

استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم مراقبت های عمومی بالینی

تهیه و تنظیم: فاطمه پیرمحمدی کارشناس اداره اعتباربخشی بیمارستانها
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
شهریور ۹۸



ب-1-1- شناسایی نعل بیمار مطابق ضوابط	
1 شناسایی فعال بیمار حداقل با دو نشانه یا توجه به رنگ دستبند قبل از اقدامات تشخیصی درملی	
2 استفاده از فن آوری نوین در شناسایی فعال بیماران	
ب-2-1- انجام ارزیابی اولیه پرستاری (ارزیابی جامع) بیمار یا رعایت اصول مراقبتی	
1 انجام ارزیابی اولیه پرستاری (ارزیابی جامع) بیماران مطابق ضوابط	
2 انجام ارزیابی اولیه پزشکی -حراحی و هدایت(نورین) برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشکان معالج و پزشکان نوصلاح	
ب-3-1- ارائه مراقبت پرستاری بصورت ایمن و بدون وقفه	
1 ارزیابی و مراقبت های پرستاری در هر وقت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار (ارائه مراقبت موردی)	
2 ارائه مراقبت پرستاری مستمر ، بدون وقفه ، ایمن مطابق سطح مراقبتی هر بیمار	
3 برنامه ریزی آمادگیهای های قبل وپیش مستمر حین و پس از مداخلات نهاجمی	
4 انجام تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن با رعایت ضوابط شناسایی صحیح تحت مراقبت مستمر	
5 رعایت الزامات ایمنی در اقدامات نهاجمی خارج از اتاق عمل	
6 انجام مهار شنیداری با دستور پزشک به شیوه صحیح وایمن	
7 انجام مهار فیزیکی با دستور پزشک به شیوه صحیح وایمن	
ب-4-1- برنامه ریزی اختصاصی بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر	
1 عملکرد منطبق با موازین ایمنی کارکنان بالینی پس از مواجهه با محدوده بحرانی نتایج پاراکلینیک	
2 ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران آسیب پذیر مقابله با شرایط بیمار 3	
3 ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران پرخطر متناسب با شرایط بیمار	
ب-5-1- مراقبت ایمن بموقع و بدون وقفه پزشکی	
1 شواهد ویزیت منظم روزانه بیمار توسط پزشک معالج/پزشک جاشین (متخصص معیم انکال/اسکیلر ارشد در تخصص مشابه در برنگه های دستور پزشک و سایر بیماری با لحاظ ساعت ، تاریخ ، مهر وامضاء	
2 دسترسی شبانه روزی به پزشک دارای صلاحیت بدون اکتلال و تاخیر در روند درمان(طبق برنامه معیمی و آتکالی و با رعایت محدوده ابلاغی زمان ویزیت بیماران الکتیو واورژانس (ابلاغی قوط کابینه ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس)	
3 برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی اورژانس در حداقل زمان	
4 برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی غیر اورژانس در حداقل زمان (مشاوره حضوری یا رعایت محدوده زمانی ابلاغی)	
5 انجام اقدامات تشخیصی درملی (توصیه شده توسط مشاور یا سایر اعضاء تیم درمان)با محوریت (دستور) پزشک معالج و مستدسازی آن در اولین حضور پزشک بر بالین	
6 مدیریت ایمن و اثربخش درد بیماران	
7 ویزیت متخصص معیم بلافاصله بر بالین	
ب-6-1- داروهای با رعایت اصول ایمنی و ضوابط	
1 نگهداشت و تجویز ایمن دارو مخدر در بخش	
2 نگهداری ، تجویز و مصرف ایمن داروهای با هشدار بالا	
3 نگهداری ، تجویز و مصرف ایمن داروهای مشابه با سمیبات ویژه	
4 داروهای با رعایت اصول صحیح	
5 انجام تلفیق دارویی	
ب-7-1- ارزیابی و مدیریت تغذیه بیماران بستری	
1 مدیریت رژیم غذایی بیمار بستری بر اساس دستور پزشک	
2 مدیریت رژیم غذایی بیماران بستری در بخشهای ویژه بزرگسال و اطفال بر اساس ارزیابی تخصصی تغذیه ای	
3 مدیریت رژیم غذایی بیماران سوء تغذیه، سرخکی، دیابت، چپوند و مبتلا به سرطان بر اساس ارزیابی تخصصی تغذیه ای	

5 برنامه ریزی و انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای برای تمامی گروه های هدف مطابق ضوابط	
6 بررسی وضعیت تغذیه ای بیمار و انجام اقدامات اصلاحی توسط کارشناس تغذیه	
ب-1-1- برنامه ریزی و نظارت های قلی تخصصی روند تغذیه بیماران کارشناس تغذیه با همکاری مقصدی غذا در آماده سازی توزیع سروو انجام اقدامات اصلاحی	
1 رعایت اصول تغذیه در مطبخ و توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه	
2 گواژ بیماران با رعایت اصول بهداشتی تحت نظارت کارشناس تغذیه	
3 فراهم سازی شوع غذایی و توزیع میان وعده با رویکرد حمایت تغذیه ای	
ب-1-2-1- خدمات توانبخشی برای بیماران دارای نقولنی جسمی و ذهنی	
1 شناسایی و برنامه ریزی نیازهای توانبخشی	
2 تعیین نیازهای توانبخشی طبق الزامات با رعایت اصول کیفیت و ایمنی	
3 ارائه خدمات توانبخشی بدون وقفه در تمام نوبت های کاری در ایام هفته تعطیل و غیر تعطیل	
ب-10-1- برنامه ریزی و اجرای آموزش به بیماران	
1 ارائه توضیحات و آموزش بنای هر روزه ودر حین خدمات تشخیصی و درمانی به بیمار/همراه	
2 ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار در حین بستری و ترخیص توسط پرستار و پزشک	
3 ارزیابی اثربخشی آموزشهای خودمراقبتی و انجام اقدامات اصلاحی موثر	
ب-11-1- ارائه مراقبت و درمان در بخشهای مختلف به شیوه موازن و قابل مقایسه	
1 ارائه مراقبت پرستاری با سطوح یکسان و موازن در بخشهای مختلف و قابل مقایسه در جهت ارائه خدمات مراقبتی یکپارچه	
2 توزیع موازن پزشکان معیم و انکال و رویه های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی پزشکی در بخشهای مختلف و قابل مقایسه	
3 برخورداری بیماران در بخشهای قابل مقایسه از تجهیزات و امکات تشخیصی درملی با سطح یکسان و موازن	
ب-12-1- برنامه ریزی و انجام ترخیص بیماران بصورت ایمن	
1 ترخیص ایمن بیماران	
2 ارائه خلاصه پرونده و مستندات به بیماران در زمان ترخیص	
3 برنامه ریزی و برنامه ریزی و اجرای آموزش بیماران در زمان ترخیص	
ب-12-4- اطلاع رسانی نتایج معرفه بررسی های پاراکلینیک	
ب-12-5- برنامه ریزی ارائه درمان و بازتوانی پس از ترخیص	

