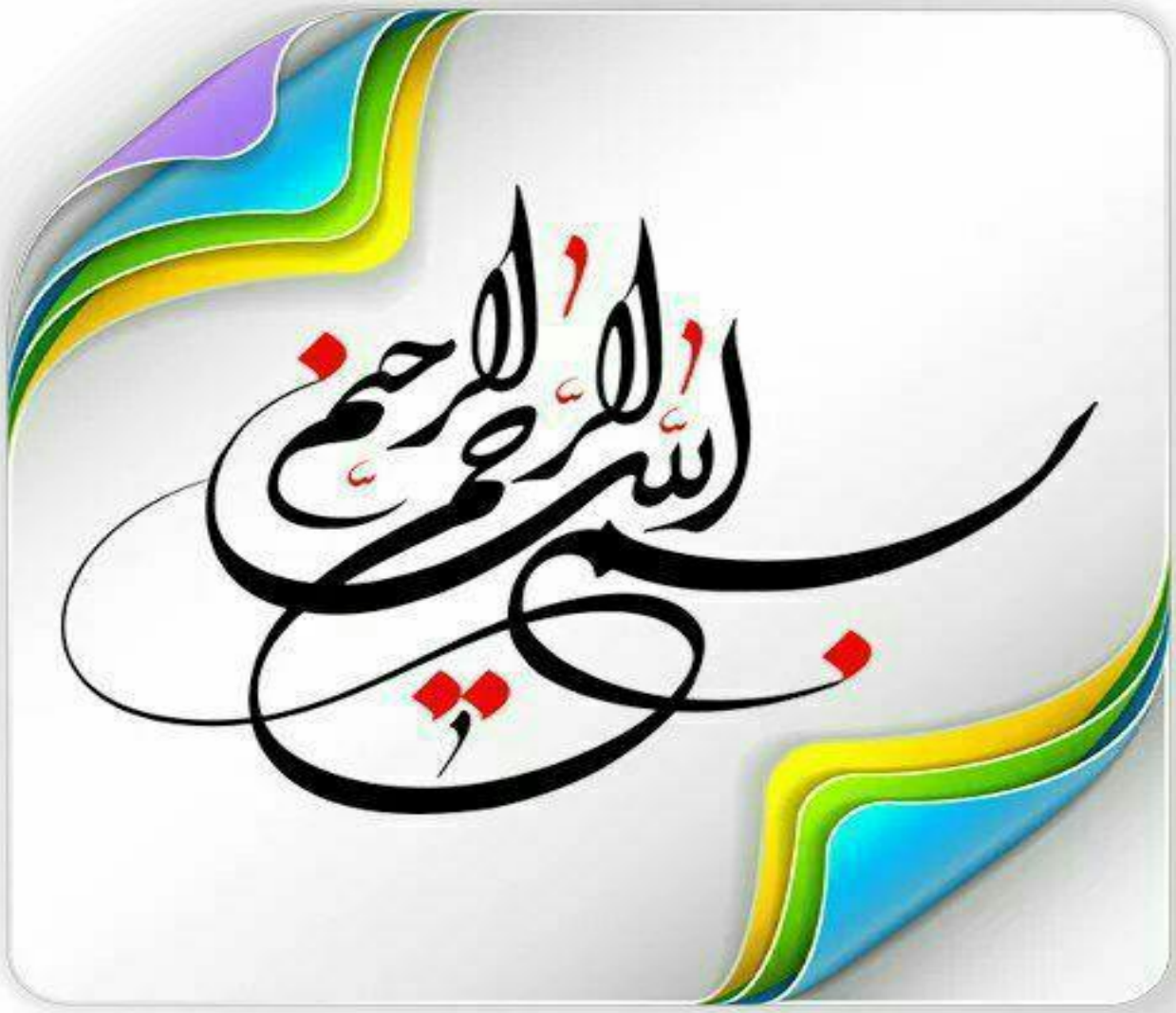

بسم الله الرحمن الرحيم

ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی دور ششم

محور مراقبتهای عمومی بالینی

ارائه دهنده: فاطمه نیک پی ارزیاب کشوری اعتباربخشی
کارشناس اداره اعتباربخشی
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

ب– مراقبت و درمان

ب–۱ مراقبت‌های عمومی بالینی

ب-۱ -۱ شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۱-۱ ❋ قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دست‌بند به صورت فعال انجام می‌شود.	سطح دو
❖ تهیه دستبند شناسایی در پذیرش ❖ الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانوده ❖ آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی ❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال ❖ الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه ❖ رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی ❖ چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر ❖ آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند ❖ شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی	

ب -۱-۱ : شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می شود .

- استفاده از دستبندهای شناسایی
- درج حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار(به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود .
- در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود .



- هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود .

ب -۱-۱ : شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می شود .

* روش شناسایی فعال بیماران

-از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد / سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید .

-پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید .

-اگر بیمار کودک / معلول ذهنی /قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد ، با پرسش از والدین / بستگان درجه یک او را شناسایی نمایید .



ب -۱-۱ : شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می شود .

در سیستم کدبندی رنگی ، **رنگ قرمز** فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده و **رنگ زرد** برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر از جمله بیماران مستعد یا مبتلاء به زخم فشاری ، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم ، ریسک خودکشی ، سوء تغذیه و تشنج مورد استفاده قرار می گیرد .

نکته : بر روی دستبند شناسایی زردرنگ ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود . می توان در این موارد (نظیر خودکشی) ، از کد شناخته شده تنها برای کارکنان مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده شود .

ب-۱-۲ ارزیابی اولیه بیماران با رعایت اصول مراقبتی انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۲-۱ پرستاران ارزیابی اولیه بیماران را مطابق ضوابط مربوط انجام می‌دهند.	سطح دو

- آگاهی پرستاران در بخش‌های بستری از نحوه ارزیابی اولیه
- انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده
- ثبت مشکلات/ تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستار

ارزیابی پرستاری یکی از اجزای مهم مراقبت‌های پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیم‌گیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است. این اقدام در دو جزء تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی انجام می‌گیرد. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌گردد. ملاک ارزیابی این سنجه ارزیابی بیمار و ثبت مشکلات/ تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری است. لذا تکمیل فرم/ چک لیست ارزیابی برابر فرم ابلاغی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. البته مصادیق چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری متناسب با عملکرد هر بیمارستان بایستی بررسی شود اما آنچه اعتباربخشی رصد می‌نماید شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار در ارزیابی پرستاری است لذا تکمیل/ عدم تکمیل چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری ملاک کسب امتیاز نیست. تا زمان انجام ارزیابی اولیه، ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار از روش معتبر ارزیابی و در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری استفاده شود. در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد ارزیابی پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) نمی‌باشد. درخصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در اولین مراجعه بیمار به بخش‌های سرپایی در مواردی که بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده و منظم مراجعه می‌نماید، یک بار ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود و صرفا در صورت ایجاد تغییر وضعیت این گروه از بیماران در مراجعه بعدی مجددا ارزیابی اولیه انجام شود.در غیر این صورت یک بار ارزیابی اولیه کفایت می‌نماید. در خصوص بیماران تحت نظر در اورژانس که پرونده بستری برای آن‌ها تشکیل می‌شود بایستی در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. همچنین در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده سرویس پزشک معالج تشکیل شده است در صورتی که این بیماران بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشند فرم ارزیابی اولیه پرستاری (جامع) تکمیل شود. بدیهی است در این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی اولیه (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) در بخش مقصد نمی‌باشد.

ب-۱-۲-۲ ارزیابی اولیه، طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج و پزشکان ذیصلاح انجام می‌شود.	سطح دو

- تعیین و ابلاغ محدوده زمانی مناسب توسط بیمارستان جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک از سوی رئیس/ مدیرعامل بیمارستان
- انجام ارزیابی‌های اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده/ بدو ورود و تکمیل فرم شرح حال با قید مهر و امضای پزشک
- برنامه‌ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار بر اساس تشخیص/ تشخیص‌های اولیه و ارزیابی اولیه پرستار
- ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی توسط پزشک
- ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی و جلب مشارکت آن‌ها
- اجرای برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج

ارزیابی اولیه پزشک منجر به تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه می شود. محدوده زمانی مناسب جهت انجام ارزیابی اولیه پزشک و تکمیل فرم شرح حال توسط رئیس/ مدیرعامل بیمارستان با مشاوره مسئول فنی تعیین شود. مشکلات واقعی یا بالقوه بیمار که در ارزیابی اولیه یا براساس تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه شناسایی شده اند بایستی در برنامه مراقبتی طراحی شده از طرف پزشک لحاظ شوند. پزشک وضعیت بیماران پرخطر، نیازمند مراقبت فوری و نیازمند مراقبت حاد را در اولین ارزیابی بیمار شناسایی و در برنامه مراقبتی درمانی طراحی شده لحاظ می‌نماید. انجام هیچ یک از فعالیت‌های یاد شده نبایستی موجب تاخیر/ تعلل در ارائه خدمات حیاتی به بیماران بدحال شود. درصورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر و اورژانس قراردارد، هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی مربوط انجام می‌شود. منظور از سرویس تخصصی مربوط، پزشک مقیم با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

ب -۱-۲ : ارزیابی اولیه بیماران با رعایت اصول مراقبتی انجام شود .

ارزیابی اولیه در دو جزء تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی انجام می گیرد . نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت می گردد .

نکته : آنچه اعتباربخشی رصد می کند ، شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار در ارزیابی اولیه است لذا تکمیل /عدم تکمیل چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری ملاک کسب امتیاز نیست .

ب -۱-۲ : ارزیابی اولیه بیماران با رعایت اصول مراقبتی انجام شود .

- تا زمان انجام ارزیابی اولیه ، ضروری است در بدو پذیرش ، ارزیابی وضعیت هوشیاری ، جسمی ، روحی ، روانی و عوامل تهدیدکننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد .

- در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار از روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری استفاده شود.

ب-۱-۳ مراقبت‌های پرستاری به صورت ایمن، بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود.	سطح
ب-۱-۳-۱ ارزیابی و مراقبت‌های پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار انجام می‌شود.	سطح یک
❖ تعیین پرستار مسئول برای هر بیمار در هر نوبت کاری ❖ تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت بجز سرپرستار ❖ معرفی پرستار مسئول بیمار، در شروع هر نوبت کاری به بیمار/ همراه و ثبت نام پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار ❖ ثبت نتایج ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول ❖ ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستار ❖ همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیت پزشک‌ها و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی‌های انجام شده	
توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان به نحوی باشد که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان یکسان و با در نظر گرفتن ویژگی‌ها و سطح بندی مراقبتی بیماران در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند. همچنین برای نوبت‌های کاری عصر وشب تعیین مسئول شیفت ضروری است.	



ب -۱-۳ : مراقبت های پرستاری به صورت ایمن ، بدون وقفه به بیماران ارائه می شود .

- تعیین پرستار مسئول برای هر بیمار در هر نوبت کاری
- تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت به جز سرپرستار
- معرفی پرستار مسئول بیمار ، در شروع نوبت کاری به بیمار / همراه و ثبت نام پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار
- ثبت نتایج ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول
- ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستار
- همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیت پزشکها و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی های انجام شده

ب-۱-۳-۲ ❁ مراقبت‌های پرستاری به صورت مستمر، بدون وقفه، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.	سطح یک

- حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات نوبت کاری موظف
- ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول
- مراقبت و پیشگیری از اتصالات نادرست[۱] کاتترها و لوله‌ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری
- شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط
- گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آن‌ها
- برنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط
- تحویل بالینی بیماران در هر شیفت توسط پرستاران طبق دستورالعمل ابلاغی
- در نظر گرفتن مهلت مقرر هم پوشانی برای همه‌ی کارکنان درمانی هنگام تحویل نوبت کاری بر اساس دستورالعمل ابلاغی
- حضور پرستاران / کمک پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده‌ی شیفت در مدت زمان همپوشانی برای تبادل اطلاعات در مورد بیماران
- عدم هرگونه تاخیر/ اختلال در مراقبت‌ها در ساعات تحویل نوبت کاری
- اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجرا



ب -۱-۳-۲ : مراقبت های پرستاری به صورت مستمر ، بدون وقفه ، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار برنامه ریزی و ارائه می شود .

