلال از کل به جز و مبتنی بر نقشه کلی (استدلال رو به جلو) در استدلال از کل به جز و مبتنی بر نقشه کلی، فراگیر برای رسیدن به تشخیص از یک رویکرد رو به جلو و الگوریتم وار تبعیت می کند تا به تشخیص برسد.
- شناسایی الگو: یعنی مجموعه ای از علائم و نشانه ها الگویی را ایجاد می کنند که فرد آنها را به دلیل تجربه ی زیاد (توأم با دانش لازم) شناسایی می کند.

#### روشهای استدلال بالینی

کار واقعی پزشکان را می توان تحت سه روش اصلی شناختی خلاصه کرد:

۱. شناخت الگو (شهودی)

زمانی که یک تصویر (تابلو) بالینی به طور قوی علامت مشخصه کلی بیماری است (لنگیدن ناشی از یک ضربه، نگاه خیره ناشی از اگزوفتالمی، رنگ و شکل ملانوما، از حال رفتن ناشی از افسردگی، حالت صورت ناشی از پارکینسون)، شناخت از طریق الگوی ذخیره شده در «حافظه بالینی» به قدری سریع انجام می شود که تحت عنوان «شناخت شهودی یا درک مستقیم» می باشد.

۲. کاوش تشخیص های موقت (قیاسی یا استنتاجی) زمانی که مشخصات بالینی مطرح کننده یک تشخیص می باشد، بررسی ویژگیهای دیگر مورد انتظار و مشخصات دیگر آن دسته تشخیصی از طریق یک بررسی قیاسی (اگر-پس) شروع می شود. کاوش به همراه توضیح تجربی یا فرضیه تشخیصی به پیش می رود. زمانی که احتمال فرضیه های بیشتری مطرح است، بررسی ممکن است به دنبال شواهد مثبت هر کدام باشد یا بر روی خصوصیتی که باعث تمایز فرضیه ها می شود، تمرکز کند.

۳. بررسی سیستماتیک (استقرایی)

زمانی که نشانه های موجود کم و غیر اختصاصی باشند، هر سیستم بدن به نوبت مورد بررسی و معاینه قرار می گیرد به امید آن که شواهدی برای توضیح یافت شود.

### ارزیابی مهارت استدلال بالینی

برای ارزیابی این مهارت و توانایی رسیدن به تشخیص می توان از فهرست اندیشیدن تشخیص استفاده نمود. این فهرست یک پرسشنامه ای است که فرد خود به آن پاسخ می دهد و استدلال بالینی را مورد ارزیابی قرار می دهد.

دو دسته توانمندی در این ابزار اندازه گیری می شود:

الف-انعطاف پذیری در اندیشیدن: منظور استفاده از روشها و فرآیندهای مختلف اندیشیدن در حین فرآیند تشخیصی است.

ب-ساختار داشتن حافظه: منظور در دسترس بودن اطلاعات داخل حافظه در هنگام فرآیند تشخیصی است.

برخی منابع توصیه می کنند که ترکیب نمودن استدلال رو به عقب و استدلال رو به جلو به گونه ای که از استدلال رو به عقب آغاز و با استدلال رو به جلو پایان دهیم، بهترین حالت برای آموزش استدلال بالینی است. برخی دیگر نیز روش شناسایی الگوها و آموزش بیماریها بر اساس تظاهرات بالینی آنها را توصیه می کنند.

در حیطه استدلال بالینی سؤالات با قالب های استاندارد گوناگون مانند Key feature و سناریو، clinical reasoning و .... در زمینه رشته های ماژور پزشکی (زنان، جراحی، اطفال و داخلی) می باشد و هدف آن سنجش مهارت استدلال بالینی دانشجویان در تمام مراحل ارزیابی و درمان بیماران است.

### آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد (EBE) Evidence-Based Education

- **تعریف:** آموزش مبتنی بر شواهد تلفیق دانش حرفه ای با بهترین شواهد تجربی در تصمیم گیری درباره نحوه ارائه آموزش است. در تعریفی دیگر، کاربرد هوشمندانه بهترین شواهد، برای تصمیم گیری درباره نوع تجربه آموزشی قابل دسترسی برای دانشجویان است.

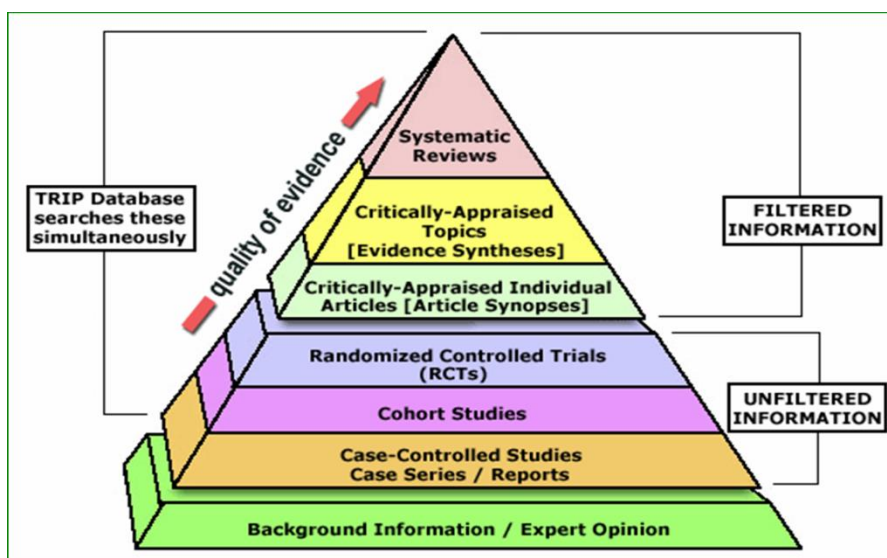
آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد (BEME) Evidence in Medical Education

آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، نهادی متشکل از اعضای از سرتاسر جهان می باشند که ارزیابی استراتژی های مختلف در حوزه آموزش پزشکی را با استفاده از مرور نظام مند بر عهده دارد تا از این طریق فرآیند استفاده از بهترین شواهد تسهیل گردد. هدف غایی این نهاد، ایجاد و ترویج فرهنگ استفاده از بهترین شواهد به جای استفاده از نظرات شخصی در تصمیم گیری های آموزشی است.

• **تعریف:** آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، یعنی این که روشها و رویکردهای آموزشی بر پایه بهترین شواهد موجود، انتخاب و به کار گرفته شوند.

برای درک بهتر مفهوم آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد، می توان طیفی هرمی شکل را در نظر گرفت که در قاعده (پایین ترین سطح) آن تصمیم گیری بر مبنای نظرات شخصی و عقاید است و در قله طیف، تصمیم گیری بر مبنای بهترین

شواهد موجود انجام می شود. در بین دو سوی طیف، تحقیقاتی که منبع ایجاد شواهدند بر حسب نوع مطالعه و میزان قوت نتایج آن، به ترتیب در هرم شواهد قابل توزیع اند. به کارگیری شواهد در بالاترین سطح آن و در آخرین سمت طیف، یعنی تصمیم گیری براساس نتایج یک مرور نظام مند (Systematic Review) و یا مطالعات متعدد، احتمال خطا را می تواند تا حد زیادی کاهش دهد.



⚠ **بخاطر داشته باشیم:**

ایفای نقش آموزشی نیز مانند نقش درمانی و پژوهشی نیاز به شواهد علمی دارد و تصمیم گیری بر مبنای نظرات و اعتقادات شخصی می تواند منجر به انحراف آموزش شود.