ب-۱-۱ شناسایی فعال بیمار مطابق ضوابط با حداقل دو شناسه با توجه به رنگ دستبند قبل از اقدامات تشخیصی درمانی

نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد به روز-ماه-سال و قید نام پدر در موارد مشابهت اسمی بیماران

با استفاده از دستبند شناسایی با ثبت حداقل دو شناسه هویتی

❖ ثبت مشخصات به رنگ مشکی و یا آبی بر روی دستبند با زمینه سفید به روش خوانا به شیوه یکسان

❖ دستبند قرمز رنگ در بیمار مبتلا به آلرژی

❖ دستبند زرد رنگ در بیمار در معرض خطر زخم فشاری-سقوط-ترومبو آمبولی-خودکشی-سوء تغذیه-تشنج

❖ با رعایت حریم بیمار و اجتناب از ایجاد تشویش

❖ انجام چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجر پر خطر ترانسفوزیون خون-TPN، در هنگام انجام کلیه مراتب چک دستورات و درخواست، نسخه پیچی و آماده سازی و دادن داروهای پرخطر و با هشدار بالا

❖ لحاظ نام و نام خانوادگی/تاریخ تولد به روز/ماه/سال/شماره پرونده در دستبند شناسایی مراجع زایمانی(زائو)

❖ نصب دستبند شناسایی نوزاد در اسرع وقت بلافاصله بعد از تولد قبل از ترک بلوک به میچ پاهای نوزاد/نام و نام خانوادگی مادر/جنس نوزاد/ساعت و تاریخ تولد/قل چندم/شماره پرونده مادر

❖ آموزش بیمار/خانواده و آگاهی آنها در مورد اهمیت و نحوه استفاده و مراقبت از دستبند

❖ در بیمار روان با شرایط خاص (سوختگی - شکستگی اندام فوقانی) طبق دستورالعمل داخلی مرکز

❖ اخذ و تحویل و امحاء دستبند از بیمار هنگام ترخیص توسط بخش

❖ ثبت واژه بیمار مشابه بر جلد پرونده بیماران با اسامی مشابه

شناسایی فعال: بازگردن نام و نام خانوادگی/ تاریخ تولد/سن و در صورت نیاز نام پدر توسط بیمار
پرسش از خانواده /بستگان درجه یک در کودکان /معلولین ذهنی/مشکلات تکلم

عدم استفاده از شماره تخت و یا شماره اتاق بعنوان شناسه

رعایت کد بندی رنگی دستبند

شناسایی فعال در واحد پذیرش با ارائه دستبند در زمان پذیرش برای بیمار تحت نظر بستری در ،/مراجعات واحدهای پاراکلینیک -اسکوپي ها و تائید صحت Day care اورژانس و بخش ،بیمار روزانه مندرجات توسط بیمار/خانواده

شناسایی فعال در بخش ارائه دهنده خدمت در زمان پذیرش و قبل از مراقبت و درمان

❖ ب-۱-۱-۲ استفاده از فن آوری نوین در شناسایی فعال بیماران

❖ Barcodes



Without Bio-Logics

With Bio-Logics

Bio-Logics Consolidated Wristband with Alerts

Option 1 - With Alert Labels



Option 2 - With In-A-Snap™ Alert Clasps [View Clasps >>](#)



❖ RFID Chips شناسایی به وسیله فرکانس رادیویی

دستبند را میتوان در هنگام پذیرش به هر بیمار تحویل داد و در تمام طول دوره بستری

❖ میتوان از آن برای شناسایی بیماران استفاده کرد

❖ Biometric devices شناسایی با اسکن اثر انگشت،قرنیه

و....

❖ RFID Chips شناسایی به وسیله فرکانس رادیویی

این تکنولوژی در شناسایی بیماران، کارکنان، ردیابی تجهیزات و وسایل پزشکی استفاده میگردد. همچنین میتوان در مراقبت از بیماران شامل: کنترل سرم تراپی و ترانسفوزیون خون، دستیابی سریع به اطلاعات بیمار و پایش علائم حیاتی وی، ایمنی دارویی و کنترل خطاهای انسانی در دارو درمانی سود برد. همچنین در خصوص کنترل بیمار در تخت بستری جهت آگاهی از سقوط بیمار از روی تخت، بی حرکتی طولانی مدت و نیز حرکات تشنجی مورد استفاده قرار میگردد

RFID tag

Active tag
(Power Tag)



Nurse ID



Active tag



Patient ID



Passive tag
(13.56 MHz)



Medication

IV bag



Syringe



Blood sampling tube



شکل ۲: برچسب‌های فعال قابل استفاده در آرم پرستاران، میچ بند بیماران، بگ‌های سرم و لوله‌های آزمایش

❖ ب-۱-۲ انجام ارزیابی اولیه پرستاری (ارزیابی جامع) بیمار با رعایت اصول مراقبتی

ب-۱-۲-۱-۱ انجام ارزیابی اولیه پرستاری (ارزیابی جامع) بیماران مطابق ضوابط

انجام ارزیابی اولیه در مورد تمام بیماران بستری در بخش در بدو ورود بیمار تا انتهای همان شیفت کاری یا حداکثر ظرف ۲۴ ساعت اول بستری

در بیماران با اقامت بیش از ۱۲ ساعت در اورژانس انجام ارزیابی اولیه بر اساس فرم الزامی است.