- تعیین پرستار جانشین در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه میل خدمت خود را تر می نماید الزامی بوده و تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی انجام شود .

- سطح بندی و توزیع بیماران برای شیفت بعد توسط مسئول شیفت با هماهنگی مسئول شیفت قبل با توجه به اطلاع کامل تر از شرایط بیماران ، صورت پذیرد .

- دقت شود جا به جایی بیماران بین بخش های مختلف حتی الامکان در ساعات تعویض شیفت نباشد مگر در موارد اورژانس که اجتناب ناپذیر است .

ب -۱-۳-۲ : مراقبت های پرستاری به صورت مستمر ، بدون وقفه ، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار برنامه ریزی و ارائه می شود .

- موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری و ثبت گزارش مراقبتها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود .

تکنیک ISBAR

Figure 1 – ISBAR tool [5]

I	**Identify** Identify self: name, position, location and who you are talking to Identify patient: name, age, sex, location	
S	**Situation** State purpose "The reason I am calling is ....."	
	If urgent – say so	eg "This is urgent because the patient is unstable with a BP of 90".
B	**Background** Tell the story Current problem	
	Relevant history Relevant examination Relevant test results Management	If urgent: Relevant vital signs Current management
A	**Assessment** State what you think is going on	
	eg "So the patient is febrile and I can't find a source of infection".	Urgent eg "The patient seems to be deteriorating, I think they may be bleeding".
R	**Request** State request	
	eg "I'd like your opinion on the most appropriate test".	eg "I need help urgently, are you able to come?"

ب-۱-۳-۳ ❁ آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح یک

- ❖ شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش‌های مختلف بیمارستان تحت نظارت مسئول فنی و مدیر خدمات پرستاری
- ❖ آماده سازی بیماران برای مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش
- ❖ مراقبت و پایش بیماران مستمر حین مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش
- ❖ مراقبت و پایش بیماران مستمر پس از مداخلات تهاجمی شناسایی شده
- ❖ آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی

مداخلات تهاجمی حداقل شامل اعمال جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپی‌ها و سایر موارد با تشخیص بیمارستان است. به منظور استفاده بهینه از تخت‌های بستری، بایستی به نحوی برنامه‌ریزی شود که تا حد ممکن آمادگی‌های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار ارزیابی و حاصل شود.

➢ نکاتی مهم در خصوص دستورالعمل‌های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن

۱. تدوین، حداقل برای جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپی‌ها، سایر موارد با تشخیص بیمارستان
۲. توجه به جزئیات آمادگی‌ها و مراقبت/ پایش‌ها به تفکیک انواع مداخلات تهاجمی در دستورالعمل
۳. آموزش کارکنان و نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل‌های تدوین شده با محوریت مدیریت خدمات پرستاری
۴. استفاده از مفاد دستورالعمل ابلاغی از جمله دستورالعمل جراحی ایمن در تدوین دستورالعمل مربوط
۵. برنامه‌ریزی دقیق پره آپ بیماران از طریق خدمات سرپایی
۶. رعایت فرآیندهای تأیید کننده[۱] مانند چک لیست جراح، به منظور اجتناب از خطاهای ناشی از بیمار اشتباه، طرف اشتباه بدن و پروسیجر اشتباه
۷. اجرای تکنیک‌هایی که از ایجاد خطرات و خطاها می‌کاهد، مانند وقفه در کار، توجیه اولیه، اخذ بازخورد نهایی و بیان دغدغه‌ها و سایر ...
۸. درگیر شدن فعال کارکنان بالینی در فرایند مداخله به عنوان عضو تیم مراقبت سلامت
۹. جلب مشارکت و تعامل فعال و همیشگی با بیمار/خانواده
۱۰. ثبت وقایع از مرحله آماده سازی تا پایان پروسیجر در پرونده بیماران
۱۱. شرکت در فرآیندهای آموزشی بررسی مرگ و میر

Activate W
Go to Settings

ب -۱-۳-۳ :آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن ، برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود .

- شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخشهای مختلف بیمارستان تحت نظارت مسئول فنی و مدیر خدمات پرستاری
- آماده سازی بیماران برای مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش
- مراقبت و پایش بیماران مستمر حین مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش
- مراقبت و پایش بیماران مستمر پس از مداخلات تهاجمی شناسایی شده
- آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی

ب -۱-۳-۳ :آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن ، برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود .

مداخلات تهاجمی حداقل شامل اعمال جراحی ،آنژیوگرافی ، آنژیوپلاستی ، دیالیز ، شیمی درمانی ، پرتو درمانی ، انواع اسکوپی ها و سایر موارد با تشخیص بیمارستان است . به منظور استفاده بهینه از تختهای بستری ، بایستی به نحوی برنامه ریزی شود که تا حد ممکن آمادگی های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار ارزیابی و حاصل شود .

ب-۱-۳-۴ ❋ ترزیق خون و فراورده‌های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبت‌های مستمر انجام می‌شود.	سطح یک
❖ شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی ❖ مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، هم‌زمان توسط دو کادر بالینی ❖ مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، هم‌زمان توسط دو کادر بالینی ❖ بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، هم‌زمان توسط دو کادر بالینی ❖ بررسی تاریخ انقضاء کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی ❖ بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشتی پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی ❖ نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی‌های مکرر بر بالین بیمار ❖ توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون ❖ قطع فرایند تزریق خون بیمار درصورت بروز هرسطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار ❖ اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژیلانس	
در کلیه مراحل تزریق خون راهنمای هموویژیلانس ابلاغی از سوی وزارت متبوع رعایت می‌شود. نصب پوستر اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت توصیه می‌شود. اخذ مشارکت فعال از بیمار/خانواده به ویژه در بیماران با تزریق مستمر خون برای انطباق بررسی‌ها با سوابق تزریق خون قبلی کمک کننده است اما ملاک نیست.	



ب -۱-۳-۴ : تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صییح بیمار و تحت مراقبت های مستمر انجام می شود .

- شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
- مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
- مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
- بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
- بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی

ب -۱-۳-۴ : تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صییح بیمار و تحت مراقبت های مستمر انجام می شود .

- بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت ، تغییر رنگ ، وجود لخته ، همولیز ، حباب گاز و هرگونه نشتی پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
- نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار
- توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون
- قطع فرآیند تزریق خون بیمار درصورت بروز هرسطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار
- اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژیلانس

نصب پوستر اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت توصیه می شود .



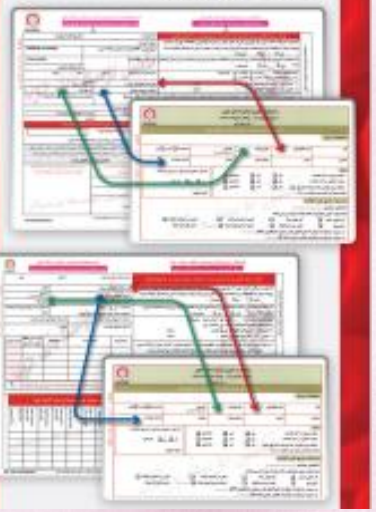
دستورالعمل اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون وفرآورده خونی توسط پرستاران

۱ تایید هویت بیمار

- پرسیدن نام و نام‌خانوادگی و تاریخ تولد از بیماران هوشیار



- مطابقت دادن نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد و همچنین شماره پرونده بیمار با اطلاعات موجود در فرم‌های ذیل
  - الف:فرم درخواست خون و فرآورده خونی
  - ب: فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد ـ پلاکت ـ کرایو یا فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز



۲ فراهم بودن شرایط لازم قبل از تحویل گرفتن فرآورده از بانک خون

- انتخاب محل و رگ مناسب جهت تزریق خون در بیمار
- استفاده از ست استاندارد تزریق خون
  - تمام فرآورده‌های خونی باید از طریق ست استاندارد تزریق خون (دارای فیلتر با منافذ ۲۶۰-۱۷۰ میکرون) تزریق شوند.
  - آلبومین و ایمونوگلوبین‌های داخل وریدی (IVIg) برای تزریق نیاز به ست تزریق خون ندارند.



نکته: حداکثر فاصله زمانی بین تحویل گرفتن کیسه خون کامل وگلبول قرمز از بانک خون تا زمان تزریق ۳۰ دقیقه می‌باشد.اگربه هر علتی نمی‌توانید تزریق فرآورده را در این مدت آغاز نمایید آن را جهت نگهداری مناسب به بانک خون برگردانید.



- انتخاب سر سوزن با سایز مناسب (در بزرگسالان از 14-22G و معمولا 18-20G) و در کودکان(22-24G)



۳ بررسی مشخصات ظاهری فرآورده ارسالی

- تطبیق شماره کیسه خون و گروه خون قید شده در فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده خونی با شماره اهدا و گروه خون قید شده در برچسب کیسه خون



این محصول فقط با تجویز پزشک اجازه تزریق دارد و میبایست کلیه آن قبل از تزریق باید به دقت شناسایی شود

٤ تزریق خون

- توضیح مراحل تزریق و هم چنین علائمی که بیمار ممکن است در حین تزریق آنها را تجربه کند.برای بیمار
- ثبت علایم حیاتی بیمار بلافاصله قبل از تزریق در فرم نظارت بر تزریق خون و فرآورده



- آماده سازی ست تزریق خون (پر نمودن ست تزریق توسط خود فرآورده برای تخلیه حباب های هوا)



- آغاز تزریق خون
- تنظیم سرعت تزریق فرآورده

درفرآورده‌های حاوی گلبول قرمز (خون کامل، پکسل ،گلبول قرمز کم لوکوسیت ، گلبول قرمز شسته شده ،گلبول قرمز اشعه‌دیده) ۱۵ دقیقه اول تزریق باید به آرامی باشد. (۲میلی‌لیتر یا ۳۰ قطره در دقیقه) و سپس اگر مشکلی وجود نداشت می‌توان با توجه

ب -۱-۳-۵ : الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل برنامه ریزی و رعایت می شوند .

- شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی در حال انجام در خارج از اتاق عمل بیمارستان
- تدوین دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
- آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
- رعایت دقیق الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل



ب-۱-۳-۶ ❁ مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.	سطح دو

- ❖ تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرایند
- ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی
- ❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی

➢ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار شیمیایی

۱. لحاظ سابقه داروئی و حساسیت‌های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات داروئی
۲. استفاده از ایمن‌ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی[۱]
۳. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط
۴. انجام مهار شیمیایی صرفا بر اساس دستور پزشک
۵. ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی
۶. شرایط بیمار قبل از شروع مهار وهمچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می گردد
۷. کنترل و ثبت علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده
۸. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و...پایش وکنترل مستمر
۹. قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن
۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی
۱۱. نحوه بررسی وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار
۱۲. تکرار مهار شیمیایی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم[۲]

باتوجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز (حداکثر سه بار) توصیه می‌شود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.





ب -۱-۳-۶ : مهار شیمیایی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

- تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرآیند
- آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی
- رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیای

نکات مهم :

۱. لحاظ سابقه داروئی و حساسیت های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات داروئی

ب -۱-۳-۶ : مهار شیمیایی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

۲. استفاده از ایمن ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی

۳. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۴. انجام مهار شیمیایی صرفا بر اساس دستور پزشک

۵. ارزیابی پاسخ به درمان ، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر ، قبل ، حین و پس از مهار شیمیایی

۶. شرایط بیمار قبل از شروع مهار وهمچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می گردد .

۷. کنترل و ثبت علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده

ب -۱-۳-۶ : مهار شیمیایی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

۸. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط ، مانیتورینگ مداوم و... پایش و کنترل مستمر

۹. قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی

۱۱. نحوه بررسی وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار

۱۲. تکرار مهار شیمیایی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم باتوجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز (حداکثر سه بار) توصیه میشود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

ب-۱-۳-۷ ❁ مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.	سطح دو

- ❖ تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرایند
- ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی
- ❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی

➢ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار فیزیکی

۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی
۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفا بر اساس دستور پزشک و ذکر اندام‌های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک
۳. استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام‌ها واعضای مجاز با روش‌های استاندارد و بدون عوارض
۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندام‌های مهار شده به صورت مستمر
۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط
۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)
۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم‌های فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و...
۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن
۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته/ آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار
۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی
۱۱. ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری
۱۲. تکرار مهار فیزیکی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم

در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آن‌ها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع می‌باشد.