**مراحل به کارگیری آموزش پزشکی مبتنی بر بهترین شواهد :**

### ۱- طراحی پرسش کلیدی

- با طراحی یک سوال دقیق و مشخص کردن کلمات کلیدی سوال باید به دنبال جستجو در منابع مناسب باشیم.

### ۲- جستجو در منابع

## فصل هفتم : استدلال بالینی و EBM

- یافتن بهترین شواهد ابتدا با جستجوی مقالات مروری نظام مند شروع می شود.
- BEME Collaboration یک سازمان بین المللی است که با در دسترس قرار دادن مقالات مروری سیستماتیک در آموزش پزشکی، نقش مهمی در حمایت و گسترش BEME دارد.

### ۳- ارزیابی نقادانه شواهد

در هنگام به کارگیری شواهد با توجه به این که مقالات مروری بالاترین سطح شواهد هستند، می توان با اطمینان بیشتری بر مبنای آن ها مداخلات را مدیریت کرد. اما باید توجه داشت که بر خلاف حوزه پزشکی، در حوزه آموزش هنوز تحقیقات در مراحل اولیه می باشد و کیفیت پژوهش های انجام شده با توجه به متدولوژیهای به کارگرفته شده در آن ها بسیار متفاوت است.

- ارزیابی نقادانه، روشی ساختارمند برای بررسی مقالات حاصل از جستجو است. برای قضاوت در مورد شواهد، مجموعه ای از معیارها پیشنهاد شده است (QUESTS)؛ کیفیت انجام مطالعه (Quality)، میزان بکارگیری یک روش یا مداخله آموزشی در موقعیت دیگر (Utility)، سطح روش مطالعه (Extent)، استحکام مطالعه (Strength) و سطح هدف (Target) از جمله این معیارها می باشند.

جدول ۱: معیارهای مورد استفاده برای ارزشیابی شواهد غیرمروری در حوزه آموزش

| سطح روش مطالعه     | وسعت شواهد چیست؟ نمره دهی شواهد بر اساس این معیار با طیف زیر انجام می شود:       |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| ۱-                 | شواهد مبتنی بر قضاوت حرفه ای و اعتقادات فردی (professional judgment and beliefs) |
| ۲-                 | شواهد مبتنی بر اصول تربیتی (educational principles)                              |
| ۳-                 | شواهد مبتنی بر تجارب و مطالعه موردی (experience and case study)                  |
| ۴-                 | شواهد مبتنی بر مطالعات غیر تجربی (non-experimental study)                        |
| ۵-                 | شواهد مبتنی بر مطالعات نیمه تجربی (quasi-experimental study)                     |
| ۶-                 | شواهد مبتنی بر مطالعات تجربی کنترل شده (controlled study)                        |
| کیفیت انجام مطالعه | شواهد چقدر کیفیت دارد؟                                                           |
| -                  | شکل گیری مطالعه بر مبنای مرور مطالعات مناسب و نه فقط بر مبنای تئوری های آموزشی   |
| -                  | مناسب بودن نمونه گیری و میزان پاسخ دهی                                           |
| -                  | شفاف بودن نحوه جمع آوری داده ها و روا و پایا بودن ابزار                          |
| -                  | توضیح شفاف روش تجزیه و تحلیل و امکان تکرار پذیری آن برای مطالعه مجدد             |
| -                  | اثبات روایی، پایایی و میزان تعمیم پذیری نتایج                                    |
| -                  | نتیجه گیری صحیح بر مبنای یافته ها                                                |
| استحکام مطالعه     | استحکام شواهد چقدر است؟                                                          |
| -                  | تفاوت آماری                                                                      |
| -                  | قدرت مطلق یا نسبی                                                                |
| سطح اهداف          | هدف مطالعه چیست؟ چه چیزی اندازه گیری شده است؟ چقدر شواهد، روایی دارد؟            |

- رغم این که نقد مقالات با استفاده از معیارهای کیفیت، سطح روش مطالعه، استحکام و سطح اهداف مطالعه به انتخاب بهترین شواهد کمک می کند ولی باید به فاکتورهای متعدد محیطی که بر نتایج مداخله تأثیر گذار است دقت شود که فرهنگ سازی و ایجاد محیط مناسب برای تغییرات از جمله شرایط موفقیت مداخله است.

### ۴- پیاده سازی شواهد، ایجاد تغییر و ارزشیابی

- استاد باید قضاوت کند که آیا شواهد برای زمینه یا محیطی که می خواهد در آن مداخله انجام دهد، مناسب است؟
- مراحل پیاده سازی شواهد پژوهشی و BEME در محیط واقعی:

۱- برآورد هم خوانی محیط و زمینه Context : در این مرحله، مسؤولیت تصمیم گیری به استاد واگذار می شود. در واقع در این مرحله بر اساس بررسی مطابقت زمینه یا محیط عملکرد فرد با محیط مطالعاتی که بررسی کرده است، و بر پایه قابلیت روش مطالعه برای استفاده در موقعیت جدید بدون آنکه نیاز به دستکاری در روش مطالعه باشد انتقال پذیری شواهد را در موقعیت جدید می سنجد .

۲- برآورد امکان پیاده سازی تغییر و برنامه ریزی بر اساس آن

۳- اجرای تغییر بر اساس بومی سازی شواهد

۴- ارزشیابی تغییر انجام شده بر اساس برون داد

👉 برنامه آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد، باید به عنوان قسمت مهمی از آموزش دانشجویان در نظر گرفته شود؛ در این قسمت هم دانش پزشکی مبتنی بر شواهد و هم مهارت باید به دانشجویان آموزش داده شود.

## فصل هشتم

### مدیریت بحران



#### ۱- استانداردهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

مطالعات بسیاری در زمینه محتوای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی صورت گرفته است. یکی از معتبرترین استانداردهای موجود برای محتوای این برنامه استاندارد آمادگی بیمارستانی است که توسط کمیته مشترک اعتبار سنجی سازمان‌های ارائه خدمات سلامت (JCAHO) ارائه شده است.

براساس این استاندارد در مورد حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم را در موارد زیر به کار گیرد:

- ارزیابی خطر - آسیب پذیری (Assessment Hazard Vulnerability)
- شیوه فعال شدن برنامه (Activation)
- تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی با برنامه حوادث غیرمترقبه جامعه
- آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه
- اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه
- شناسایی پرسنل بیمارستان
- اسکان و نقل و انتقال پرسنل
- فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان
- حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و...)
- کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران
- حفظ ارتباط با رسانه‌ها
- جابجایی (Evacuation) و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز
- پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جابجایی
- ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده با مواد خطرناک
- تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق یا ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- آموزش
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن

#### ۲- کمیته بحران و بلایا:

یکی از نکات مهم در طراحی برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی اطلاع از وجود یا عدم وجود کمیته برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه منطقه ای یا کشوری است. چرا که بسیاری از مشکلات در ارتباط با پاسخ به حوادث غیرمترقبه از نبود هماهنگی و ارتباطات بین سازمانی ناشی می‌گردد. در صورت عدم وجود چنین کمیته ای باید برای تشکیل آن اقدام نمود. تمامی سازمان‌ها و افرادی که به نوعی با مسئله برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه مرتبط هستند باید نماینده ای در این کمیته داشته باشند. این کمیته می‌تواند علاوه بر ایجاد و تقویت برنامه‌های آمادگی،

تعدیل (Mediation)، پاسخ و بازسازی (Recovery) حوادث غیر مترقبه و افزایش همکاری و هماهنگی بین سازمانی موجب تشکیل برنامه‌های آموزشی مشترک گردد. با عضویت در چنین کمیته ای هر یک از سازمان‌ها از قوانین، سیاست گذاری‌ها و خط مشی‌های ملی و منطقه ای آگاهی یافته و از آنها در برنامه ریزی حوادث غیرمترقبه سازمان خود استفاده نماید.