در بخش اورژانس ملاک ارزیابی تریاژ است نیاز به ارزیابی جامع نیست در طی شش ساعت اولیه اقامت در اورژانس با توجه به میزان وخامت حال عمومی بیمار بررسی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی و روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار/برنامه ریزی اقدامات و مراقبت پرستاری/آن الزامی است.

❖ مستندسازی نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص های پرستاری در فرم گزارش پرستاری

❖ عدم نیاز به تکرار ارزیابی اولیه پس از انتقال بیمار از یک بخش به بخش دوم بجز موارد تغییر وضعیت

❖ در بیماران دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی سرپایی انجام و ثبت ارزیابی اولیه در اولین مراجعه/در صورت تغییر وضعیت

❖ استفاده از ابزار معتبر در ارزیابی خطر اقدام به خودکشی در ارزیابی روحی

❖ آگاهی/عملکرد پرستار از دستورالعمل ارزیابی اولیه ۸۸ / ۴۰۹ / ۵ مورخ ۸ / ۱ / ۹۷

شماره ۵۴۰۹/۸۸	تاریخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۸	پست دارد
بسمه تعالی		
جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان		
ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...		
موضوع: ابلاغ برگ های ارزیابی اولیه بیمار		
با سلام و احترام		
پیرو بکسان سازی برگ های پرونده پزشکی، به استحضار می رساند برگ های ارزیابی اولیه بیمار بزرگسال، کودک، روان بزرگسال و روان کودک؛ توسط معاونت پرستاری با همکاری گروه های آمار و برنامه های امور درمان، تغذیه و مددکاری این معاونت تدوین و طراحی گردید و توسط گروه مدیریت آمار و برنامه های امور درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی بررسی و تأیید گردید، و کد کشوری به آن اختصاص یافت.		
شایسته است دستور فرمایید برگهای مذکور در اختیار کلیه بیمارستانهای تحت پوشش (دانشگاهی و غیر دانشگاهی) قرار گرفته و از ابتدای سال ۹۷ طبق راهنما های پیوست جهت ارزیابی اولیه بیماران در کلیه بخشهای بیمارستانی مورد استفاده قرار گیرد.		
دکتر بهزاد کلاتری بنگر مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی		

❖ ب-۱-۲-۲-۱ انجام ارزیابی اولیه پزشکی - طراحی و هدایت (تدوین) برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشکان معالج و پزشکان ذیصلاح

انجام ارزیابی اولیه پزشکی بیمار
در محدوده زمانی تعیین شده

مستندسازی نتایج و برنامه
ریزی مراقبتی/اجرای مراقبت
و درمان

❖ تعیین و ابلاغ محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی (بدوورود) بر اساس سطوح مختلف تریاژ و شرایط بیماران - اورژانس، پرخطر، آسیب پذیر توسط ریش/مدیرعامل با مشاوره با مسئول فنی مرکز

❖ شواهد رعایت محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی

❖ مستندسازی صحیح فرم شرح حال توسط پزشک

❖ تکمیل بخش تاریخچه فعلی، گذشته، سابقه خانوادگی، تاریخچه دارویی، معاینه سیستم بدن، جزئیات مرتبط با ضایعه، ثبت تشخیص افتراقی مهر و امضاء پزشک (ثبت ساعت اخذ شرح حال)/

❖ شواهد ثبت و مستندسازی دستورات تشخیصی، درمانی، مراقبتی، تسکینی و آرامبخشی توسط پزشک معالج و لحاظ نتایج ارزیابی های پزشکی در برگه دستورات پزشک

❖ ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/خانواده/بستگان قانونی و جلب مشارکت آنها
❖ اجرای برنامه مراقبت و درمان توسط پزشک معالج

❖ شواهد ویزیت بیمار اورژانس و پرخطر توسط سرویس تخصصی مربوطه همزمان با ارائه اقدامات درمانی ضروری شامل متخصص مقیم یا آنکال/دستیار ارشد تخصصی همان شیفت

(محدوده زمانی ارزیابی (ویزیت) پزشکی بیمار ❖

اولین ارزیابی بیمار در اورژانس توسط پزشک مقیم	بنا بر سطح تریاژ
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط اورژانس emergent	در عرض ۳۰ دقیقه
حضور پزشک آنکال زنان بر بالین بیمار در شرایط اورژانس emergent	در عرض ۲۰ دقیقه
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط فوری urgent	در عرض ۲ ساعت
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط غیر فوری non urgent	در عرض ۴ ساعت بدون تاخیر در ارائه سایر فرآیندهای ارائه خدمت به بیمار از جمله انتقال بیمار
زمان درج شرح حال بیمار توسط پزشک	بلافاصله بعد از ویزیت بیمار
ارزیابی خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای، مددکاری اجتماعی، ارتقاء سلامت	در عرض ۶ ساعت اولیه با توجه به حال عمومی بیمار



۱۳۹۸ دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان در بیمارستان های کشور



سازمان بهداشت و درمان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان

در بیمارستان های کشور

سازمان بهداشت و درمان

با مشارکت معاونت توسعه مدیریت و منابع

بند ۹۸

ب-۱-۳ ارائه مراقبت پرستاری بصورت ایمن و بدون وقفه ❖

❖ ب-۱-۳-۱ ارزیابی و مراقبت های پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار (ارائه مراقبت موردی)

❖ وجود شواهد برنامه تقسیم کار موردی و متوازن
بیماران بین پرستاران یک شیفت بر اساس سطح مراقبتی
بیماران