Activate W
Go to Settings



ب -۱-۳-۷ : مهار فیزیکی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

- تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرآیند
- آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی
- رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی

نکات مهم :

۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی

۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفا بر اساس دستور پزشک و ذکر اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک

ب -۱-۳-۷ : مهار فیزیکی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

۳. استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندامها واعضای مجاز با روشهای استاندارد و بدون عوارض

۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده به صورت مستمر

۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)

۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط ، ایجاد زخم های فشاری و صدمه بافتی به بیمار ، آسیب به خود و...

ب -۱-۳-۷ : مهار فیزیکی با دستور پزشک ، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود .

۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن

۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته/ آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی

۱۱.ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری

۱۲.تکرار مهار فیزیکی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم

در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.

ب-۱-۴ مراقبت‌های بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر، برنامه‌ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح
ب-۱-۴-۱ ❁ عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است.	سطح یک

- وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخش‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره آن
- وجود خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخش برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک
- آشنایی کارکنان بالینی با روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک
- اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی/ شفاهی و عمل بر اساس آن
- حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار
- اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است.

لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد.

از روش Close the Loop Repeat Back .Write Down .Read Back. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت/ تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات

از روش Close the Loop Repeat Back .Write Down .Read Back. در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی(اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود.

انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد می‌گردد.



ب -۱-۴ : مراقبتهای بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر، برنامه ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل میشود .

- وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخشهای بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره آن
- وجود خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخش برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسی های پاراکلینیک
- آشنایی کارکنان بالینی با روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک
- اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی/ شفاهی و عمل بر اساس آن
- حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار
- اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی

ب-۱-۴-۲ ❁ بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.	سطح دو

- ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به ایشان
- توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آن‌ها در تمامی مراحل مراقبت و درمان
- حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی
- ترخیص ایمن بیماران آسیب‌پذیر

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب‌پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/گفتاری)، بیماران مجهول‌الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی[1]، افراد بی‌خانمان و .... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.

در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند. در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/شنوایی/حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می‌باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند. بیماران مجهول‌الهویه به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه‌ها و نحوه نام‌گذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. بیماران با اختلال هشیاری به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش‌های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه/ خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه‌های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران/ مراجعین از نظر

ب -۱-۴-۲ : بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان به شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود .

- ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به استاندارد به ایشان

- توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آنها در تمامی مراحل مراقبت و درمان
- حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی
- ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر

ب -۱-۴-۲ : بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان به شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود .

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی ، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران سالمند ، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی ، معلولیت های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری ، نوزادان و کودکان و مادران باردار ، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان ، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز ، سو مصرف مواد ، زندانیان ، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، افراد بی خانمان و... از این گروه بیماران / مراجعین هستند .

ب-۱-۴-۳ ❄ بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.	سطح دو

- مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با مصادیق ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه
- آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسک‌های متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس آن‌ها
- استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخش‌ها[1]
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر زخم فشاری
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر خودکشی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران پلی فارمسی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض سوء تغذیه
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض خطر
- آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیش‌گیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره
- ترخیص ایمن بیماران پرخطر

بیماران پرخطر







ب -۱-۴-۳ : بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود .

- مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با میزان ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه
- آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسکهای متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس آنها
- استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخشها
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر زخم فشاری

ب -۱-۴-۳ : بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود .

- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر خودکشی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران پلی فارمسی
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض سوء تغذیه
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض خطر

ب -۱-۴-۳ : بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود .

- آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره
- ترخیص ایمن بیماران پرخطر

بیماران/ مراجعین پرخطر غالبا شامل موارد ذیل است :

1. بیماران در معرض سقوط (استفاده از ابزار مورس)
2. زخم فشاری (برادن)
3. خودکشی
4. سو تغذیه
5. پلی فارمسی

ب-۱-۵ مراقبت‌های پزشکان به صورت ایمن، به موقع و بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود.	سطح
ب-۱-۵-۱ ☐ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در زمان‌بندی منظم به نحوی است که تعللی در روند مراقبت و درمان بیمار ایجاد نمی‌شود.	سطح یک
❖ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج در زمان‌بندی منظم و بدون هرگونه تاخیر/ اختلال در روند مراقبت و درمان بیمار ❖ ویزیت روزانه توسط پزشک ذیصلاح جانشین در زمان مرخصی/ ایام تعطیل	
پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک آنکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	

➢ برخی اقدامات پزشکی در ویزیت‌های روزانه

۱. ارزیابی ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و در صورت نیاز بازنگری برنامه بر اساس پاسخ بیمار
۲. ارزیابی مجدد بیمار به منظور تناسب وکارایی تصمیمات درمانی/ مراقبتی برای تایید یا رد تشخیص اولیه
۳. ثبت دستورات دارویی ومراقبتی وتشخیصی درمانی دربرگه دستورات پزشک ودرصورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه سیر بیماری
۴. ثبت پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی ودرمانی در برگه سیر بیماری
۵. ثبت وضعیت بهبودی بیماری حداقل به صورت روزانه در برگ سیر بیماری
۶. ثبت ارزیابی‌های ادواری در برگه سیر بیماری
۷. ثبت سیر بیماری با یکی از روش‌های مبتنی بر وضعیت یا مبتنی بر مشکل
۸. مندرجات برگه سیر بیماری باید شامل تاریخ و ساعت،امضا و ممهور به مهر پزشک

ثبت سیر بیماری مبتنی بر وضعیت بیمار یک روش سنتی است که ساختار آن به شکل داستان نویسی بوده و تنها اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار ثبت می‌شود. ثبت سیر بیماری مبتنی بر مشکل[۱] روشی است که اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی و ثبت می‌شود.

➢ اجزای سیر بیماری مبتنی بر مشکل

۱. یافته‌های موضوعی[۲] (تاریخچه)
۲. یافته‌های هدفمند[۳] (فیزیکی و نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی)
۳. فرایند ارزیابی[۴]
۴. برنامه‌ریزی درمان بیمار بر اساس اطلاعات[۵] به دست آمده که شامل شناسایی مشکلات (تشخیص) و بررسی پاسخ بیمار به بیماری است.

Activate
Go to Settin

ب -۱-۵ : مراقبت های پزشکان به صورت ایمن، به موقع و بدون وقفه به بیماران ارائه میشود .

- ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج در زمانبندی منظم و بدون هرگونه تاخیر/ اختلال در روند مراقبت و درمان بیمار

- ویزیت روزانه توسط پزشک ذیصلاح جانشین در زمان مرخصی/ ایام تعطیل

- پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک آنکال با تخصص مرتبط - در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

ب-۱-۵-۲ ❁ در تمام ساعات شبانه روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به نحوی است که اختلال/ تاخیری در روند درمان ایجاد نمی‌شود.	سطح یک
❖ تنظیم برنامه و حضور به موقع پزشک متخصص آنکال بر بالین بیماران در هرساعت از شبانه روز و ایام تعطیلات ❖ دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت بدون هرگونه اختلال/ تاخیر در روند مراقبت درمان	
پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	

ب-۱-۵-۳ ❁ مشاوره‌های تخصصی اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود.	سطح یک
❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار ❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ❖ حضور بلادرنگ پزشک مشاورذیصلاح بر بالین بیمار ❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک ❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج ❖ شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج	
مشاوره‌های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما درصورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می‌باشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	

ب ۱-۵-۲ : * در تمام ساعات شبانه روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به نحوی است که اختلال/ تاخیری در روند درمان ایجاد نمیشود.

- تنظیم برنامه و حضور به موقع پزشک متخصص آنکال بر بالین بیماران در هرساعت از شبانه روز و ایام تعطیلات
- دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت بدون هرگونه اختلال/ تاخیر در روند مراقبت درمان

پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است .

ب-۱-۵-۳ ❋ مشاوره‌های تخصصی اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود.	سطح یک
❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار ❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ❖ حضور بلادرنگ پزشک مشاورذیصلاح بر بالین بیمار ❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک ❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج ❖ شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج	
مشاوره‌های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما درصورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می‌باشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	

ب ۱-۵-۳ : * مشاوره های تخصصی اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود.

- ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار
- ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره
- حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار
- انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک
- اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج
- شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج

ب-۱-۵-۴ مشاوره‌های تخصصی غیر اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود.	سطح دو
❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره با ذکر سرویس تخصصی مد نظر" توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار ❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ❖ حضور پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار ❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک مشاور ❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج ❖ شروع اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج	
مشاوره‌های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی‌باشد. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های غیر اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های غیر اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است	

ب ۱-۵-۴ : مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود .

- ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره با ذکر سرویس تخصصی مد نظر" توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار
- ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره
- حضور پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار
- انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک مشاور
- اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج
- شروع اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج

ب ۱-۵-۴ : مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود .

- مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمیباشد.
- پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره های غیر اورژانسی به عنوان یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های غیر اورژانسی به تفکیک سرویس های تخصصی توصیه میشود.
- برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد . بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد.
- پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است .

ب-۱-۵-۵ اقدامات تشخیصی و درمانی با آگاهی و محوریت پزشک معالج انجام می‌شود.	سطح دو
❖ اطلاع رسانی اقدامات تشخیصی درمانی در خواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج ❖ ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک و یا تایید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج در اولین حضور بر بالین بیمار ❖ ثبت تاریخ و ساعت اطلاع دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده بیمار توسط پرستار ❖ انجام تمامی اقدامات تشخیصی درمانی با تایید پزشک معالج	
پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی ودرمانی بایستی تحت نظر/آگاهی و تایید ایشان انجام شود. اقدامات تشخیصی درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه‌ای داشته و تنها پس از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگ دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تاخیر در اقدامات تشخیصی درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که در این صورت پزشکان ذیصلاح مقیم/آنکال در این خصوص تصمیم‌گیری می‌نمایند. در صورت انجام اقدامات فوری وضروری توسط سایر اعضای تیم درمانی،نتایج در اولین فرصت به پزشک معالج اطلاع داده شود. اقدامات بعدی توسط پزشک معالج هدایت و انجام شود. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک آنکال با تخصص مرتبط در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.	

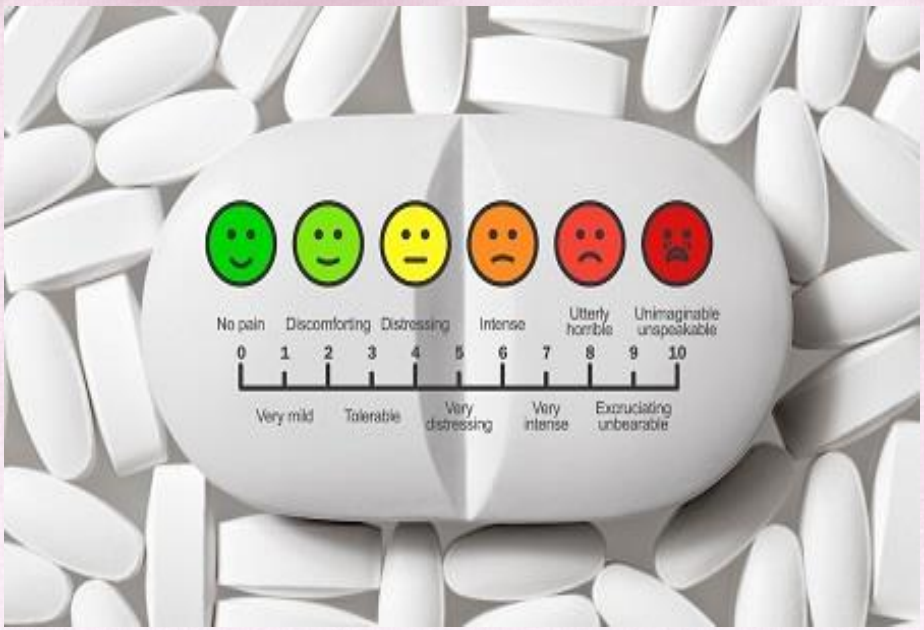
ب ۱-۵-۵ : اقدامات تشخیصی و درمانی با آگاهی و محوریت پزشک معالج انجام میشود.