### ۳- تعیین اهداف برنامه:

- برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید با هدف مشخص نگاشته شود. اینها مثالهایی از اهداف این برنامه هستند.
- تعیین خط مشی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.
- تعیین مسئولیت‌های افراد و بخش‌های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه.
- تهیه Guideline‌های استاندارد و عملی برای پاسخ بیمارستان به حوادث غیرمترقبه.

### ۴- موقعیت‌های بروز حادثه (Situation):

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

- حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)  
طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشأ می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- ✓ سیل
- ✓ نشست مواد مضر
- ✓ آتش سوزی وسیع
- ✓ مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- ✓ حوادث با تلفات متعدد

هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است.

- حوادث غیرمترقبه داخلی (Disasters Internal):  
بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- ✓ بمب گذاری
- ✓ گروگان گیری
- ✓ قطع ارتباطات
- ✓ قطع برق یا آب
- ✓ آتش سوزی
- ✓ سیل
- ✓ مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو

## فصل هشتم: مدیریت بحران، نقشه و پلان طبقات بیمارستان

✓ نقص سیستم گرمایشی

✓ قطع گازهای درمانی

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می‌توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.
۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.
۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.
۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد.

### ۵- مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه:

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی شامل مراحل زیر می‌باشد :

۱. مرحله تهیه برنامه (Preparation phase) : این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می‌باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از :

✓ مرحله آمادگی (Preparation phase)

✓ مرحله اعلام خطر (Alert Phase)

✓ مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)

✓ مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

### ۵-۱. مرحله آمادگی (Preparation Phase)

این مرحله شامل فراهم نمودن مقدمات لازم برای اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه می‌باشد و مهمترین مباحث مطرح در آن عبارتند از :

### ۵-۱-۱. اعضای کمیته بحران و بلایای بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. هر چند ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد ولی پیشنهاد می‌شود مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته حضور داشته باشند:

۱. ریاست بیمارستان و قائم مقام او

۲. مسئول امنیت / آتش سوزی بیمارستان

۳. نمایندگان بخش اورژانس (شامل پزشکان و پرستاران)

۴. سوپروایزر بیمارستان

۵. نماینده پرستاران ارشد بیمارستان

۶. مدیر بیمارستان

۷. نماینده خدمات بیمارستان (شامل بیماربر/تدارکات/نظافت)

۸. نماینده پاتولوژی (شامل مسئول بانک خون)

۹. مسئول دارویی بیمارستان
  ۱۰. نماینده خدمات آمبولانس
  ۱۱. روابط عمومی بیمارستان
  ۱۲. نمایندگان دیگر بخش‌های بیمارستان به ویژه اگر بخش‌های مزبور نقش موثری در مقابله با حوادث غیرمترقبه داشته باشند (بخش جراحی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، داخلی، زنان)
  ۱۳. نماینده بخش مددکاری اجتماعی
  ۱۴. نماینده خدمات سلامت روان بیمارستان
- جلسات کمیته بحران و بلایای بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید.
- برقراری ارتباط با دیگر موسسات فعال در بخش سلامت و همکاری و هماهنگی با آنها از وظایف این کمیته است. بیمارستان باید از ظرفیت عملکرد دیگر بیمارستان‌ها و موسسات از جمله پلیس، آتش نشانی، EMS و موسسات داوطلب مطلع باشد. برنامه بیمارستانی حوادث غیرمترقبه باید بتواند در هماهنگی با دیگر موسسات پاسخ بیمارستان را هدایت نماید.

### ۲-۱-۵. تعیین زنجیره مسئولیت بحران و بلایا:

فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Commander Incident) انتخاب می‌گردد دارای مسئولیت مشخص می‌باشد و از بین با سابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می‌شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت‌ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. همانطور که بعداً اشاره خواهد شد وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می‌باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می‌گیرند. (این مسئولیت‌ها برحسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می‌شوند)

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مترون بیمارستان
- سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه
- ریاست اورژانس بیمارستان

### ۳-۱-۵. تعیین مرکز عملیات اضطراری:

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می‌آیند. این مرکز محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می‌باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش‌های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش‌های داخلی و جراحی، آزمایشگاه‌ها، داروخانه، بانک خون، مدارک پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان‌های منطقه و نیز کمیته محلی دفاع شهری ارتباط داشته و هماهنگی‌های لازم را صورت دهد.

### ۴-۱-۵. تعیین علائم و نشانه‌ها (signs):

بیمارستان باید دیگرام‌های مربوط به ساختمان و علائم خروجی‌های اضطراری برای جابجایی بیماران را به طور واضح تهیه و در محل‌های مناسب نصب نماید. علائم ترافیکی برای ماشین‌ها و آمبولانس‌ها نیز باید در محل‌های قابل رویت نصب شوند.

### ۵-۱-۵. فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی:

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازبینی شده و در صورت اتمام تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند. این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی‌ها و جراحی‌های ارتوپدی باشد.

### ۶-۱-۵. برقراری ارتباط داخلی و خارجی:

ارتباطات نقش حیاتی در جریان حوادث غیر مترقبه دارند و بیمارستان باید سیستم‌های جایگزین ارتباطی را در اختیار داشته باشد تا در صورت بروز مشکل بتواند از آنها استفاده نماید. سیستم ارتباطی داخلی بین بخشهای مختلف بیمارستان باید برقرار شود. بلندگوها، خطوط تلفن داخلی (بی سیم رادیویی دوسویه) از دیگر ابزارهای ارتباطی جایگزین محسوب می‌شوند. در ضمن وسایل ارتباطی برای فراخوانی پرسنلی که در حال انجام وظیفه نیستند نیز باید مدنظر قرار گیرد. در این مورد می‌توان برنامه از پیش تعیین شده ای را اجرا نمود تا هر فرد پس از اطلاع از بروز حادثه دو یا سه نفر از همکاران نزدیک به خود را آگاه نماید.

### ۷-۱-۵. فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت:

هر چند چنین منابعی باید به هنگام ساخت بیمارستان در نظر گرفته شده باشند ولی تجربه نشان می‌دهد که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید برای فراهم کردن این منابع جایگزین در جریان حوادث غیرمترقبه اقدامی جدی انجام دهد.

### ۸-۱-۵. نقل و انتقال (Transportation):

هر بیمارستان باید فهرست کاملی از تعداد آمبولانسها، واحدهای سیار و دیگر وسایل نقلیه در خدمت خود را که قادر به ارائه خدمات مؤثر هستند بصورت دوره ای تهیه نمایند چرا که این مسئله بر ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان تأثیر مستقیم دارد. برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید به طور واضح اولویت استفاده از این وسایل نقلیه، تخصیص سوخت به آنها و افراد مسئول در قبال هر یک را مشخص نماید. از وسایلی که برای جابجایی بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرند مانند برانکارد، صندلی چرخدار، باید فهرست تهیه شود و محل نگهداری و انبار شدن آنها دقیقاً معلوم گردد.