❖ در دفتر تقسیم کار

❖ ثبت نام پرستار بر تابلو بالای سر بیمار و اعلام آن به بیمار

❖ آگاهی بیمار و پرسنل

❖ انطباق برنامه تقسیم کار با عملکرد کارکنان در نحوه ارائه مراقبت و مستندسازی خدمات

❖ ب-۱-۳-۲ ارائه مراقبت پرستاری مستمر، بدون وقفه
، ایمن مطابق سطح مراقبتی هر بیمار

❖ شواهد تامین و پایش حضور مستمر پرستار در طول شیفت برای هر بیمار با تعریف
پرستار جانشین در حین وقفه خدمتی

❖ مستند برنامه تقسیم کار و ثبت وقفه های خدمتی و جایگزینی نیرو

❖ مدیریت و کاهش واگذاری فرآیندهای غیر مرتبط پرستاری با هماهنگی تیم
مدیریت اجرایی

❖ تحویل و تحول ایمن درون بخشی و بین بخشی بیماران با استفاده از مدیریت
همپوشانی دوشیفت و گزارشدهی موثر وضعیت بیماران بر بالین با تکنیک مناسب
مثل شیوه S BAR و مستندسازی آن

❖ شواهد اجرای مراقبت استاندارد ایمن طبق اهداف برنامه مراقبتی (مدیریت صحیح
اتصالات،....

۴-۱: تحويل نوبت کاری: یکی از موقعیتهای تحويل بخش و بیماران و تبادل اطلاعات در انتهای هر نوبت کاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیماران و بخش/واحد بین کارکنان پرستاری هر دو نوبت کاری مبادله می شود.

۵-۱: پرستار مسئول بیمار: پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران بخش / واحد و تصمیم سر پرستار/ مسئول نوبت کاری برای یک یا چند بیمار تعیین تا با قبول مسئولیت، انجام و نظارت تمامی مراقبتهای پرستاری بیماران تعیین شده را در حد شرح وظایف مصوب طی آن نوبت کاری به عهده گیرد.

ماده ۲: بر اساس تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت، مدت زمانی برابر یکساعت برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحويل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد و این زمان در محاسبه زمان حضور کارکنان هر دو نوبت کاری منظور گردد.

ماده ۳: مدیر پرستاری مرکز (مترن) با همکاری تیم مدیریت اجرایی بیمارستان زمان شروع تحويل نوبت کاری را در نوبت کاربهای مختلف تعیین و جهت استقرار در بیمارستان به اطلاع کارکنان پرستاری می رساند.

ماده ۴: قبل از شروع فرایند تحويل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتهای توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین می شود.

ماده ۵: به منظور ایجاد آمادگی در بیماران جهت مشارکت در فرایند تحويل، شروع فرایند به بیماران اطلاع داده شود. همچنین در راستای حفظ حریم خصوصی بیماران لازم است افراد متفرقه از بالین بیماران دور باشند.

ماده ۶: سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحويل است که می بایست در هنگام تحويل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابد و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی نماید.

ماده ۷: در طول فرایند تحويل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحويل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل میباشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحويل نوبت کاری باید حفظ شود.

ماده ۸: برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل ISBAR² و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می شود:

دستور العمل تحويل نوبت کاری در پرستاری

نظر به اهمیت موضوع تداوم و استمرار مراقبت از بیمار در انتهای هر نوبت کاری و در راستای اجرای تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت (مصوب ۸۸/۱۰/۳۰ هیات محترم وزیران) این دستورالعمل با هدف ساماندهم فرایند تحويل بیمار و استمرار مراقبت مطلوب در انتهای هر نوبت کاری، تدوین و جهت اجرا در بخش/ واحد های بالینی مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی ابلاغ می گردد.

کلمات: فرایند تحويل مراقبت/ بیمار 1، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارابه دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحويل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می گردد.

ماده ۱: تعاریف

۱-۱: نوبت کاری (شیفت): نوبت های زمانی معین برای کار در طول ۲۴ ساعت شبانه روز است که در برنامه ماهیانه بخش ثبت و کادر پرستاری بر آن اساس جهت ارائه خدمات در محل کار حضور می یابند و شامل نوبت های کاری صبح ، عصر شب و یا تلفیقی از آنها است.

۲-۱: مسئول نوبت کاری (شیفت): پرستاری است با تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری که بر اساس تصمیم سرپرستار برای جانشینی در زمان عدم حضور وی به منظور مدیریت امور بخش/ واحد و پاسخگویی در نوبت کاری مربوطه تعیین می شود.

۳-۱: تحويل بیمار: فرایند انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار مراقبت بیمار از یک شخص یا گروهی از ارائه دهندگان مراقبت خدمات به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت/خدمات در انتهای هر نوبت کاری می باشد.

❖ مبتنی بر برقراری چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات با روش های ساختارمند مانند SBAR

مراحل تکنیک SBAR عبارت است از

۱. وضعیت^۲ تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
۲. سوابق^۳ بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
۳. ارزیابی^۴ نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید
۴. توصیه‌ها^۵ آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

❖ ب-۱-۳-۳ برنامه ریزی آمادگیهای های قبل وپایش مستمر حین و پس از مداخلات تهاجمی

❖ مداخلات تهاجمی اعمال جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتودرمانی، انواع اسکوپ و سایر موارد با تشخیص بیمارستان

- ❖ -شناسایی و تدوین لیست خدمات/دستورالعملهای آماده سازی و مراقبت و پایش قبل و بعد
- ❖ آموزش کارکنان
- ❖ برنامه ریزی آموزش آمادگی های اولیه به مددجو و خانواده در مرحله نوبت گیری و ویزیت سرپایی
- ❖ بکارگیری فرد practitioner واجد صلاحیت در رگ گیری و تزریق دارو و انجام پروسیجر (اصلی، sedation و بیهوشی)
- ❖ انتظار بیمار در فضا و شرایط ایمن با رعایت حریم بیمار
- ❖ پیشگیری از انتظار طولانی بیماران بویژه بیماران پرخطر، و آسیب پذیر
- ❖ استفاده ابزار مناسب پایش و مانیتورینگ حین و پس از پروسیجر (ریکاوری) و پایدار سازی وضعیت بیمار
- ❖ مستند سازی صحیح خدمات در هر سه مرحله آماده سازی، انجام و پایش مستمر حین/پس از اقدامات تهاجمی