- اقدامات تشخیصی درمانی در خواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج
- ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک و یا تایید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج در اولین حضور بر بالین بیمار
- ثبت تاریخ و ساعت اطلاع دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده بیمار توسط پرستار
- انجام تمامی اقدامات تشخیصی درمانی با تایید پزشک معالج

ب ۱-۵-۵ : اقدامات تشخیصی و درمانی با آگاهی و محوریت پزشک معالج انجام میشود .

پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی تحت نظر/آگاهی و تایید ایشان انجام شود . اقدامات تشخیصی درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه ای داشته و تنها پس از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگه دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تاخیر در اقدامات تشخیصی درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که در این صورت پزشکان ذیصلاح مقیم/آنکال در این خصوص تصمیم گیری می نمایند. در صورت انجام اقدامات فوری و ضروری توسط سایر اعضای تیم درمانی ، نتایج در اولین فرصت به پزشک معالج اطلاع داده شود .اقدامات بعدی توسط پزشک معالج هدایت و انجام شود.

ب-۱-۵-۶ ❁ درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت می‌شود.	سطح دو
❖ آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد ❖ اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد ❖ مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن	
در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی،تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد. در خصوص استفاده از پمپ‌های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل استاندارد از سوی بیمارستان رعایت شود. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمارجهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده‌های پایانی دستورالعمل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی[1] و مخدر صورت می‌پذیرد.	
ب-۱-۵-۷ ☐ پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیماران حاضر می‌شوند.	سطح سه
❖ وجود برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم متناسب با نیازهای تخصصی بیماران در بیمارستان ❖ در صورت نیاز بیماران حضور و ارائه خدمت پزشکان متخصص مقیم بلافاصله بر بالین بیماران در هر ساعتی از شبانه روز	
این سنجه بر اساس دستورالعمل‌های مقیمی برنامه تحول نظام سلامت تنظیم نشده است. هر چند در مصادیقی همسو هستند. هدف از این سنجه که معمولا در بیمارستان‌های عالی و برتر انتظار استقرار آن می رود ارائه خدمات تخصصی پزشکی در بالاترین سطح دانشی و در تمام ساعات شبانه روز است. لذا ضرورتی برای پیاده سازی آن در بیمارستانهای معمول کشور که با محدودیت پزشک متخصص مواجه هستند وجود ندارد. در صورت وجود برنامه مقیمی، دستورات تلفنی قابلیت اجرا ندارد و پزشک مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، بایستی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید.	





ب ۱-۵-۶ : * درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت میشود .

- آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد
- اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد
- مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن

ب-۱-۵-۷ ☐ پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیماران حاضر می‌شوند.	سطح سه

- وجود برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم متناسب با نیازهای تخصصی بیماران در بیمارستان
- در صورت نیاز بیماران حضور و ارائه خدمت پزشکان متخصص مقیم بلافاصله بر بالین بیماران در هر ساعتی از شبانه روز

این سنجه بر اساس دستورالعمل‌های مقیمی برنامه تحول نظام سلامت تنظیم نشده است. هر چند در مصادیقی همسو هستند. هدف از این سنجه که معمولا در بیمارستان‌های عالی و برتر انتظار استقرار آن می رود ارائه خدمات تخصصی پزشکی در بالاترین سطح دانشی و در تمام ساعات شبانه روز است. لذا ضرورتی برای پیاده سازی آن در بیمارستانهای معمول کشور که با محدودیت پزشک متخصص مواجه هستند وجود ندارد. در صورت وجود برنامه مقیمی، دستورات تلفنی قابلیت اجرا ندارد و پزشک مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، بایستی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید.

➢ تعداد ونوع تخصص پزشکان مقیم در سطح ایده‌آل

الف- بیمارستان‌های جنرال

- ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال : یک پزشک مقیم از یکی از رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی ویا طب اورژانس
- از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال: دارای دوتاچهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نظر باشد
- بیش از ۲۵۶ تخت فعال: دارای چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نیاز باشد

ب- بیمارستان‌های تک تخصصی

- تک تخصصی زنان: دارای سه پزشک مقیم با تخصص‌های زنان، بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق تخصص نوزادان
- تک تخصص جراحی غیرزنان: دو پزشک متخصص شامل یک نفرمتخصص جراح مربوطه و یک متخصص بیهوشی
- تک تخصصی چشم: یک نفر متخصص چشم پزشک
- تک تخصصی غیرجراحی: یک نفر متخصص همان رشته

در مراکز تروما پزشک مقیم متخصص ارتوپدی مقیم باشد. در مراکز ترومای اصلی مرکز استان باید علاوه بر متخصص مقیم ارتوپدی، دارای پزشک مقیم فوق تخصص جراحی عروق و متخصص جراحی مغز واعصاب نیز باشند. برنامه پزشکان مقیم بخش‌های مراقبت ویژه[۲] مطابق دستورالعمل مربوطه می باشد. حضور پزشک درخانه‌های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی‌شود.

ب ۱-۵-۷ : پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیماران حاضر میشوند.

- **وجود برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم متناسب با نیازهای تخصصی بیماران در بیمارستان**
- **در صورت نیاز بیماران حضور و ارائه خدمت پزشکان متخصص مقیم بلافاصله بر بالین بیماران در هر ساعتی از شبانه روز**

ب-۱-۶ دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۶-۱ ❋ داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می‌شوند.	سطح یک

- ❖ مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده
- ❖ آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر
- ❖ تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت‌های مختلف به صورت حفاظت شده
- ❖ تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان

➢ نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر

۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.
۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستورداروی
۳. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستم‌های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۵. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت‌های دارویی
۶. ارائه آموزش‌های لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوت‌های مورفین و هیدرومورفین
۷. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده‌های درد در داروخانه/ بخش‌های بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت‌ها
۹. استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت ازغلظت استاندارد داروی نارکوتیک
۱۰. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد دوم
۱۱. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزیه می‌شود
۱۲. رعایت اصول دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارودهی اضافه شده، عبارت است ازمستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

Activate W
Go to Settings

ب ۱-۶ : دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میشود.

- مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده
- آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر
- تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت های مختلف به صورت حفاظت شده
- تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان

ب ۱-۶ : دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر :

- نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود .
- استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی
- اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستم های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
- استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری ، نسخه نویسی ، نسخه برداری ، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
- مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت های دارویی

ب ۱-۶ : دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

- آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوت های مورفین و هیدرومورفین ارائه
- نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه/ بخشهای بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
- درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتها
- استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی نارکوتیک
- الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد ثانی

ب ۱-۶ : دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

- وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزیه میشود
- رعایت اصول کلی دارودهی بیمار صحیح ، راه مصرف صحیح ، زمان صحیح ، دوز مصرف صحیح ، ثبت صحیح ، تجویز صحیح ، پاسخ مناسب به دارو

ب-۱-۶-۲ ❁ داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.	سطح یک

- نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش
- شناسایی داروهای با هشدار بالا درفرمولاری بیمارستان
- برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع
- تعیین نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمیته درمان دارو بر اساس شواهد معتبر
- ابلاغ نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا به تمامی بخش‌های بالینی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان
- رعایت دقیق نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا
- تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا
- گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها

لیست دوازده گانه داروهای پرخطر که بایستی توسط دو پرستار چک گردد

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
1	کلرید پتاسیم	7	آتروپین
2	سولفات منیزیوم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	گلوکونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

توجه: ترانسفوزیون خون بایستی توسط دو پرستار چک گردد وتزریق گردد

بر اساس منابع معتبر زمانی که "داروهای با هشدار بالا"[1] به اشتباه مورد استفاده قرار می‌گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می‌شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می‌توان از میان آن‌ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک‌ها، اوپوییدها، انسولین و آرام بخش‌ها اشاره نمود، بیشتر تؤام با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می‌توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" است. دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" در اتاق آماده‌سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می‌باشند در محل نگه‌داری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده‌سازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش[2] به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین[3] در مقابل دوبوتامین[4]) در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، هفت قانون دارودهی[5] رعایت شود (طبق توضیحات مندرج ذیل سنجه ب-۱-۶-۴) ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود. در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات داروئی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات داروئی از پرونده به کاردکس/ سامانه اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است. بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد. در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نباید هرگز نبایستی در حالت آزاد[6] قرار بگیرد. استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز" داروهای با هشدار بالا" رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود. آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

یادآوری مهم! در صورت هرگونه حذف داروهای با هشدار بالا از فرایند برچسب گذاری به دلیل کمبود منابع، امتیازی به این سنجه تعلق نخواهد گرفت و صرفا بایستی بر اساس منابع علمی معتبر و شواهد بومی تصمیم گیری شود.



ب ۱-۶-۲ : داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش ها نگهداری ، تجویز و مصرف می شوند .

- نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش
- شناسایی داروهای با هشدار بالا درفرمولاری بیمارستان
- برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع
- تعیین نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمیته درمان دارو بر اساس شواهد معتبر
- ابلاغ نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا به تمامی بخشهای بالینی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان
- رعایت دقیق نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا
- تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا
- گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه ای آنها

ب-۱-۶-۳ ❁ داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.	سطح دو
❖ نگهداری ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه ❖ تجویز ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه ❖ محدود نمودنِ دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه ❖ جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر ❖ تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت‌های با غلظت بالا با اشکال مشابه ❖ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها ❖ آموزش مستمر کاربران دارویی ذیربط	

ب ۱-۶-۳ : داروهای با شکل ، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش ها نگهداری ، تجویز و مصرف می شوند .

- نگهداری ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- تجویز ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- محدود نمودنِ دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه
- جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر
- تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه
- گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه ای آنها
- آموزش مستمر کاربران دارویی ذیربط

ب-۱-۶-۴ ❁ دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام می‌شود.	سطح دو

- ❖ آموزش هفت قانون دارو دهی به کارکنان ذیربط
- ❖ رعایت اصول دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- ❖ نظارت بر اجرای بهینه در زمان نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- ❖ اطمینان از عدم وجود حساسیت داروئی قبل از تجویز هر گونه دارو

اصول دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح. دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارودهی اضافه شده، عبارت اند از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. عدم کفایت دانش و آگاهی کادر بالینی درخصوص موارد مصرف، منع مصرف و تداخلات دارویی و نیز عدم توجه به عوامل جسمانی، شناختی، روانی/هیجانی و اجتماعی بیماران مانند آلرژی، بارداری، بیماری‌های همراه، سواد سلامت و سایر داروهای مصرفی آنان از دیگرمنابع و علل خطاهای دارویی ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می شوند که با افزایش تعداد داروهای مصرفی برشدت این مشکل هم رو به افزایش است. خطاها می تواند شامل نوشتن نسخه برای بیمار اشتباه، دوز اشتباه دارویی، داروی اشتباه، راه اشتباه مصرف یا زمان اشتباه برای دادن دارو به بیمار باشد. دست خط ناخوانا، سوء تفاهم‌ها در محاوره کلامی و کاربرد اختصاراتی که دارای چندین معنا بوده و می توانند به صورت نادرست تفسیر شوند باشند، خطاهای ریاضی ناشی از محاسبه اشتباه دوز دارو به علت بی دقتی یا خستگی و هم چنین ناشی از عدم آموزش کافی و نا آشنایی با نحوه کار با حجم‌ها، مقادیر، غلظت‌ها و واحدها و/یا فقدان دسترسی به پارامترهای به روز از سایر علل خطاهای دارویی در ضمن نسخه نویسی داروها محسوب شود.

➢ رعایت گام‌های ذیل توسط داروساز در کاهش خطر خطاهای نسخه پیچی موثر است.

۱. اطمینان از ثبت / ورود صحیح نسخه دارویی
۲. تأیید صحت و کامل بودن نسخه دارویی
۳. آگاهی از داروهای با اسامی و اشکال مشابه (داروها با اسامی مشابه مسوول یک سوم خطاهای دارویی می باشند)
۴. دقت نظر و توجه به صفرها و اختصارات
۵. سازمان دهی و نظم محیط کاری
۶. در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت و ایجاد وقفه حین کار



Activate W
Go to Settings

ب ۱-۶-۴ : دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام می شود .