### ۹-۱-۵. آموزش پرسنل:

هیچ برنامه بحران و بلایای بیمارستانی نمی‌تواند مؤثر واقع شود مگر اینکه مشارکت کامل پرسنل را به همراه داشته باشد. آموزش مداوم پرسنل باید حاوی تمامی اجزای برنامه بویژه نقش و مسئولیتهای خاص افراد در موقعیتهای اضطراری باشد. برگزاری مانورها حداقل بصورت سالیانه می‌تواند در ارزیابی و ارتقاء کیفیت برنامه به کمیته حوادث غیرمترقبه کمک کند.

### ۲-۵. مرحله اعلام خطر (Alert Phase):

این مرحله شامل هشدار (Notification) به پرسنل، آماده شدن برای فعالیتهای قریب الوقوع، توسعه ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان، سازماندهی بخش پذیرش بیماران، اطمینان از نقل و انتقال امن آنها و فراهم آوردن اطلاعات لازم برای پاسخ مناسب می‌باشد. مهمترین فعالیتهایی که باید در این مرحله مدنظر قرار گیرند عبارتند از:

### ۱-۲-۵. هشدار حوادث غیرمترقبه:

هشدار در مورد حوادث غیرمترقبه می‌تواند از طریق منابع متعددی مانند پلیس، آتش نشانی، بخش اورژانس، سیستم EMS و یا افراد به بیمارستان برسد. کاربر یا فرد دریافت کننده هشدار باید اطلاعات زیر را در این رابطه تقاضا نماید:

- (۱) نام و سازمان متبوع فرد هشدار دهنده
  - (۲) شماره تلفن تماس فرد یا سازمان مربوطه
  - (۳) تشریح موقعیت حادثه غیرمترقبه (طبیعت (Nature)، شدت (Magnitude)، محل (Location) و زمان (time) حادثه
  - (۴) برآوردی از تعداد بیماران (در صورت امکان تعداد بیماران تریاژ شده با برچسب‌های قرمز، زرد، سبز، تعداد سوختگی‌ها، تعداد بیماران دچار آلودگی با مواد مضر)
  - (۵) برآورد زمانی تا شروع انتقال بیماران از محل حادثه
  - (۶) برآورد زمانی برای رسیدن مجروحین به بیمارستان
- واحد تلفن مرکزی (switchboard) باید هشدار دریافت شده را سریعاً به مهمترین فرد مسئول در بیمارستان منتقل نماید. سپس وی اقدام مقتضی را در جهت فعال شدن مرکز عملیات اضطراری انجام می‌دهد.

### ۲-۲-۵. ارزیابی شدت حادثه غیرمترقبه (Assessment of Disaster Severity):

یکی از اولین وظایف بالاترین مسئول فرماندهی حوادث غیرمترقبه بیمارستان پیش از فعال شدن برنامه که مرحله بعدی پاسخ بیمارستان می‌باشد تصمیم‌گیری سریع در مورد شدت حادثه براساس داده‌های اولیه می‌باشد. در این مرحله تصمیم‌گیری باید به سرعت و بر پایه اطلاعات اندک انجام گیرد. بدین ترتیب مشخص می‌شود که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تا چه حد فعال شود و امکانات و پرسنل تا چه میزان فراهم گردند. عواملی که می‌تواند فرد مسئول را در این تصمیم‌گیری یاری نماید عبارتند از:

- (۱) برآوردی از تعداد بیماران
  - (۲) برآوردی از شدت جراحت و بیماری آنها
  - (۳) وضعیت کنونی فعالیت دپارتمان اورژانس
  - (۴) وضعیت کنونی پرسنل (تعداد و ترکیب) دپارتمان اورژانس
  - (۵) سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان
  - (۶) وضعیت کنونی پرسنل ICU و اتاق عمل
  - (۷) نیاز بیماران حادثه دیده به خدمات تخصصی مانند آلودگی با مواد مضر، مواجهه با پرتوهای رادیواکتیو
  - (۸) شرایط ویژه بیمارستان مانند بیمارستان تخلیه شده
- حوادث غیرمترقبه مختلف سطوح آمادگی و پاسخ متفاوت بیمارستان را می‌طلبند. بر پایه ارزیابی فوق سطح فعال شدن برنامه (Levels of Plan Activation) توسط مسئول فرماندهی بیمارستان تعیین می‌گردد. وی می‌تواند پس از فعال شدن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان یا دریافت اطلاعات بیشتر و دقیق‌تر به اصلاح تصمیم خود مبادرت نماید. این سطوح عبارتند از:
- وضعیت هشدار: در این مرحله به علت در دست نبودن اطلاعات کافی تعیین دقیق سطح فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان غیرممکن است ولی تأثیر آن بر بخش اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان قابل پیش‌بینی است. اقدامات مقتضی در این مرحله برقراری ارتباط مداوم با مراکز خارج از بیمارستان و آمادگی بالقوه برای پاسخ بعدی است. در این وضعیت مسئول فرماندهی حادثه بیمارستان به ارزیابی و پایش مستمر موقعیت پرداخته و در صورت نیاز با واحدهای تخصصی بیمارستان مشورت می‌نماید.
  - سطح ۱- پیاده شدن (Implementation) برنامه آمادگی اضطراری بخش اورژانس: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی باشد و بخشهای حمایت‌قادر به پاسخ مناسب بدون عارضه مهمی باشند، بیمارستان می‌تواند برنامه آمادگی اضطراری را صرفاً در بخش اورژانس پیاده نماید.

- سطح ۲- پیاده شدن مختصر (partial) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس بیمارستان بیمارستان برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی نباشد ولی منابع اضافی اندکی مورد نیاز باشد می توان برنامه آمادگی اضطراری بیمارستان را بطور مختصر پیاده نمود. اینکه این برنامه تا چد پیاده شود به تصمیم گیری اعضای مرکز عملیات اضطراری بیمارستان بستگی دارد.
- سطح ۳- پیاده کامل (Total) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در این وضعیت برای رسیدگی به تعداد زیاد قربانیان به تمامی منابع موجود در بخش اورژانس و بخش اعظمی از منابع حمایتی نیاز است.

### ۵-۲-۳. عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستان:

- واحد تلفن مرکزی بیمارستان بلافاصله پس از انتقال هشدار حوادث غیرمترقبه باید برنامه ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان را اجرا نماید. خطوط تلفن باید برای تماسهای اضطراری آزاد باشند و تماس های خارج از بیمارستان در اختیار این مرکز قرار می گیرد. برای ارتقاء خدمات ارتباطی توصیه می شود تماسهای تلفنی براساس اولویت به سه دسته زیر تقسیم شوند:
- (۱) تماسهایی که در ارتباط با حادثه غیرمترقبه می باشند.
  - (۲) تماسهایی که از طرف مطبوعات برای دریافت اطلاعات انجام می شود.
  - (۳) تماسهایی که از طرف بستگان بیماران انجام می گیرد.

### ۵-۲-۴. سازماندهی فضای پذیرش بیماران: (Area Incoming Patient)

فرد مسئول تریاژ باید فضای پذیرش بیماران را براساس طبیعت حادثه غیرمترقبه و برآورد تعداد قربانیانی که به مداوا نیاز خواهند داشت سازماندهی نماید. یک یا چند محل فیزیکی باید برای دریافت بیماران مد نظر قرار گیرد. اقداماتی مانند ترخیص انتخابی بیماران بستری، به تعویق انداختن اعمال جراحی الکتیو و قطع ویزیت سرپایی بیماران باید برای توسعه ظرفیت پذیرش بیمارستان مدنظر قرار گیرد. در این بخش بیماران پس از انجام تریاژ برحسب نیاز به درمان، بستری شدن، ترخیص و یا ارجاع به واحدهای دیگر انتقال می یابند.