❖ آماده سازی، انجام وپایش مستمر حین/پس از اقدامات تهاجمی

❖ با تاکید بر

❖ برنامه ریزی آمادگیها بصورت سرپایی

❖ تضمین ایمنی خدمات با دستورالعمل جراحی ایمن و فرآیندهای کنترل کننده و کاهشده خطا/مستند سازی اقدامات

❖ ب-۱-۳-۴ انجام تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن با رعایت ضوابط شناسایی صحیح تحت مراقبت مستمر

❖ پیروی از راهنمای ابلاغی هموویژولانس و آموزش کارکنان در مدیریت بکارگیری خون و فرآورده های خونی

❖ شناسایی ایمن و فعال بیمار (شناسایی ایمن) با دستبند شناسایی

❖ چک مستقل همزمان انطباق هویت بیمار با پرونده /دستور تزریق خون و مشخصات مندرجات کیسه خون با دستور پزشک توسط دو پرستار

❖ کنترل کیسه خون از نظر انقضاء و کدورت، تغییر رنگ ، لخته و همولیز، جاب هوا، نشستی

❖ کنترل بیمار از نظر علائم حیاتی و علائم ناسازگاری طبق راهنمای ابلاغی هموویژولانس /مستند سازی اقدامات

❖ ب-۱-۳-۵ رعایت الزامات ایمنی در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

❖ ارائه ایمن اقدامات تهاجمی در خارج از اتاق عمل

با شناسایی ایمن و ارزیابی دقیق بیمار

در ساختاری ایمن با تامین تجهیزات حیاتی و ضروری

باروشهای ایمن مدیریت درد، آرامبخشی و پیشگیری از خونریزی و مدیریت ایمن نمونه های اخذ شده

با رعایت الزامات اخذ رضایت آگاهانه ، دستورالعمل جراحی ایمن و پیشگیری و کنترل عفونت

شناسایی اقدامات تهاجمی

تدوین دستورالعملهای انجام ایمن

آموزش کارکنان

رعایت الزامات

❖ ب-۱-۳-۶ انجام مهار شیمیایی با دستور پزشک به شیوه صحیح و ایمن

❖ انتخاب مناسبترین دارو با کمترین عارضه جانبی با ارزیابی سوابق دارویی و حساسیتی بیمار

❖ اجرای ایمن ترین روش تجویز دارو با رعایت اصل 7Right طبق دستور پزشک

❖ پایش مستمر بیمار از نظر سطح هوشیاری پاسخ به درمان و بروز عوارض

❖ حفظ ایمنی در مقابل سقوط، آسپیراسیون، حفاظت از اندام ها، رعایت حریم بیمار و مستندسازی

اقدامات

❖ ب-۱-۳-۶ انجام مهار شیمیایی با دستور پزشک به شیوه صحیح و ایمن

❖ تدوین روش اجرایی / آگاهی / عملکرد کارکنان

❖ رعایت اصل 7Right

❖ ارزیابی سابقه و حساسیتهای دارویی بیمار

❖ حریم بیمار

❖ مدیریت تحریکات محیطی و دفعات تجویز دارو

❖ مانیتورینگ بیمار

❖ پیشگیری از سقوط

❖ پیشگیری از آسپیراسیون

❖ مدیریت عوارض و وقایع ناخواسته

❖ مستندسازی

❖ تجویز مناسبترین دارو با کمترین عارضه
جانبی با ایمن ترین روش تجویز دارو طبق
دستور پزشک

❖ ب-۱-۳-۷ انجام مهار فیزیکی با دستور پزشک به شیوه صحیح و ایمن

❖ تدوین روش اجرایی / آگاهی / عملکرد کارکنان

❖ صرفاً با دستور پزشک با تعیین محدوده مهار فیزیکی و مدت آن

❖ استفاده از ابزار استاندارد

❖ بکارگیری ایمن ترین روش مهار با کمترین عارضه

❖ کنترل مستمر سیستم عروقی اندام های مهار شده و شرایط بیمار

❖ رعایت حریم بیمار

❖ قطع مهار در کوتاهترین زمان ممکن

❖ مدیریت وقایع و عوارض ناخواسته

❖ عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک

❖ ممنوعیت استفاده از مهار فیزیکی در مادران باردار و در
اعضاء دارای اختلال حرکتی

❖ مستندسازی

❖ تجویز مهار فیزیکی صرفاً در محدوده دستور

پزشک با جلوگیری از کمترین آسیب با ایمن

ترین روش طبق دستور پزشک

❖ مستندسازی

❖ ب-۱-۴ برنامه ریزی اختصاصی بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر

❖ ب-۱-۴-۱ عملکرد منطبق با موازین ایمنی کارکنان بالینی پس از مواجهه با محدوده بحرانی نتایج پاراکلینیک

❖ ب-۱-۴-۲ ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران آسیب پذیر متناسب با شرایط بیمار

❖ ب-۱-۴-۳ ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران پرخطر متناسب با شرایط بیمار

❖ ب-۱-۴-۱ عملکرد منطبق با موازین ایمنی کارکنان بالینی پس از مواجهه با محدوده بحرانی نتایج پاراکلینیک

مداخله فوری و حیاتی کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی
بررسی های پاراکلینیک

مبتهی بر برقراری چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات با
روش های ساختارمند

❖ مانند SBAR

ابلاغ محدوده
بحرانی نتایج
پاراکلینیک

خط تلفن یک طرفه

ابلاغ فرآیند اطلاع
رسانی و پیگیری

مستند حضور و
پیگیری بلادرنگ
کارکنان جهت مداخله
فوری

مراحل تکنیک SBAR عبارت است از

۱. وضعیت^۲ تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
۲. سوابق^۳ بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
۳. ارزیابی^۴ نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید
۴. توصیه‌ها^۵ آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