- آموزش هفت قانون دارو دهی به کارکنان ذیربط
- رعایت هفت قانون دارو دهی در هنگام نسخه نویسی ، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- نظارت بر اجرای بهینه در زمان نسخه نویسی ، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- اطمینان از عدم وجود حساسیت داروئی قبل از تجویز هر گونه دارو
- هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح ، راه صحیح ، زمان صحیح ، دوز صحیح و بیمار صحیح . دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده ، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان ، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده

ب-۱-۶-۵ ❁ تلفیق دارویی بیماران برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح دو
❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال ❖ تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی ❖ ایجاد کامل‌ترین و صحیح ترین فهرست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن" ❖ مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانی‌های احتمالی و رفع آن ❖ رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق داروئی در تمام مراحل	
ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می‌تواند رخ دهد که بر اساس شواهد، هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱/۵ میلیون نفر می‌گردد و فقط در کشور امریکا تحمیل هزینه‌ای معادل ۳/۵ میلیون دلار تحمیل می‌نماید. بالغ بر ۵۶ ٪ خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می‌شود. در۴۶ ٪ مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص ازبخش/بیمارستان رخ می‌دهد. از طرفی واکنش ناخواسته دارویی که به عنوان آسیبِ ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می‌تواند ناشی از تأثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد۵۰٪ تا ۶۰ ٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیارحائز اهمیت است. تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی را افزایش می‌دهد. سن بیمار، شدت بیماری، ژنتیک، بیماری‌ها (نقص عملکردی کبدی یا کلیوی)، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تأثیرگذار بر بروز تداخلات دارویی هستند. تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می‌گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزیی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم‌گیری برای دستور مناسب‌ترین دارو برای بیمار می‌نماید. 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	

ب ۱-۶-۵ : *تلفیق دارویی بیماران برنامه ریزی و انجام می شود .

- بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال
- تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی
- ایجاد کاملترین و صحیح ترین فهرست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن "
- مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش ، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانی های احتمالی و رفع آن
- رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق داروئی در تمام مراحل

- رعایت گام‌های ذیل توسط داروساز در کاهش خطر خطاهای نسخه پیچی موثر است.
  ۱. اطمینان از ثبت / ورود صحیح نسخه دارویی
  ۲. تأیید صحت و کامل بودن نسخه دارویی
  ۳. آگاهی از داروهای با اسامی و اشکال مشابه (داروها با اسامی مشابه مسوول یک سوم خطاهای دارویی می باشند)
  ۴. دقت نظر و توجه به صفرها و اختصارات
  ۵. سازمان دهی و نظم محیط کاری
  ۶. در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت و ایجاد وقفه حین کار
  ۷. تمرکز بر کاهش استرس و ایجاد تعادل در حجم کاری سنگین
  ۸. صرف وقت به منظور ذخیره و انبارش مناسب داروها
  ۹. کنترل کامل تمامی نسخ دارویی و ارائه همیشگی مشاوره کامل دارویی به بیمار



- روش‌هایی برای مصرف ایمن تر داروها جهت توصیه به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمت در حیطه دارویی:
  ۱. استفاده از اسامی ژنریک
  ۲. داروهای بیماران را منطبق با نیازهای فردی آنان نسخه نویسی نمایید
  ۳. اخذ تاریخچه کامل دارویی را بیاموزید و به آن عمل کنید.
  ۴. درناحیه خود، نام داروهایی را که با خطر بالای وقایع ناخواسته تؤام می باشند، بدانید
  ۵. در مورد داروهایی که نسخه نویسی می نمایید بیشتر بدانید
  ۶. از کمک حافظه‌ها استفاده کنید و به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید

دو پیام مهم دارویی

- دو پیام مهم ایمنی دارویی
  ۱. داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شوند.
  ۲. هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست، به بیمار ندهید.

ب ۱-۶-۵ : *تلفیق دارویی بیماران برنامه ریزی و انجام می شود .

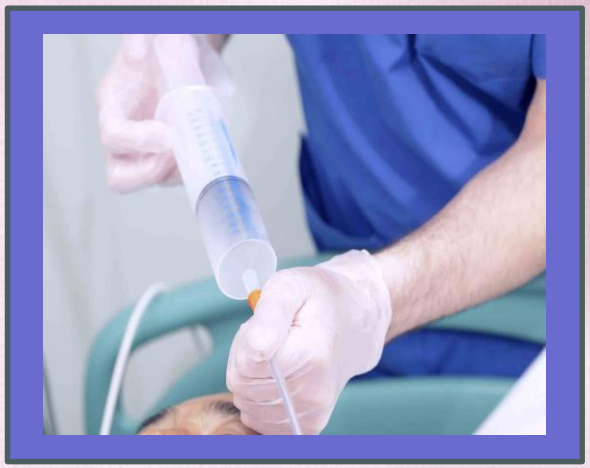
داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند :

1. داروهای نسخه شده
2. ویتامین ها
3. داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد .
4. مواد تشخیصی و کنتراستها
5. تغذیه مکمل
6. فرآوردههای خونی
7. مایعات وریدی

۸. مواد غذایی

۹. داروهای گیاهی

ب-۱-۷ ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران بر اساس ضوابط مربوط صورت می‌پذیرد.	سطح
ب-۱-۷-۱ وضعیت تغذیه‌ای بیماران توسط پزشک تعیین تکلیف شده و بر اساس آن برنامه‌ریزی و عمل می‌شود.	سطح یک
❖ تعیین تکلیف نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک ❖ ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پر کالری و سایر ❖ اطلاع رسانی نوع رژیم غذایی بیمار در زمان مقرر به واحد تغذیه توسط پرستار ❖ چینش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی نوشته شده هفتگی یا ماهیانه ❖ مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده ❖ الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم غذایی برای غذاهای رژیمی	



ب ۱-۷ : ارزیابی تغذیه بیماران بر اساس ضوابط مربوط صورت می پذیرد .

- تعیین تکلیف نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک
- ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پر کالری و سایر
- اطلاع رسانی نوع رژیم غذایی بیمار در زمان مقرر به واحد تغذیه توسط پرستار
- چینش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی نوشته شده هفتگی یا ماهیانه
- مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده
- الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم غذایی برای غذاهای رژیمی

ب-۱-۷-۲ بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویزه بزرگسالان و کودکان[۱] ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در اولین ویزیت ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص با تکمیل فرم پیگیری تغذیه ❖ ارزیابی مجدد تغذیه‌ای بیماران در فواصل زمانی معین و یا در صورت تغییر روش تغذیه، نوع رژیم غذایی بیمار و یا دستور پزشک معالج	

ب ۱-۷-۲ : بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه بزرگسالان و کودکان
- اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه
- انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در اولین ویزیت
- بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک
- اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

ب ۱-۷-۲ : بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص با تکمیل فرم پیگیری تغذیه
- ارزیابی مجدد تغذیه ای بیماران در فواصل زمانی معین و یا در صورت تغییر روش تغذیه ، نوع رژیم غذایی بیمار و یا دستور پزشک معالج

ب ۱-۷-۲ : بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- ملاک ارزیابی تاریخ تکمیل نمودن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاور تغذیه و زمان ارجاع بیمار می باشد .
- اطلاع رسانی به موقع به مشاور تغذیه از اهم موضوعات است لذا عدم اطلاع رسانی به موقع بخش به مشاور تغذیه به معنی عدم اجرای صحیح آن است .
- وجود برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در پرونده بیمار مالا ارزیاابی نبوده و حداقل تکمیل بخشهای ارزیابیهای تن سنجی و تنظیم رزیم غذایی مد نظر است .
- بخش ارزیابی تغذیه ای در شیتهای بخشهای ویژه بایستی توسط پرستار تکمیل شود .

ب ۱-۷-۲ : بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- مشاور تغذیه با مراجعه به گزارش پرستاری و شیت پرستاری امکان ارزیابی صحیحی از وضعیت تغذیه بیمار خواهد داشت .
- پیگیری وضعیت تغذیه بیماران مشاوره شده با تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار در فواصل زمانی مشخص ۳ تا ۵ روزه انجام می شود و در صورت ماندگاری بیماران بخش ویژه تا ۳ روز و بیماران معمولی تا ۷ روز نیاز به تکمیل فرم پیگیری / مجدد تغذیه ای است . البته در موارد تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک ، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاواژ این زمان ممکن کوتاه تر باشد .
- محلول های گاواژ دریافت شده می بایست دارای برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش ، نام بیمار ، نوع گاواژ ، ساعت تهیه باشند .

ب-۱-۷-۳ بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان توسط پزشک در همه بخش‌های بستری ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر وا مضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی	

ب ۱-۷-۳ : بیماران سوء تغذیه ، سوختگی ، دیالیز ، پیوند ، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- شناسایی بیماران سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک
- ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان توسط پزشک در همه بخشهای بستری
- اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه
- انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه
- بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر وا مضای پزشک

ب ۱-۷-۳ : بیماران سوء تغذیه ، سوختگی ، دیالیز ، پیوند ، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک
- نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک
- پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی

ب-۱-۷-۴ ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی،اکلامپسی در ارزیابی اولیه ماما/ پزشک ❖ شناسایی کودکان پرخطر در معرض سوتغذیه، سوختگی،کلیوی، سرطانی، سلیاک و بیماری های متابولیک مادرزادی در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی،اکلامپسی توسط پزشک در همه بخش‌های بستری ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی کودکان پرخطر در معرض سوتغذیه،سوختگی،کلیوی،سرطانی توسط پزشک ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره‌های مادران باردار و اطفال توسط ماما/پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای مادر باردار با دیابت، پره اکلامپسی،اکلامپسی توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ انجام ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی اطفال با استفاده از منحنی‌های رشد ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده اطفال طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ نظارت ماما بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده مادران باردار طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی	

ب ۱-۷-۴ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه ریزی و انجام میشود .

- شناسایی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی،اکلامپسی در ارزیابی اولیه ماما/ پزشک
- شناسایی کودکان پرخطر در معرض سوتغذیه، سوختگی،کلیوی، سرطانی در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک
- ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی مادران باردار با دیابت ، پره اکلامپسی ، اکلامپسی توسط پزشک در همه بخش های بستری
- ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی کودکان پرخطر در معرض سوتغذیه،سوختگی،کلیوی،سرطانی توسط پزشک
- اطلاع رسانی درخواست مشاوره های مادران باردار و اطفال توسط ماما/پرستار به مشاور تغذیه

ب ۱-۷-۴ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه ریزی و انجام میشود .

- انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای مادر باردار با دیابت، پره اکلامپسی،اکلامپسی توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه
- انجام ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی اطفال با استفاده از منحنی های رشد
- بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک
- اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک

ب ۱-۷-۴ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه ریزی و انجام میشود .

- نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده اطفال طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک
- نظارت ماما بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده مادران باردار طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک
- پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی
- با توجه به عدم وجود فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ویژه مادر باردار از فرم های ارزیابی تخصصی تغذیه بزرگسال استفاده شود .
- مشاوره تغذیه اطفال با اولویت زمانی برای اطفال مبتلا به سوتغذیه ، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای متابولیک مادرزادی و بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری/ تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک ، انجام میشود .

ب ۱-۷-۴ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه ریزی و انجام میشود .

- کودک و نوجوان به تمامی افرادی اطلاق می گردد که در محدوده سنی ۱ ماه تا پایان ۱۸ سال قرار دارند .
- در ایستگاه پرستاری بخش هایی که کودک و یا نوجوان بستری می شوند بایستی نمودارهای محاسبه BMI بر حسب سن ۵ تا پایان ۱۸ سال (Z-scores) به تفکیک جنس و نمودارهای وزن برحسب قد کودک زیر ۵ سال (Z-scores) (مطابق با پیوست های دستورالعمل و فرم های ارزیابی تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان سال ۱۳۹۷) به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد .
- در بخش هایی که زنان باردار بستری می شوند نمودار و جداول وزن گیری دوران بارداری برای مادران بالاتر از ۱۹ سال و نمودار و جدول وزن گیری دوران بارداری برای مادران نوجوان – تک قلویی بر اساس BMI قبل از

ب ۱-۷-۴ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه ریزی و انجام میشود .