### ۵-۲-۵. مشخص نمودن پرسنل:

تمامی پرسنلی که در فضای پذیرش بیماران و نیز در بخشهای کلیدی بیمارستان مشغول به فعالیت هستند باید برای سازماندهی و همچنین حفظ امنیت از یونیفرم ها و یا علائم متحدالشکلی استفاده کنند. اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان، مسئول تریاژ و پرسنل کلیدی حتماً باید از بازوبند یا آرم مشخص استفاده کنند.

### ۵-۲-۶. تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران:

توزیع و سازماندهی منابع مناسب در فضای محل پذیرش بیماران برای پاسخ مؤثر این واحد لازم است. پرسنل باید در تیمهایی متشکل از یک جراح، یک پرستار و دو نفر بهیار سازماندهی شوند. ترکیب این تیمها به پرسنل موجود و در دسترس بیمارستان بستگی دارد و قابل تغییر است.

### ۵-۲-۷. آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برچسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه ها می تواند شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسولهای اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، وسایل اولیه جراحی، مایعات داخل وریدی، وسایل گچ گیری و آتل گذاری، فرم ها، برچسبهای تریاژ، کارتهای تشخیص هویت و تجهیزات اداری دیگر باشد. فضای پذیرش بیماران باید طوری طراحی شود که امکان استفاده از دستگاه عکسبرداری سیار اشعه X و وسایل

جراحی و بیهوشی را فراهم نماید. در مرکز فضای پذیرش بیماران باید محلی برای قرارگیری برانکاردها و صندلیهای چرخ دار در نظر گرفته شود.

### ۵-۲-۸. آماده سازی بخش جراحی:

جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگیهای لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیرورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باید پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت ۲۴ ساعته را داشته باشد. ریاست بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گانها و پوششهای اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

### ۵-۲-۹. آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیم های اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می نماید و پرسنل بخش جعبه های حاوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخش های بیمارستان بویژه مرکز عملیات اضطراری، بخش جراحی و بخش امنیت (حراست) داشته باشد.

### ۵-۲-۱۰. آماده سازی دیگر بخشها و خدمات بیمارستان:

بخشهای جراحی، اطفال، ICU، و دیگر تخصصها باید فعالیتهای عادی خود را ادامه دهند مگر اینکه شدت حادثه غیرمترقبه به حدی باشد که پیاده شدن کامل برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و یا تخلیه کل بیمارستان توسط مرکز عملیات اضطراری اعلام گردد. در چنین وضعیتی جز حداقل پرسنلی که برای ادامه کار بخشها مورد نیاز است بقیه نیروها باید تحت فرماندهی مرکز عملیات اضطراری به اجرا شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان بپردازند.

### ۵-۲-۱۱. آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان:

پرستاران و بهیاران نه تنها نقش مهمی را در رابطه مستقیم با بیماران ایفا می کنند بلکه به علت آشنایی بیشتر با خدمات ارائه شده، گردش کار بخشها و محل قرارگیری تجهیزات و منابع می توانند در پیاده شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بسیار مؤثر باشند. پرستاران باید در زمینه اجزا و فرایندهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و مراقبت از بیماران آسیب دیده در جریان حوادث غیرمترقبه آموزشهای خاص دیده باشند.

### ۵-۲-۱۳. آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می باشد. ریاست بخش رادیولوژی باید از حضور تعداد پرسنل و تکنسین های کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان یابد.

### ۵-۲-۱۴. آماده سازی بخشهای اداری:

نقشهای اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حمایت از بخشهای پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پستهای مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه‌ای. هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه‌های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

### ۱۵-۲-۵. آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان:

نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانسهای حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستم‌های ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می‌باشد. این واحد ارتباط نزدیکی با مرکز عملیات اضطراری و بخش اورژانس بیمارستان دارد. در صورت ناکافی بودن پرسنل این واحد باید برای انجام مسئولیت خود از پلیس درخواست کمک نماید.

### ۱۶-۲-۵. آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می‌کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه باید دو اتاق مجزا را یکی برای مردم و بستگان قربانیان و یکی را برای نمایندگان مطبوعات در نظر بگیرد. اتاق اطلاع رسانی به مطبوعات حتماً باید از بخش درمانی بیمارستانی فاصله داشته باشد. واحد ارتباطات مردمی می‌تواند اطلاعات را از طریق بولتن‌های ساده ای تهیه و توزیع نماید.

### ۱۷-۲-۵. آمادگی خدمات عمومی بیمارستان:

بخشهای نگهداری (Maintenance)، لاندری، استریلیزاسیون، آشپزخانه و دیگر خدمات باید خود را برای پاسخ دهی به نیازهای ایجاد شده در جریان حادثه غیرمترقبه آماده کنند. عدم ایجاد آمادگی و هماهنگی این واحدها ممکن است کارایی کلی بیمارستان را کاهش دهد. هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل ذخیره برای ارائه مستمر این خدمات باید صورت گیرد.

### ۳-۵. مرحله پاسخ اورژانس (Response Phase Emergency):

فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می‌افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی‌های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می‌کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد. برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تغییرات عمده در پرسنل بیمارستان رخ نمی‌دهد حال آنکه در حوادث سطح ۳ چینش و فعالیت های آنها بطور کلی تغییر می‌یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

#### • **تریاز در بدو ورود بیماران به بیمارستان**

بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شخصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تریاز شده و با برچسب‌های معین به بیمارستان انتقال یابند. در تمام این موارد تیم های تریاز بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می‌کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب‌های تریاز آنها را تغییر دهند. تریاز در بدو ورود به بیمارستان حتی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد. فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

#### • **تشخیص هویت و ثبت اطلاعات**

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرمهای ثبت اطلاعات، کارتهای تشخیص هویت و کارتهای تریاز باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی

و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند باید جهت جمع‌آوری ضروری‌ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارت‌های تریاژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

### • فضاهای درمانی بیمارستان:

بیمارستان باید فضاهای بستری و درمان بیماران را براساس اولویت درمانی آنها از پیش تعیین نماید. اکثر بیمارستانها جهت تعیین اولویت درمانی از همان برچسب‌های رنگی تریاژ استفاده می‌کنند. رنگ قرمز به معنی بیمارانی که به توجه فوری نیازمندند، رنگ زرد به معنی آنهایی که آسیب جدی دارند ولی به توجه فوری نیاز ندارند، رنگ سبز به معنی بیمارانی که مرگ آنها مسجل شده است. علاوه بر سیستم اولویت بندی رنگی باید فضاهایی که برای هر دسته از بیماران مشخص شده است باید با نوارهای رنگی مشخص شود تا گردش بیماران بین بخشهای درمانی، بستری و اتاق عمل را تسهیل نماید. ارائه خدمات بیماران در هر یک از این بخشها باید در حداقل زمان ممکن انجام گیرد.

### • سیستم ارجاع بیماران:

با وجود اینکه بیمارستان باید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستانها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می‌تواند این امر را تسهیل نماید.