❖ ب-۱-۴-۱۲ ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران آسیب پذیر متناسب با شرایط بیمار

ارائه مراقبت ایمن به بیماران آسیب پذیر با کاهش
تأثیر محدودیتها یا
شرایط خاص بیمار در مدت پذیرش، بستری و حین
ترخیص مددجو با شیوه اخلاقی

❖ بدلیل شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی و اجتماعی دچار محدودیت های ارتباطی، حرکتی و یا ضعف ح
❖ پس از ترخیص و آسیب پذیرند

❖ وجود شواهد لحاظ موارد ذیل در روشهای اجرایی

❖ شناسایی ایمن (فعال و ایمن)

❖ پیشگیری از سقوط

❖ پیشگیری از خودکشی

❖ مدیریت ایمن دارویی

❖ حفظ حریم و پیشگیری از غفلت ارتباطی و مراقبتی و انزوای بیمار

❖ کاهش مخاطرات سایر بیماران

❖ کاهش مخاطرات ارائه دهندگان خدمت

نوزادان کودکان مادران باردار سالمندان
اختلالات ذهنی معلولین
مددجوی مراکز نگهداری مجهول الهویه ایدز سوء مصرف مواد
افراد بی خانمان، روان پریش، ضد اجتماعی، زندانی و....

❖ ب-۱-۴-۳ ارائه مراقبت و درمان به شیوه ایمن به بیمار پرخطر

❖ بیمارانی که بدلیل شرایط موقت یا دائم نیاز به خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه از خطر

❖ بصورت ویژه و در اولین فرصت

شامل افراد در معرض سقوط زخم فشاری خودکشی سوءتغذیه پلی فارماسی
ترومبوزهای وریدی وسایر

❖ شناسایی بیمار و تعیین میزان ریسک با ابزار مناسب مورتس، برادن

❖ استفاده از دستبند شناسایی زرد با لحاظ کد مشخص برای هر گروه جهت پیشگیری از تشویش و نقض حریم بیمار در همه بخشها

❖ آموزش اثر بخش بیمار-خانواده جهت پیشگیری از بروز خطر

❖ شواهد اقدام کنترل و مقابله با ریسک در برنامه های تشخیصی، درمانی و مراقبتی

بررسی ریسک سقوط بیماران (معیار مورس)

Morse fall risk assessment

امتیاز (score)	معیار (scale)	عوامل خطر (risk factor)
0	ندارد	سابقه سقوط
25	دارد	
0	غیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	تشخیص ثانویه
15	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	
0	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر/ کمک گرفتن از پرستار/ بدون وسيله کمک حرکتی راه می رود	وسایل کمک حرکتی
15	استفاده بیمار از واکر	
20	بیمار هنگام راه رفتن از اتاقچه (مدد مثدلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد.	
0	ندارد	مایع درماتی و ریدی یا هیپزین لاک
20	دارد	
0	نرمال	الگوی گام برداشت و حرکتی
10	ضعیف	
20	معموب	
0	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی-ذهنی
15	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیماران (معیار مورس)	
ریسک بالا	45 و بیشتر
ریسک متوسط	25-44
ریسک کم	0-24

**فقط نمره 25 و بالاتر و یا گروه در معرض خطر متوسط و شدید را در مخرج کسر محسوب نهانند.

اولین بخش: ارزیابی سطح ادراک حسی بیمار، با دامنه ۴-۱ می باشد.

۱ امتیاز	محدودیت دارد. پاسخ کمی دهد احساس درد ندارد مانند بیمار دیپتی
۲ امتیاز	اختلال حسی دارد. در حد تله هوشیاری دارد.
۳ امتیاز	محدودیت خفیف. مشکل حسی قابل توجه دارد.
۴ امتیاز	بدون محدودیت و اکثریت گفتن درد

دومین بخش: ارزیابی رطوبت پوست بدن بیمار، با دامنه ۴-۱ می باشد

۱ امتیاز	دائما پوست مرطوب دارم تمریق زیاد، بی اختیاری منقوع و ادرار
۲ امتیاز	مرطوب تیز به تمویض ملحقه هر شیفت
۳ امتیاز	گاهی مرطوب. لایه روین ملایم مرطوب بوده و تیز به تمویض روزانه دارد
۴ امتیاز	پوست خشک تمویض ملحقه بصورت روتین

سومین بخش: ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار (خروج از تخت)، با دامنه ۴-۱ می باشد

۱ امتیاز	وابسته به تخت و بدون خروج از تخت
۲ امتیاز	در حد پایین آمدن از تخت و دستن روی صندلی با کمک
۳ امتیاز	تکمیل زدن گاه گاه توسط خود بیمار
۴ امتیاز	بدون محدودیت و در حال حرکت حداقل ۲ بار در روز از اتاق خارج می شود

چهارمین بخش: ارزیابی تحرک (توانایی در تغییر پوزیشن)، با دامنه ۴-۱ می باشد

۱ امتیاز	کاملا بی حرکت
۲ امتیاز	محدودیت زیاد. حرکات گاه گاه و نتوان در تمام حرکات
۳ امتیاز	خفیف. مداوم در تخت حرکت می کند
۴ امتیاز	بدون محدودیت بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد

پنجمین بخش: ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه ۴-۱ می باشد

۱ امتیاز	خیلی ضعیف هیچوقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند و NPO است مایعات کالی نمی گیرد و بیماری که بیش از ۵ روز NPO است
۲ امتیاز	احتمال تا کالی، تدریجا غذای کالی میگیرد و گاهی مکمل استفاده میکند
۳ امتیاز	کالی، تغذیه با NG TUB یا TPN دریافت میکند
۴ امتیاز	عالی، مصرف همه انواع غذا و بدون تیز به مکمل

ششمین بخش: ارزیابی مربوط به اضطراب و سایش پوست بدن، با دامنه ۴-۱ می باشد

۱ امتیاز	فرد برای حرکت تیز به کمک دیگران دارد مستقل نیست (بیمار بی کنترل)
۲ امتیاز	حداقل کمک را برای جلوگیری از تخت تیز دارد
۳ امتیاز	راحت در تغییر پوزیشن و حرکت

۳-در مرحله آخر، کل امتیازات جمع می شود.