بارداری (Z-scores) ۱۰ تا پایان ۱۸ سال (مطابق با پیوست های کتاب دستورالعمل های ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان ویژه بزرگسالان) به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد .

- عدم وجود ترازو و قدسنج استاندارد و کالیبره (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در بخش و یا محل قرارگیری نامناسب ترازو و یا قدسنج نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح تغذیه ای می باشد .

ب-۱-۷-۵ ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه‌های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سه
❖ شناسایی ۱۸ بیماری اولویت دار برای ارزیابی تخصصی تغذیه طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در مرحله ارزیابی اولیه پرستار و پزشک ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک در همه بخش‌های بستری ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی	
ارزیابی تخصصی تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک برای بیماران واجد ۱۸ بیماری اولویت دار انجام شده (با تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه) و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود. ۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هردلیل (NPO- نیاز به تغذیه انترال و پرانترال)، دیابت/ دیابت کنترل نشده در بخش‌های جراحی، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضاء، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری‌های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن[1] بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است. تمامی بیماران مشاوره تغذیه شده (به جز تغذیه انترال و پرانترال) می بایست رژیم مکتوب داشته باشند. همچنین توصیه می گردد ۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه به نحو موثر به اطلاع پزشکان رسانده شود. بیماران با دیابت کنترل نشده جز موارد ضروری برای مشاوره تغذیه می باشد.	

ب ۱-۷-۵ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

- شناسایی ۱۸ بیماری اولویت دار برای ارزیابی تخصصی تغذیه طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در مرحله ارزیابی اولیه پرستار و پزشک
- ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک در همه بخشهای بستری
- اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه
- انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه
- بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک
- اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

ب ۱-۷-۵ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

- نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک
- پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی

ب ۱-۷-۵ : ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود .

- ارزیابی تخصصی تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک برای بیماران واجد ۱۸ بیماری اولویت دار انجام شده (با تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه) و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود .

- ۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هر دلیل (NPO – نیاز به تغذیه انترال و پرانترال) ، دیابت / دیابت کنترل نشده در بخش های جراحی ، فشارخون بالا و بیماری های قلبی عروقی ، سرطان ها ، سوختگی ، سکته ، نارسایی کلیه ، همودیالیز ، سیروز کبدی ، پیوند اعضاء ، زخم بستر ، سوء تغذیه و سوء جذب ، بیماری های نورولوژی منجر به اختلال بلع ، جراحی شکمی ، پنومونی ، بیماری انسدادی مزمن بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است .

ب-۱-۷-۶ کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه‌ای را بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آورد.	سطح سه
❖ بررسی پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه ای در فواصل منظم توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخص‌های تن‌سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی ❖ تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه به بیمار طبق دستور پزشک ❖ درصورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی و بازنگری مراقبت‌های تغذیه ای بیماران	
پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه ای توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخص‌های تن‌سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی انجام می شود. تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه بیمار طبق دستور پزشک نیز انجام می شود.(این موارد باید توسط بخش به مشاور تغذیه اطلاع رسانی گردد.)تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه در بخش‌های ویژه ۳ تا ۵ روز و در سایر بخش‌ها حداکثر یک هفته پس از اولین ویزیت تغذیه ای، در مواردی هم به تشخیص خود مشاور تغذیه ممکن است تا ثابت شدن وضعیت تغذیه بیمار نیاز به پیگیری روزانه داشته باشد. توصیه می‌شود راهکارهایی جهت پیگیری مراقبت‌های تغذیه ای پس از ترخیص در دوران نقاهت برنامه‌ریزی و انجام شود.	

ب ۱-۷-۶ : کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت های تغذیه ای را بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آورد .

- بررسی پاسخ بیمار به مراقبتهای تغذیه ای در فواصل منظم توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخصهای تن سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی

- تکمیل فرمهای پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه به بیمار طبق دستور پزشک

- در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی و بازنگری مراقبتهای تغذیه ای بیماران

ب-۱-۸ روند تغذیه بیماران تحت نظارت‌های فنی و تخصصی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۸-۱ رعایت اصول تغذیه‌ای در طبخ و توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه بوده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح یک

- بررسی کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده در هنگام ورود از لحاظ تغذیه ای
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده سازی موادغذایی
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته بندی غذای بیماران
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا
- وجود ترالی‌های گرم خانه دار حمل غذا با شرایط استاندارد
- تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم

منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی متصدی غذا با نظارت کارشناس تغذیه در مراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا در نوبت‌های کاری مختلف (صبح و عصر) می‌باشد.

مواد غذایی می بایست در ساعات اداری وارد بیمارستان شوند. وسایل و امکانات سالم و استاندارد برای طبخ غذا تامین شود. همچنین برنامه‌ای مشخص برای تعویض و یا سرویس دوره‌ای تجهیزات و ابزار طبخ غذا/جایگزینی و تعویض موارد فرسوده، زیر نظر کارشناس تغذیه با تایید ریاست/مدیریت بیمارستان وجود داشته باشد. برای سنجش کمیت مناسب غذا توزین اتفاقی غذاها توسط متصدی غذا و با نظارت کارشناس تغذیه انجام می‌شود. همچنین عدم نگهداری مواد غذایی داغ در ظروف پلاستیکی، ظروف ترک خورده، شکسته و لب پر، عدم استفاده از ظروف مستعمل و زنگ زده مورد تاکید است.

- شیوه‌های توزیع غذا

۱. توزیع غذا به روش مرکزی، غذا در آشپزخانه بسته بندی شده و با درپوش مناسب داخل ترالی گرمخانه دار قرار داده می‌شوند و به بخش منتقل می‌شود.

۲. توزیع غذا به روش نیمه متمرکز، غذا درترالی‌های بن‌ماری دار قرار داده می شود و در بالین بیمار طبق فهرست سامانه اطلاعات بیمارستانی و مطابق با رژیم غذایی هر بیمار توزیع می‌شود.

در شیوه توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل در خصوص غذاهای رژیمی، بایستی برچسب مشخصات، شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم، استفاده شود.

ب ۱-۸ : روند تغذیه بیماران تحت نظارت های فنی و تخصصی برنامه ریزی و انجام می شود .

- بررسی کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه ای مواد غذایی اولیه خریداری شده در هنگام ورود از لحاظ تغذیه ای
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده سازی مواد غذایی
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته بندی غذای بیماران
- نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا
- وجود ترالی های گرم خانه دار حمل غذا با شرایط استاندارد
- تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم

ب ۱-۸ : روند تغذیه بیماران تحت نظارت های فنی و تخصصی برنامه ریزی و انجام می شود .

- **منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی متصدی غذا با نظارت کارشناس تغذیه در مراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا در نوبت های کاری مختلف (صبح و عصر) میباشد.**
- **برای سنجش کمیت مناسب غذا توزین اتفاقی غذاها توسط متصدی غذا و با نظارت کارشناس تغذیه انجام میشود .**

- **شیوه های توزیع غذا :**

۱. توزیع غذا به روش مرکزی ، در آشپزخانه بسته بندی شده و با درپوش مناسب داخل ترالی گرمخانه دار قرار داده میشوند و به بخش منتقل میشود .

۲. توزیع غذا به روش نیمه متمرکز ، غذا در ترالی های بن ماری دار قرار داده می شود و در بالین بیمار طبق فهرست سامانه اطلاعات بیمارستانی و مطابق با رژیم غذایی هر بیمار توزیع می شود .

ب ۱-۸-۲ : تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه ای (گاواژ) با رعایت اصول بهداشتی و ضوابط مربوط و تحت برنامه ریزی کارشناس تغذیه اجرا می شود .

- شناسایی بیماران نیازمند حمایت تغذیه ای
- ثبت بیماران نیازمند به حمایت تغذیه ای در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط پرستار در هر نوبت کاری و بر اساس دستور پزشک
- تنظیم برنامه گاواژ / تغذیه انترال بیمار توسط مشاور تغذیه و ثبت در برگه ارزیابی تخصصی تغذیه
- آماده سازی و تهیه محلول گاواژ با رعایت اصول بهداشتی
- انجام گاواژ / تغذیه انترال برای بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق رژیم غذایی تنظیم شده
- نظارت کارشناس تغذیه بر مراحل تهیه ، توزیع و نوع ظروف انترال / گاواژ
- تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم

ب ۱-۸-۳ : تنوع غذا و توزیع میان وعده برای بیماران با رویکرد حمایت تغذیه ای بیماران برنامه ریزی و اجرا می شود .

- وجود فهرست متنوع غذا شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده ، به تفکیک برای همه رژیم های غذایی معمولی
- وجود فهرست انتخاب غذایی شامل حداقل دو انتخاب برای رژیم های غذایی درمانی در هر وعده
- آگاهی بیماران از وجود و امکان انتخاب غذا در هر وعده
- توزیع سرو غذای بیماران بر اساس انتخاب آنها
- تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان وعده حداقل شامل مادران باردار ، کودکان ، بیماران دیابتیک
- توزیع میان وعده ها و غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا
- نظارت بر اجرای صحیح تنوع غذایی و توزیع میان وعده توسط کارشناس تغذیه با همکاری مسئول توزیع غذا

ب-۱-۹ بیمارستان از تامین خدمات توانبخشی برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
ب-۱-۹-۱ نیازهای توانبخشی بیماران شناسایی و برنامه‌ریزی می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی، برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت توان‌بخشی برای بیماران دارای ناتوانی جسمی ❖ شناسایی، برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت توان‌بخشی برای بیماران دارای ناتوانی ذهنی	
لازم است معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی برای بیماران بستری، تعیین شده و کارکنان درمانی از آن‌ها آگاهی داشته باشند. همچنین بایستی نیازهای توان بخشی بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می کنند، شناسایی شود. خدمات توان‌بخشی حداقل شامل فیزیوتراپی، طب فیزیکی، روانشناسی بالینی، خدمات کاردرمانی، گفتاردرمانی، اپتومتری و ادیومتری حسب سرویس تخصصی فعال بیمارستان و نیاز بیماران بایستی تامین شود. ➢ ازجمله معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی شاملِ ۱. بیماران پیش‌رونده مغز اعصاب با ناتوانی جسمی – حرکتی و یا اختلال شناختی ۲. بیماران سکته مغزی فاز تحت حاد ۳. بیماران آسیب‌های نخاعی و آسیب‌های مغزی تحت حاد ۴. کودکان با کم توانی ذهنی- حرکتی ۵. بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می کنند ۶. بیماران در مرحله تحت حاد با علائم حیاتی پایدار، نیازمند مراقبت پزشکی و پرستاری ۲۴ ساعته ۷. بیماران با آسیب روحی شدید/ ناگهانی ۸. بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم توانی جسمی	

ب ۱-۹ : بیمارستان از تأمین خدمات توانبخشی برای بیماران اطمینان حاصل می نماید .

- شناسایی ، برنامه ریزی و ارائه مراقبت توان بخشی برای بیماران دارای ناتوانی جسمی
- شناسایی ، برنامه ریزی و ارائه مراقبت توان بخشی برای بیماران دارای ناتوانی ذهنی

نکته قابل توجه :

لازم است معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی برای بیماران بستری ، تعیین شده و کارکنان درمانی از آنها آگاهی داشته باشند . از جمله معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی شامل :

۱. بیماران پیش رونده مغز اعصاب با ناتوانی جسمی – حرکتی و یا اختلال شناختی

ب ۱-۹ : بیمارستان از تأمین خدمات توانبخشی برای بیماران اطمینان حاصل می نماید .

۲. بیماران سکته مغزی فاز تحت حاد

۳. بیماران آسیب های نخاعی و آسیب های مغزی تحت حاد

۴. کودکان با کم توانی ذهنی – حرکتی

۵. بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی ، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می کنند .