### • نگهداری و تشخیص اجساد:

بخش پاتولوژی مسئول سازماندهی تشخیص هویت بیمارستان می‌باشد. در صورت وجود واحد یا بخش پزشکی قانونی بیمارستان این واحد راساً این مسئولیت را بر عهده می‌گیرد. در صورتیکه سردخانه بیمارستان ظرفیت پذیرش اجساد را نداشته باشد باید محل موقتی برای نگهداری آنها در نظر گرفته شود. در صورتیکه امکانات تخصصی و تجهیزات لازم برای تشخیص هویت قربانیان در اختیار نباشد بخش پاتولوژی بیمارستان باید از بیمارستانهای تابعه یا پلیس درخواست کمک نماید.

### • برنامه‌های حوادث غیرمترقبه خاص:

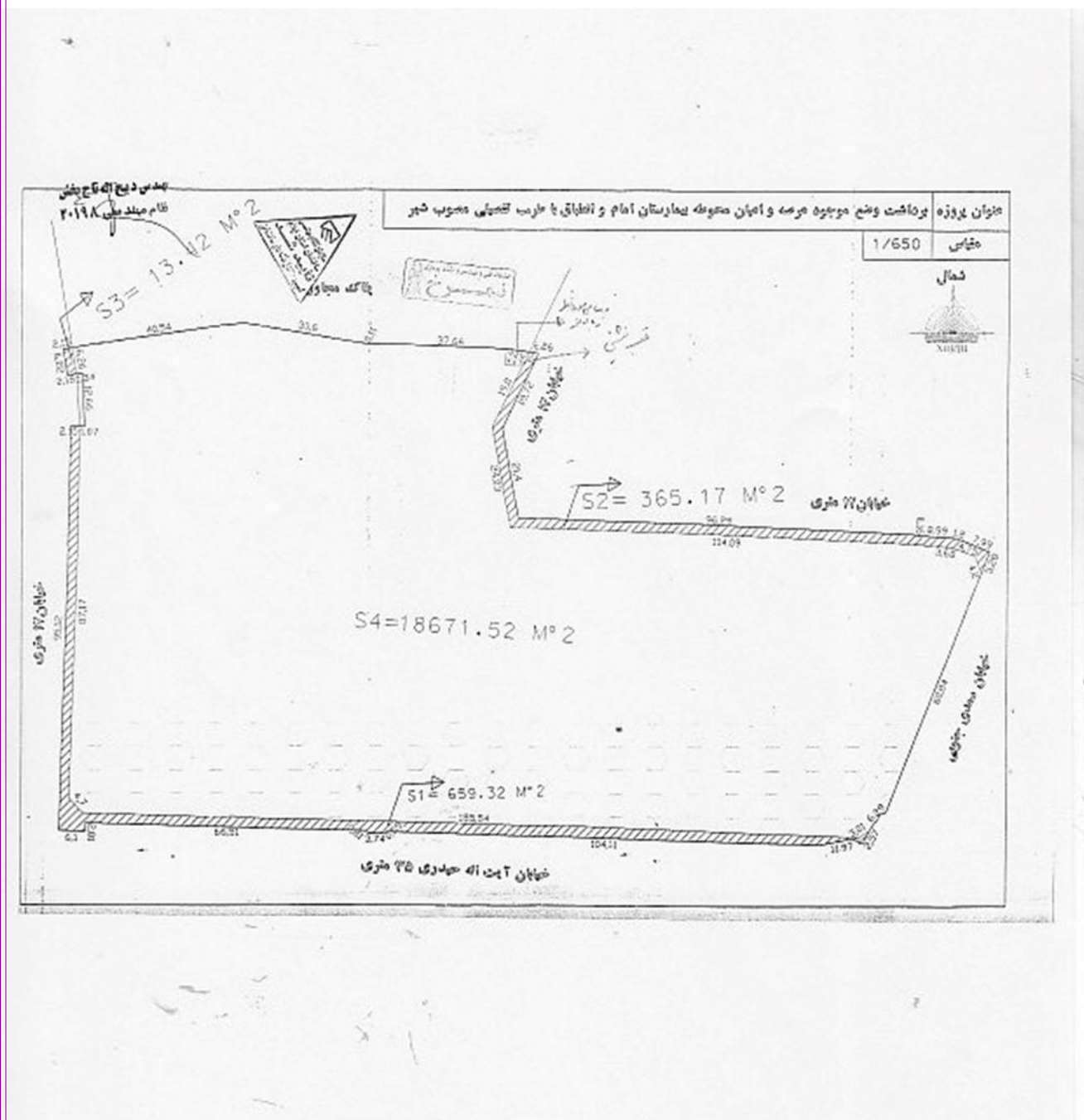
برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید دارای برنامه‌های مکمل برای موقعیتهای خاص چون آتش سوزی، پرتوهای رادیواکتیو، مسمومیت‌های دسته جمعی، آلودگی با مواد مضر و... باشد.

### ۴-۵. مرحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیرمترقبه (Termination Phase):

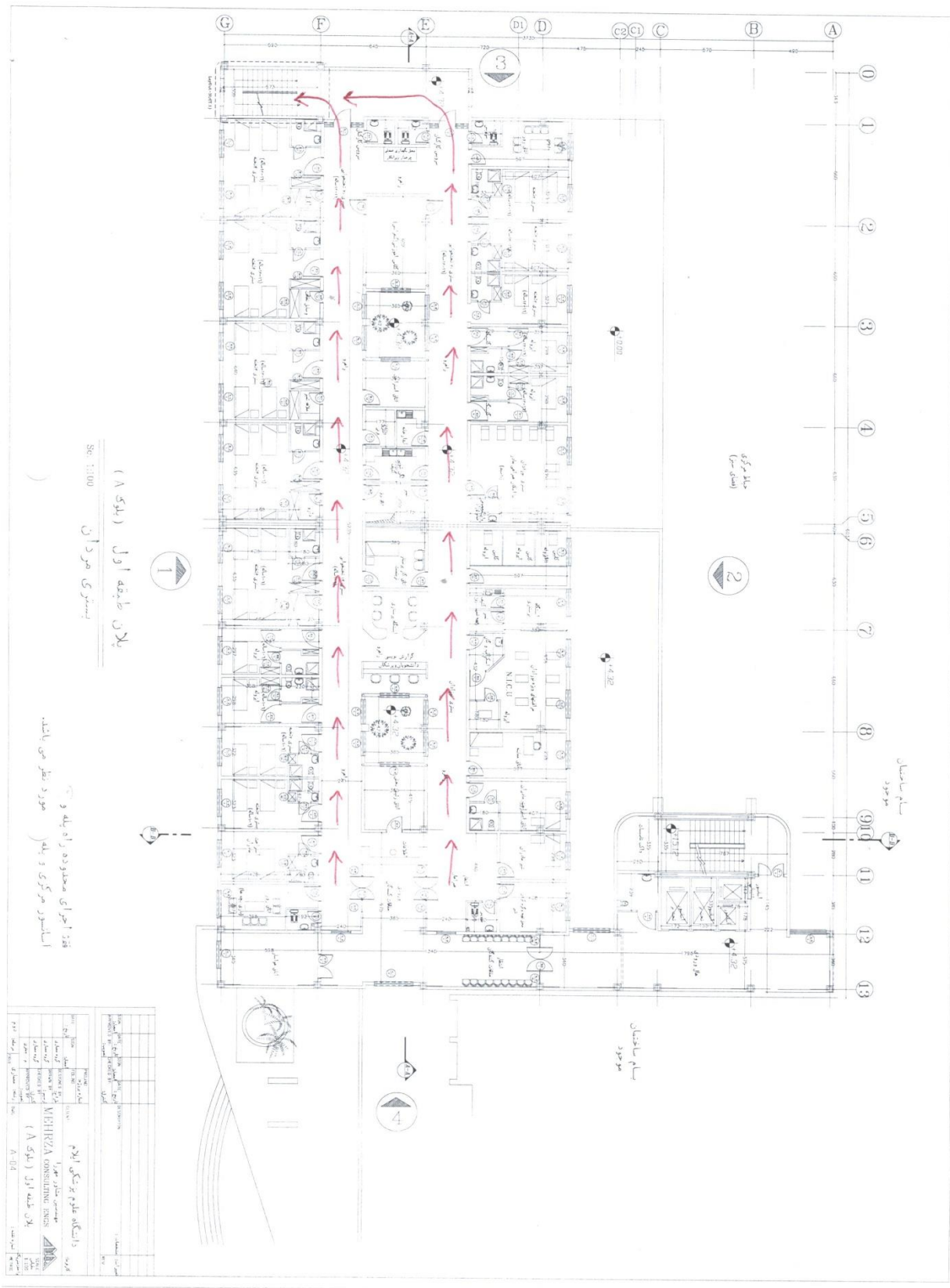
فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می‌دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارشی از جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلسه‌ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