بی خطر: ۲۲- ۱۹ خطر متوسط: ۱۸- ۱۵ پر خطر: ۱۴- ۱۳ خیلی پر خطر: ۱۲- ۱۰

توجه: میزان ریسک ایجاد زخم در کاردکس ثبت می شود. ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد و در صورتی که بیمار مستعد زخم فشاری باشد بایستی اقدامات پیشگیرانه جهت این کار انجام و در گزارش پرستاری آن را قید نمود.

❖ ب-۱-۵ مراقبت ایمن، بموقع وبدون وقفه پزشکی

- ❖ ب-۱-۵-۱ شواهد ویزیت منظم روزانه بیمار توسط پزشک معالج/پزشک جانشین (متخصص مقیم /آنکال/دستیار ارشد در تخصص مشابه در برگه های دستور پزشک وسیر بیماری با لحاظ ساعت ، تاریخ ، مهر وامضاء
- ❖ ب-۱-۵-۲ دسترسی شبانه روزی به پزشک دارای صلاحیت بدون اختلال وتاخیر در روند درمان (طبق برنامه مقیمی و آنکالی و با رعایت محدوده ابلاغی زمان ویزیت بیماران الکتیو واورژانس (ابلاغی توط کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس)
- ❖ ب-۱-۵-۳ برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی اورژانس در حداقل زمان
- ❖ انجام مشاوره با حضور بلادرنگ پزشک معالج بر بالین ، اعلام تلفنی دستورات در وضعیت بحرانی قبل از حضور توسط پزشک
- ❖ مستند سازی صحیح برگه درخواست مشاوره وجواب مشاوره
- ❖ رعایت محدوده زمانی انجام مشاوره اورژانس
- ❖ اطلاع رسانی نتایج مشاوره
- ❖ مستند سازی برگه دستورات پزشک معالج و پیگیری اجرای دستورات مشاوره
- ❖ ب-۱-۵-۴ برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی غیر اورژانس در حداقل زمان (مشاوره حضوری با رعایت محدوده زمانی ابلاغی)
- ❖ ب-۱-۵-۵ انجام اقدامات تشخیصی درمانی (توصیه شده توسط مشاور یا سایر اعضاء تیم درمان) با محوریت (دستور) پزشک معالج ومستند سازی آن در اولین حضور پزشک بر بالین
- ❖ شواهد اجرا و انجام اقدامات تشخیصی درمانی با آگاهی و تایید پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی پزشک /جانشین وذیصلاح

به شیوه اثربخش و ایمن

❖ ب-۱-۵-۶ مدیریت درد

❖ فراهم سازی دسترسی به اکسیژن، ساکشن و وسایل احیاء

❖ توجه به بیماران آسیب پذیر کودکان- سالمندان و مادران باردار

❖ رعایت تمهیدات ایمنی در موارد استفاده از پمپ جهت تجویز مخدر **مانیتورینگ**، **مراقبت موردی**، **کنترل علائم OVERDOSE**، **پیشگیری از سقوط و آسیب‌رسانی**

❖ مانیتور مستقیم بیمار از نظر سطح هوشیاری، برادی پنه و آپنه در فواصل منظم با مانیتور و مشاهده بیمار از فاصله نزدیک و اجرای مراقبت پرستاری به شیوه موردی

❖ توجه به دستورات پزشک و فواصل مجاز تزریق دارو و آخرین دوز داروی دریافتی (بویژه در بیماران تحویل گرفته شده از اتاق عمل)

❖ پیشگیری از عوارض مخدرهای تزریقی

❖ دستورالعمل شماره ۱۲۸۴۳/۴۰۰/د مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷

❖ ب-۱-۵-۷ ویزیت متخصص مقیم بلافاصله بر بالین

❖ در بیمارستان جنرال

یک نفر متخصص مقیم داخلی/جراح عمومی/طب اورژانس

❖ در ۶۴-۹۶ تخت فعال

۲-۴ نفر متخصص مقیم در رشته های مورد نیاز

❖ در ۹۶-۲۵۶ تخت فعال

۴-۶ نفر متخصص مقیم در رشته های مورد نیاز

❖ در مراکز بیش از ۲۵۶ تخت فعال

❖ در بیمارستان تک تخصصی

سه نفر متخصص مقیم زنان، بیهوشی و اطفال

❖ زنان

دو نفر متخصص مقیم جراح مربوطه و بیهوشی

❖ جراحی غیر زنان

یک نفر متخصص چشم پزشکی

❖ چشم

یک نفر متخصص همان رشته

❖ غیر جراحی

یک نفر متخصص ارتوپدی مقیم

❖ در مراکز تروما

❖ در مراکز ترومای اصلی مرکز استان یک متخصص ارتوپدی، یک جراحی مغز و اعصاب و یک فوق تخصص جراحی عروقی

❖ ب-۱-۶ دارودهی با رعایت اصول ایمنی و ضوابط

❖ ب-۱-۶-۱ نگهداشت و تجویز ایمن دارو مخدر در بخش

❖ ب-۱-۶-۲ نگهداری، تجویز و مصرف ایمن داروهای با هشدار بالا

❖ ب-۱-۶- نگهداشت و تجویز ایمن دارو مخدر در بخش

❖ نسخه نویسی توسط متخصص و بالاتر

❖ استفاده از حروف درشت در ثبت دستور دارویی

❖ نگهداری داروهای مخدر در کمد قفل دار مجزا از سایر ضد درد ها در محلهای انبارش و نگهداری