۶. بیماران در مرحله تحت حاد با علائم حیاتی پایدار که نیازمند مراقبت پزشکی و پرستاری ۲۴ ساعته

۷. بیماران با آسیب روحی شدید / ناگهانی

۸. بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم توانی جسمی

ب-۱-۹-۲ نیازهای توانبخشی بیماران، توسط تامین کننده داخل/ خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تامین می‌شود.	سطح دو

- ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای غیر تعطیل هفته حداقل در دو نوبت کاری صبح و عصر
- ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای تعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- تامین مشاوره‌های تخصصی طب فیزیکی جهت طرح درمان و هماهنگی در برنامه‌های توانبخشی با رعایت استانداردهای مربوط
- تامین نیازهای بیماران به مداخلات کاردرمانی با رعایت استانداردهای مربوط
- تامین نیازهای بیماران به مداخلات گفتاردرمانی، با رعایت استانداردهای مربوط
- تامین ارتوزها و پروتزهای مورد نیاز بیماران تحت استانداردهای ارتوپدی فنی
- تامین نیازهای بیماران اپتومتری با رعایت استانداردهای مربوط
- تامین نیازهای بیماران به ارزیابی و توانبخشی شنوایی با رعایت استانداردهای مربوط
- تامین خدمات روانشناسی بالینی با رعایت الزامات مربوط
- ثبت نتایج ارزیابی بیمار در شروع مراقبت، اقدامات انجام شده و میزان پیشرفت و محدودیت‌های احتمالی هر یک از درمان‌های توانبخشی در پرونده پزشکی بیمار
- امکان دسترسی آسان به خدمات توانبخشی بر بالین بیمار یا در بخش توانبخشی، با رعایت الزامات و استانداردهای مربوط و بدون اضطرار و رنج بیمار
- وجود تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت انجام خدمات توانبخشی ورعایت موازین و اصول ایمنی بیمار و کارکنان
- ارزیابی تاثیر توان‌بخشی بر روی بیماران شناسایی‌شده در بخش و ثبت نتایج در پرونده پزشکی بیمار
- اخذ مشارکت از بیماران و تعیین نیازهای آموزش خود مراقبتی بیماران نیازمند به مراقبت توانبخشی

ب ۱-۹-۲ : نیازهای توانبخشی بیماران ، توسط تأمین کننده داخل / خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می شود .

- ارائه خدمات فیزیوتراپی شناسایی شده با رعایت استانداردهای مربوط در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل حداقل در دو شیفت صبح و عصر

- **تأمین مشاوره های تخصصی طب فیزیکی جهت طرح درمان و هماهنگی در برنامه های توانبخشی با رعایت استانداردهای مربوط**
- **تأمین نیازهای بیماران به مداخلات کاردرمانی با رعایت استانداردهای مربوط**
- **تأمین نیازهای بیماران به مداخلات گفتاردرمانی با رعایت استانداردهای مربوط**
- **تأمین ارتوزها و پروتزهای مورد نیاز بیماران تحت استانداردهای ارتوپدی فنی**
- **تأمین نیازهای بیماران به اپتومتری تحت رعایت استانداردهای مربوط**

ب ۱-۹-۲ : نیازهای توانبخشی بیماران ، توسط تأمین کننده داخل / خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می شود .

- تأمین نیازهای بیماران به ارزیابی و توانبخشی شنوایی با رعایت استانداردهای مربوط
- تأمین خدمات روانشناسی بالینی با رعایت الزامات مربوط
- ثبت نتایج ارزیابی بیمار در شروع مراقبت ، اقدامات انجام شده و میزان پیشرفت و محدودیت های احتمالی هر یک از درمان های توانبخشی در پرونده پزشکی بیمار
- امکان دسترسی آسان به خدمات توانبخشی بر بالین بیمار یا به بخش توانبخشی ، با رعایت الزامات و استانداردهای مربوط و بدون اضطرار و رنج بیمار
- وجود تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت انجام خدمات توانبخشی و رعایت موازین و اصول ایمنی بیمار و کارکنان

ب ۱-۹-۲ : نیازهای توانبخشی بیماران ، توسط تأمین کننده داخل / خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می شود .

- ارزیابی تأثیر توانبخشی بر روی بیماران شناسایی شده در بخش و ثبت نتایج در پرونده پزشکی بیمار
- اخذ مشارکت از بیماران و تعیین نیازهای آموزش خودمراقبتی بیماران نیازمند به مراقبت توانبخشی

نکات قابل توجه :

- نقل و انتقال ایمن بیماران از بخش به واحدهای توانبخشی و بالعکس انجام می شود و برنامه پیشگیری به منظور جلوگیری از خطر سقوط بیماران وجود دارد و اجرا می شود .
- آموزش های خودمراقبتی بیمار به منظور پیشگیری از خطر زخم بستر و سقوط در بخش توسط پرستار مسئول بیمار اجرا می گردد .

ب ۱-۹-۲ : نیازهای توانبخشی بیماران ، توسط تأمین کننده داخل / خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می شود .

- بررسی و تحلیل علل رخداد سقوط و زخم بستر در بیماران دریافت کننده مراقبت توانبخشی انجام می گردد .
- کارشناسان توانبخشی به موقع بر بالین بیماران حضور می یابند .
- پس از دریافت درخواست از بخش های بالینی ، ارائه خدمات از نظر دفعات ، زمان اجرا و ناحیه بازتوانی طبق دستور پزشک برنامه ریزی و انجام می شود.
- انجام خدمات توانبخشی درخواستی جهت بیماران به صورت روزانه و بر اساس درخواست اعلام شده در سامانه اطلاعات بیمارستان صورت می پذیرد.

ب-۱-۹-۳ خدمات توانبخشی مورد نیاز بیماران در تمام نوبت‌های کاری و ایام هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل بدون وقفه ارائه می‌شود.	سطح سه
❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی شناسایی شده با رعایت استانداردهای مربوط در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل حداقل در دو شیفت صبح و عصر ❖ ارائه خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبت‌های کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات روانشناسی بالینی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبت کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبت کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبت کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبت کاری صبح یا عصر	
ارائه خدمت توانبخشی حداقل سه ساعت در روز به مدت ۵ روز متوالی در هفته یا پانزده ساعت به طور متناوب در هفته معمولا برنامه‌ریزی می شود.	

ب ۱-۹-۳ : خدمات توانبخشی مورد نیاز بیماران در تمام نوبت های کاری و ایام هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل بدون وقفه ارائه می شود .

- ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای غیر تعطیل هفته حداقل در دو نوبت کاری صبح و عصر
- ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای تعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- ارائه خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبتهای کاری صبح یا عصر
- ارائه خدمات روانشناسی بالینی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبتهای کاری صبح یا عصر
- ارائه خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبتهای کاری صبح یا عصر
- ارائه خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبتهای کاری صبح یا عصر
- ارائه خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل دریک نوبتهای کاری صبح یا عصر

ب-۱-۱۰ آموزش بیماران، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن اجرا می‌شود.	سطح
ب-۱-۱۰-۱ در بدو ورود و مراحل تشخیص و درمان، توضیحات و آموزش‌های لازم به بیمار/ همراه ارائه می‌شود.	سطح یک

- تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط رئیس بخش و سرپرستار، همسو با سیاست‌های آموزشی مدیرپرستاری
- تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار
- تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار /همراه
- ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک به صورت شفاهی
- ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری
- ارائه توضیحات و آموزش در صورت لزوم توسط سایر کارکنان بالینی و ثبت در برگه مشاوره در موارد بازتوانی

آموزش‌ها در بدو ورود به بخش توسط پرستار حداقل شامل آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار است.

شیوه‌های آموزش حداقل شامل انواع آموزش چهره به چهره -کارگروهی - فیلم و پوستر - پمفلت یا سایر رسانه‌های آموزشی است.

منظور از سایر کارکنان بالینی، فیزیوتراپ، کارشناس تغذیه، رسپیراتوریست، نمونه بردار آزمایشگاه، روانشناس بالینی و سایر زیر گروه‌های پزشکی است.

- حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری

۱. اطلاعات قابل فهم در باره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن
۲. مراحل و طول مدت احتمالی درمان
۳. وجود درمان‌های جایگزین احتمالی
۴. عوارض درمان یا عدم درمان
۵. داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آن‌ها
۶. تغذیه و رژیم درمانی
۷. بازتوانی
۸. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی



Activate Wi
Go to Settings t

ب ۱-۱۰ : آموزش بیماران ، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اجرا می شود .

- تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط رئیس بخش و سرپرستار ، همسو با سیاست های آموزشی مدیر پرستاری
  - تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار
  - تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار /همراه
  - ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک به صورت شفاهی
  - ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری
  - ارائه توضیحات و آموزش در صورت لزوم توسط سایر کارکنان بالینی و ثبت در برگه مشاوره در موارد بازتوانی

نکات قابل توجه :

- آموزش ها در بدو ورود به بخش توسط پرستار حداقل شامل آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار است .

ب ۱-۱۰ : آموزش بیماران ، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اجرا می شود .

حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری :

1. اطلاعات قابل فهم درباره علل بیماری ، نحوه درمان و پیش آگهی آن
2. مراحل و طول مدت احتمالی درمان
3. وجود درمان های جایگزین احتمالی
4. عوارض درمان یا عدم درمان
5. داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آنها
6. تغذیه و رژیم درمانی
7. بازتوانی
8. سایر موارد بر اساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

ب ۱-۱۰ : آموزش بیماران ، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اجرا می شود .

حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری:

1. افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض
2. پوریشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
3. محدوده / محدودیت های فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل
4. نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
5. مراقبت ها / محدودیت های حرکتی با ذکر دلایل
6. سایر موارد بر اساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

ب-۱-۱۰-۲ آموزش‌های خود مراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می‌شود.	سطح دو

- تدوین دستورالعمل‌های خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی
- ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری توسط پزشک بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعمل

خودمراقبتی مجموعه‌ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف‌دار برای خود، فرزندان و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش‌های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده‌اش حفاظت نماید.

آموزش‌های خود مراقبتی متوجه و متمرکز بر تغییر روش زندگی و آموزش اثر بخش در حیطه‌های نگرشی و ترک عادت‌های مضر برای سلامت و تمرین و استمرار در اتخاذ روش‌های بهداشتی، تغذیه‌ای، فیزیکی، ذهنی/ روانی و سایر رفتارهای شخصی برای زندگی سالم تر و حمایت از برنامه‌های پیشگیری و درمان و بهبود شاخص امید به زندگی و کاهش هزینه‌های سلامت در جامعه است. آموزش‌های خود مراقبتی محل اصلی ایفای نقش بیمارستان در بحث ارتقای سلامت بیماران است.

نیازسنجی دقیق و برنامه‌ریزی صحیح و اجرای اثر بخش آموزش‌های خودمراقبتی متضمن اثربخشی بسیاری از هزینه‌های صرف شده برای درمان بیماران نیز هست. خودمراقبتی یک باور و مهارت انطباق بیمار با شرایط جدید زندگی است. از این منظر آموزش‌های خودمراقبتی بسیار پیچیده‌تر از آموزش‌های عمومی بدو ورود و حین بستری در زمینه بیماری است. لذا انتظار می‌رود بیمارستان به عنوان یکی از مهمترین و تاثیر گذارترین سازمان‌های سلامت محور در این زمینه برنامه‌های آموزشی موثر و مبتنی بر شواهد طراحی و ارائه نماید. برای این مهم لازم است، دستورالعمل‌های آموزش خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی تدوین شده و بر اساس آن آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص ارائه شود. ارائه آموزش‌های خود مراقبتی ترخیص، ساعاتی زودتر از زمان ترخیص و در راستای آموزش‌های خود مراقبتی حین بستری ارائه شود.

ب ۱-۱۰-۲ : آموزش های خودمراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می شود .

- تدوین دستورالعمل های خود مراقبتی برای بیماریهای شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروههای پزشکی
- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پزشک بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل
- ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعم

خودمراقبتی : مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی ، آگاهانه و هدف دار برای خود ، فرزندان و خانواده اش انجام می دهد تا از لحاظ جسمی ، روانی ، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت کند .

ب ۱-۱۰-۲ : آموزش های خودمراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می شود .

تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هریک از بخش های بالینی متشکل از اعضای زیر برای برنامه ریزی و اجرای دقیق آموزش بیماران توصیه می شود :

1. رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان)
2. سرپرستار بخش
3. سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت
4. مسئول آموزش به بیمار

ب-۱-۱۰-۳ ☐ اثربخشی آموزش‌های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح سه
❖ تعیین مسئول آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی و صدور ابلاغ، از سوی مدیرخدمات پرستاری ❖ نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر اجرای دقیق آموزش برنامه‌های خود مراقبتی توسط پزشک و پرستار در مراحل بستری و ترخیص بیمار ❖ نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزش‌های بدو ورود و حین بستری توسط پزشک و پرستار ❖ نظارت مستمر سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و عملکرد مسئول آموزش به بیمار از طریق بازدیدهای سرزده و ارزیابی اثربخشی آموزش بیماران ❖ ارزیابی میزان اثر بخشی آموزش از طریق بررسی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش‌های دریافتی در زمینه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی ❖ ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار ❖ طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه ارتقای اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خودمراقبتی بیماران	
فرایند آموزش به بیماران با محوریت و سیاست گذاری مدیریت خدمات پرستاری برنامه‌ریزی و با هدایت، برنامه‌ریزی و نظارت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت مسئول آموزش بخش، سرپرستار و تمامی پرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی اجرا می‌شود. در همین راستا و به منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفیت آموزش بیماران، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان در هر بخش بالینی مسئول آموزش بیمار تعیین می‌شود. سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت در تعامل مستمر با ایشان بوده و با هماهنگی سرپرستاران و روسای بخش، روند آموزش عمومی و خود مراقبتی بیماران طراحی، اجرا و ارزیابی اثربخشی می‌شود. اثر بخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، براساس روش‌های معتبر ارزیابی می‌شود .به عنوان مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی در آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی می‌شود و در حیطه‌های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار بیماراز طریق مشاهده ملاکِ ارزیابی اثربخشی آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی است. . مثال دیگر در حیطه تغییر رفتار بیماراست که از طریق ارزیابی نا محسوس عملکرد بیماران درمورد نحوه/میزان راه رفتن بیمار پس از عمل جراحی و یادگیری و پذیرش آموزش‌های ارائه شده از سوی بیمار است.	

ب ۱-۱۰-۳ : اثربخشی آموزش های خودمراقبتی ارائه شده به بیماران ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آید .

- مسئول آموزش به بیمار در هریک از بخش های بالینی و صدور ابلاغ ، از سوی مدیرخدمات پرستاری
- نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر اجرای دقیق آموزش برنامه های خود مراقبتی توسط پزشک و پرستار در مراحل بستری و ترخیص بیمار
- نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزشهای بدو ورود و حین بستری توسط پزشک و پرستار
- نظارت مستمر سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و عملکرد مسئول آموزش به بیمار از طریق بازدیدهای سرزده و ارزیابی اثربخشی آموزش بیماران
- ارزیابی میزان اثر بخشی آموزش از طریق بررسی عملکرد صیح بیماران در زمینه آموزشهای دریافتی در زمینه آموزشهای عمومی و خود مراقبتی
- ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامه های آموزش عمومی و خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار
- طراحی اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود در زمینه ارتقای اثربخشی برنامه های آموزش عمومی و خودمراقبتی بیماران

ب-۱-۱۱ مراقبت و درمان بیماران در بخش‌های مختلف به صورت متوازن و قابل مقایسه ارائه می‌شود.	سطح
ب-۱-۱۱-۱ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از مراقبت‌های پرستاری با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.	سطح دو
❖ توزیع متوازن کارکنان پرستاری مورد نیاز در بخش‌ها جهت ارائه خدمات پرستاری. ❖ اطلاع رسانی روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های مرتبط با ارائه خدمات پرستاری به تمامی بخش‌ها / واحدهای مرتبط. ❖ آگاهی کارکنان پرستاری در تمامی بخش‌ها / واحدها از دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با ارائه خدمات پرستاری. ❖ اجرای یکسان و متوازن روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های مرتبط با ارائه خدمات پرستاری در بخش‌ها ❖ ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبت‌های پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف ❖ توازن کیفی در مراقبت‌های پرستاری به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخش‌های مختلف	
توزیع متوازن کمی و کیفی منابع انسانی مورد نیاز برای ارایه خدمات پرستاری در بخش‌ها بر اساس تعداد تخت‌ها و میزان حجم کاری نوع و سطح مراقبتی بیماران در هر بخش با تشخیص مدیر پرستاری صورت می‌پذیرد.	
ب-۱-۱۱-۲ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از مراقبت‌های پزشکی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.	سطح دو
❖ دسترسی و حضور منظم پزشکان معالج بر اساس برنامه تنظیمی در همه بخش‌ها ❖ وجود برنامه آنکالی / مقیمی پزشک متخصص در همه بخش‌ها و توازن کیفی در نحوه عملکرد آن‌ها در بخش‌های قابل مقایسه ❖ ارائه مراقبت‌های تشخیصی درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف و قابل مقایسه ❖ توازن کیفی در مراقبت‌های پزشکی به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخش‌های مختلف	
دسترسی بیماران به پزشک معالج/ پزشک جانشین ذیصلاح برای تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل و غیر تعطیل ملاک ارزیابی این سنجه است.	
ب-۱-۱۱-۳ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از تجهیزات و امکانات تشخیصی درمانی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.	سطح سه
❖ توزیع متوازن تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات تشخیصی درمانی، مراقبتی در بخش‌های قابل مقایسه ❖ سرویس دوره‌ای و کالیبراسیون تجهیزات موجود در بخش‌ها / واحدها بطور یکسان توسط مهندسی تجهیزات پزشکی ❖ توازن کیفی در روز آمدی و استفاده از تکنولوژی‌های نوین در تجهیزات پزشکی تامین شده برای بخش‌های مشابه و قابل مقایسه	
هزینه خرید/ ارتقای تجهیزات پزشکی با رویکرد عدالت و توازن کیفی در ارائه خدمات بین بخش های قابل مقایسه برنامه ریزی و انجام شود	

Activate W
Go to Settings

ب ۱-۱۱ : مراقبت و درمان بیماران در بخش های مختلف به صورت متوازن و قابل مقایسه ارائه می شود .

- توزیع متوازن کارکنان پرستاری مورد نیاز در بخشها جهت ارائه خدمات پرستاری
- اطلاع رسانی روشهای اجرایی و دستورالعملهای مرتبط با ارائه خدمات پرستاری به تمامی بخشها / واحدهای مرتبط
- آگاهی کارکنان پرستاری در تمامی بخشها / واحدها از دستورالعملها و روشهای اجرایی مرتبط با ارائه خدمات پرستاری
- اجرای یکسان و متوازن روشهای اجرایی و دستورالعملهای مرتبط با ارائه خدمات پرستاری در بخشها
- ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبتهای پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخشهای مختلف
- توازن کیفی در مراقبتهای پرستاری به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخشهای مختلف

ب ۱-۱۱-۲ : در بخش های قابل مقایسه ، بیماران از مراقبت های پزشکی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند .

- دسترسی و حضور منظم پزشکان معالج بر اساس برنامه تنظیمی در همه بخشها
- وجود برنامه آنکالی / مقیمی پزشک متخصص در همه بخشها و توازن کیفی در نحوه عملکرد آنها در بخشهای قابل مقایسه
- ارائه مراقبتهای تشخیصی درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخشهای مختلف و قابل مقایسه
- توازن کیفی در مراقبت های پزشکی به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخش های مختلف

ب ۱-۱۱-۳: در بخش های قابل مقایسه ، بیماران از تجهیزات و امکانات تشخیصی درمانی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند .

- توزیع متوازن تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات تشخیصی درمانی، مراقبتی در بخشهای قابل مقایسه
- سرویس دوره ای و کالیبراسیون تجهیزات موجود در بخشها / واحدها بطور یکسان توسط مهندسی تجهیزات پزشکی
- توازن کیفی در روز آمدی و استفاده از تکنولوژیهای نوین در تجهیزات پزشکی تامین شده برای بخشهای مشابه و قابل مقایسه

ب-۱-۱۲ ترخیص بیماران به صورت ایمن برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح
ب-۱-۱۲-۱ ❋ ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می‌شود.	سطح یک

- اطمینان پزشک معالج از امادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبت‌های بیمارستانی/ جایگزینی سایر شیوه‌های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
- ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
- ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
- مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک بیمارستان
- نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
- مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص
- آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص
- شناسایی و برنامه‌ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت‌های توانبخشی
- شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پی‌گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص
- شناسایی بیماران/ مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART[1] برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود.

آموزش " مراقبت از خود"، درمان‌های نگاهدارنده، پی گیری/مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به

همچنین در موارد ترخیص با میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه موکد می‌گردد.

ترخیص ایمن مفهومی همه جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است.

ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاو

شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر بر اساس سنجه‌های ب-۱-۴-۲ و ب-۱-۴-۳ صورت می پذیرد.



ب ۱-۱۲: ترخیص بیماران به صورت ایمن برنامه ریزی و اجرا می شود .

- اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبتهای بیمارستانی/ جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
- ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
- ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
- مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک بیمارستان
- نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
- مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص
- شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پی گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص

ب ۱-۱۲: ترخیص بیماران به صورت ایمن برنامه ریزی و اجرا می شود .

- آموزش اثربخش بیماران حین ترخیص

- شناسایی و برنامه ریزی برای بیماران نیازمند استمرار مراقبت های توانبخشی

- شناسایی بیماران / مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

ب ۱-۱۲-۲ : در زمان ترخیص ، خلاصه پرونده و مستندات مورد نیاز جهت ادامه روند درمان در اختیار بیماران قرار داده می شود .

- تکمیل خلاصه پرونده قبل از ترخیص بیمار توسط پزشک معالج/ جانشین ذیصلاح
- ارائه نسخه ای تکمیل شده و خوانا از خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص
- بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده بیمار

ب-۱-۱۲-۳ ☐ آموزش‌های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ ارائه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران ❖ ارائه دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص توسط پزشک معالج ❖ ارائه اطلاعات و آموزش‌های لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار ❖ ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص	
آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران بایستی طبق دستورالعمل و روش‌های تعیین شده در چارچوب سیاست‌های آموزشی ابلاغی مدیریت خدمات پرستاری ارائه شود. استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود ➢ دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص حداقل شامل ۱. محدوده / میزان فعالیت‌های فیزیکی ۲. تغذیه و رژیم درمانی ۳. نحوه مصرف دارو ۴. برنامه بازتوانی و مراقبت‌های توانبخشی ۵. زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه/ بیمارستان ۶. علایم/ نشانه‌های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان ۷. سایر موارد به تشخیص پزشک معالج	

ب ۱-۱۲-۳ : آموزش های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه ریزی و اجرا می شود .

- ارائه آموزشهای عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران
- ارائه دستورات لازم برای مراقبتهای بعد از ترخیص توسط پزشک معالج
- ارائه اطلاعات و آموزشهای لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار
- ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص

دستورات لازم برای مراقبت های بعد از ترخیص حداقل شامل :

1. محدوده / میزان فعالیت های فیزیکی
2. تغذیه و رژیم درمانی
3. نحوه مصرف دارو
4. برنامه بازتوانی و مراقبت های توانبخشی

ب ۱-۱۲-۳ : آموزش های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه ریزی و اجرا می شود .

۵. زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه / بیمارستان

۶. علائم / نشانه های مهم و تهدیدکننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان

۷. سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

ب ۱-۱۲-۴ : نتایج معوقه بررسی های پاراکلینیک ، پس از ترخیص به بیمار اطلاع رسانی می شود .

- تصویب دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک در کمیته درمان دارو و تجهیزات
- ابلاغ دستورالعمل فوق به بخشها/واحدهای پاراکلینیک و بالینی اعم از سرپایی
- برنامه ریزی برای اخذ اطلاعات تماس معتبر از بیماران حین پذیرش و قبل از ترخیص
- آگاهی کارکنان از دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک و اقدام بر اساس آن
- پایش اجرای اثربخش دستورالعمل و در صورت لزوم طراحی اقدام اصلاحی موثر با پیگیری کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار
- آموزش بیمار قبل از ترخیص در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی

ب ۱-۱۲-۵ : ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص ، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود .

- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از ادامه روند درمان طبق دستورات/ آموزشهای پزشک/پرستار در زمان ترخص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های خود مراقبتی و ارائه آموزشهای تکمیلی پس از ترخیص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های بازتوانی و ارائه خدمات توانبخشی به بیمار پس از ترخیص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های مراجعه بعدی و ارائه خدمات سرپایی به بیماران پس از ترخیص
- ایجاد سامانه های پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت

از توجه شما سپاسگزارم