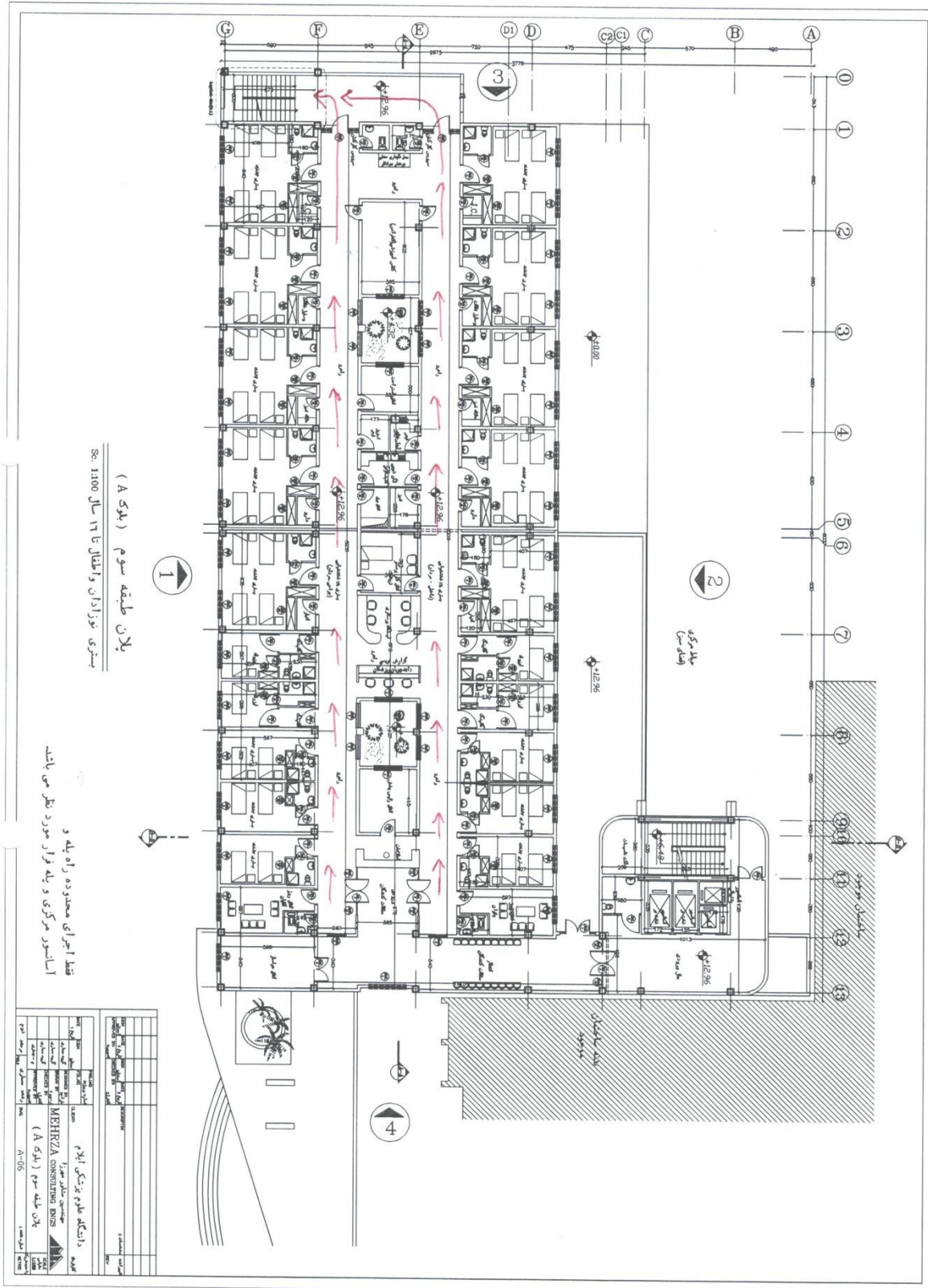
## فصل هشتم: مدیریت بحران، نقشه و پلان طبقات بیمارستان

نقشه بیمارستان و پلان طبقات بیمارستان (فلش های قرمز مسیر خروج اضطراری را نشان می دهند).

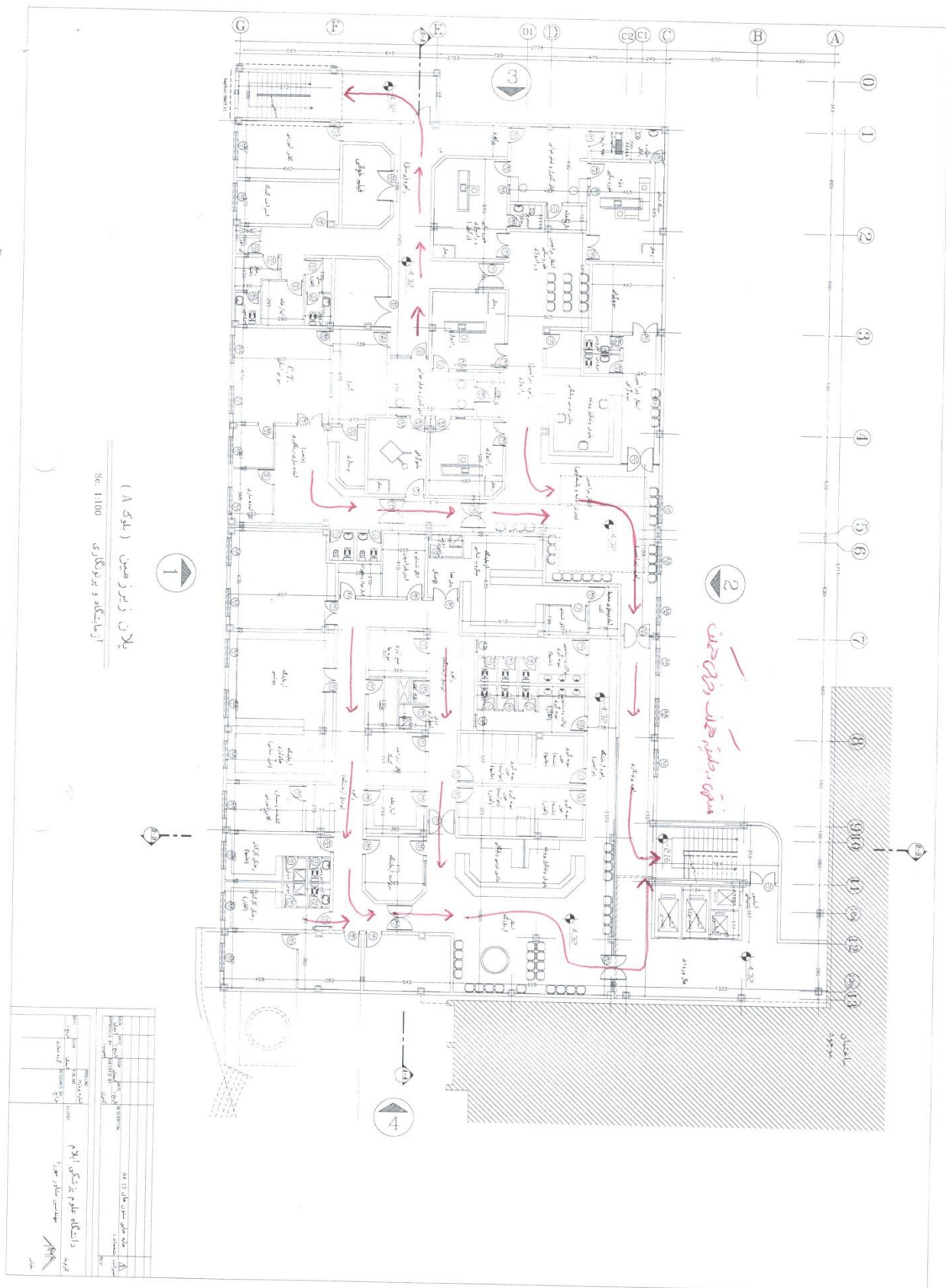


مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی ره ایلام

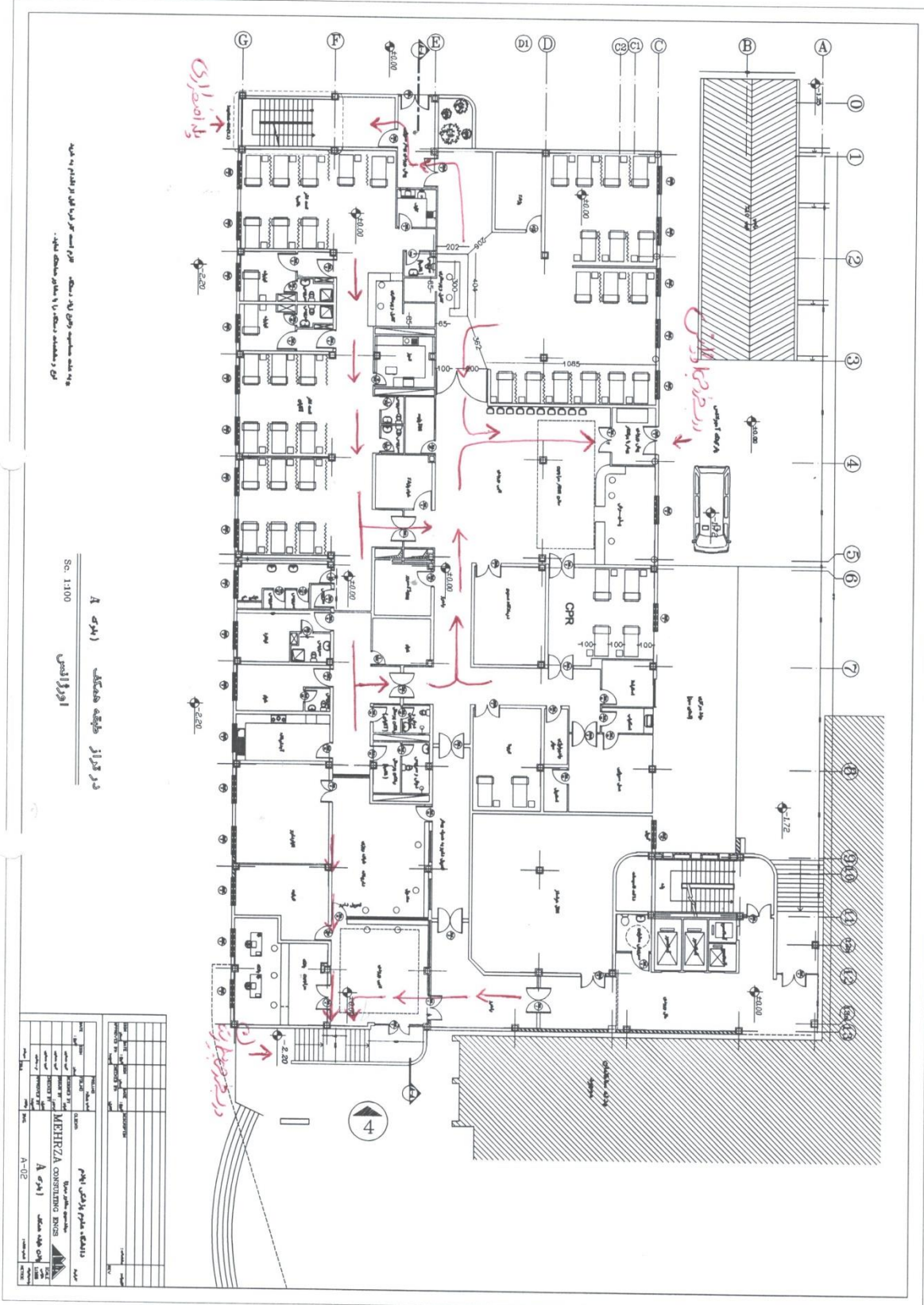








تاریخ و جغرافیہ، سائنس و ادب، سماج و معاش، اور دیگر موضوعات پر لکھے گئے ہیں۔



### شماره تلفن های ضروری بیمارستان و دانشگاه :

دانشگاه علوم پزشکی ایلام ، ساختمان شهید کشوری : ۳۳۳۳۷۵۳۹-۴۰

مدیریت بیمارستان : ۳۳۳۳۰۳۹۷

دفتر پرستاری بیمارستان : ۳۳۳۳۷۲۵۹

مدد کاری و رسیدگی به شکایات مردمی : ۳۳۳۶۰۳۱۱-۰۹۱۸۲۶۱۳۰۱۰

کدپستی بیمارستان: ۶۹۳۱۹۷۵۳۹۷

آدرس سایت دانشگاه علوم پزشکی ایلام : [www.medilam.ac.ir](http://www.medilam.ac.ir)

شماره فکس بیمارستان : ۳۳۳۳۸۷۵۷

شماره تلفن بیمارستان : ۳۳۳۳۴۵۰۰ و ۳۳۳۳۱۹۳۲ و ۳۳۳۳۸۳۴۰

IP نرم افزار اعتباربخشی ۱۷۲۰۰۲۱۰۴۵

آدرس پایگاه اطلاع رسانی ( سایت اینترنتی ) :

<https://emamhospital.medilam.ac.ir>

### منابع

- ویکی پدیا
- دستورالعمل های قوانین و مقررات مدیریت نیروی انسانی
- کتاب آمادگی بیمارستان در حوادث و بلایا/برنامه کشوری /تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران
- راهنمای آموزش بالینی برای دستیاران پزشکی / سعید آصف زاده / فصل ۵ : چگونه استدلال بالینی را آموزش دهیم؟
- R.M. Harden, J Grant, G Buckley, I.R Hart. BEME Guide No.۱: Best Evidence Medical Education. Medical Teacher. ۱۹۹۹;۲۱(۶).
- A Omid, P Adibi, L Bazrafcan, Z Jouhari, M Shakour,T Changiz. Best Evidence Medical Education (BEME):Concepts and Steps. Iranian Journal of Medical Education