❖ بکارگیری برچسب با ثبت نام و غلظت دارو

❖ اجرای مراتب 7R و چک مستقل دوگانه در چک دستورات پزشک، کاردکس نویسی و اجرا و مستندسازی دستور دارویی

❖ مستندسازی موجودی استوک و مورد مصرف دارو

❖ استفاده از پمپ انفوزیون دارای سیستم تنظیم سرعت جریان و هشدار و بکارگیری برچسب محلول در حال انفوزیون

❖ از طریق پمپ (اپیدورال)

❖ دستورالعمل ۴۰۰/۱۲۸۴۳ راهنمای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی ۱۳۹۵

ابلاغ نحوه
دسترسی حفاظت
شده

آموزش اثربخش
کارکنان

ابلاغ نحوه
تفکیک و نگهداری
غلظت های مختلف

ابلاغ راهنمای بالینی
نحوه نسخه نویسی، آماده
سازی و تجویز غلظت
های بالا

❖ ب-۱-۶-۲ نگهداری، تجویز و مصرف ایمن داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه

- ❖ ابلاغ لیست داروهای با هشدار بالای موجود در فرمولاری بیمارستان
- ❖ ممنوعیت دسترسی آزاد به دارو در انبارهای دارویی و اتاق دارو
- ❖ ابلاغ نحوه برچسب گذاری به بخشهای بالینی توسط رئیس/مدیرعامل
- ❖ وصحت انجام برچسب گذاری (درترالی ها، قفسه های دارویی، بخشها، داروخانه و انبار های دارویی)
❖ عدم برچسب گذاری = عدم کسب کل امتیاز
- ❖ برچسب گذاری بر روی ابزار انفوزیون دارو (سرنگ و میکروست)
- ❖ نگهداری صحیح دارو (نگهداری مجزای ۱۱ قلم پرخطر از بقیه داروها
❖ نگهداری پتاسیم در جایگاه مجزا دور از سایر داروها
- ❖ تجویز ایمن (تجویز حداقل توسط متخصص، اعمال محدودیت در تجویز شفاهی و تلفنی، رعایت 7R، عدم تجویز به شیوه سریع و جریان آزاد دارو
- ❖ انجام چک مستقل دوگانه در حین تجویز و آماده سازی دارو
- ❖ مستندسازی به شیوه Tall Man Lettering ثبت با خط خوانا جهت تضمین شناسایی صحیح دارو در حین خواندن دستور دارویی، پیچیدن نسخه و تجویز دارو و ثبت گزارش دارو دهی
- ❖ گزارش و تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته

❖ ب-۱-۶-۳ نگهداری، تجویز و مصرف ایمن داروهای مشابه با تمهیدات ویژه

❖ بازنگری و ابلاغ لیست داروهای مشابه در فواصل زمانی منظم

❖ برچسب گذاری داروهای مشابه و انجام چک مستقل دو گانه **صحت برچسب گذاری** بصورت دوره‌ای

❖ تفکیک فیزیکی محل نگهداری دو داروی مشابه و **دوزهای مختلف یک دارو** مشابه

❖ نگهداری ویالهای الکترولیتی با غلظت بالا با اشکال مشابه **در فضای فیزیکی اختصاصی جدا از استوک دارویی**

❖ نصب لیست داروهای مشابه در اتاق آماده سازی دارو

❖ اعمال محدودیت در تجویز شفاهی و تلفنی داروها با اسامی مشابه و بکارگیری **تکنیک بازخوانی مجدد** جهت تایید در صورت نیاز

❖ **مستند سازی به شیوه Tall Man Lettering** ثبت خوانا جهت تضمین شناسایی صحیح دارو در حین خواندن دستور دارویی، پیچیدن نسخه و تجویز دارو و ثبت گزارش دارو دهی

❖ اجرای قانون 7R با **تاکید بر مستندسازی صحیح و حق کارکنان، بیمار و مراقب برای سوال در مورد دستور دارویی**

❖ بکارگیری کادر دارای صلاحیت در ارائه خدمات دارویی در داروخانه و بخش

❖ نظارت بر خدمات دارویی بویژه **در فواصل ترک خدمت و عدم حضور نیروی اصلی**

❖ برقراری تکنیک ارتباط شفاف در تعاملات کلامی و شنیداری در مورد داروهای مشابه

❖ آموزش بیمار و خانواده از طریق ارائه **پمفلت کتبی -مرور رژیم دارویی با داروساز با تاکید بر یادگیری نام ژنریک دارو، داشتن لیست داروهای خود، تامین میژر (ابزار اندازه گیری) مناسب برای بیمار**

❖ آموزش مستمر کارکنان

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و نقالی خدمات بالینی

ایمنی بیمار

راهنمای داروهای با اسامی و اشکال مشابه
Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

تهیه و تنظیم: فریاز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار

دارودهی با رعایت اصول صحیح (7R) در حین نسخه پیچی، نسخه دهی، دارودهی با تاکید بر اطمینان از عدم وجود حساسیت های دارویی قبل از تجویز ❖

❖ بیمار صحیح

❖ داروی صحیح

❖ زمان صحیح

❖ راه مصرف صحیح

❖ دوز مصرف صحیح

❖ مستند سازی صحیح

❖ حق کارکنان، بیمار و مراقب برای

❖ سوال در مورد دستور دارویی

کاهش خطای دارویی در نسخه نویسی

کاهش خطای دارویی در نسخه پیچی

کاهش خطای دارویی در فرآیند دارودهی

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

(a) داروهای نسخه شده

(b) ویتامین ها

(c) داروهای روی پیشخوان^۱

(d) مواد تشخیصی و کنتراست ها

(e) تغذیه مکمل

(f) فرآورده های خونی

(g) مایعات وریدی

(h) مواد غذایی

(i) داروهای گیاهی

❖ ب-۱-۶-۵ انجام تلفیق دارویی

فرآیند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور داده شده، خطای مرتبط با دوزاژیا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت و ترخیص بیمار از طریق مشارکت اثربخش تیم درمان، بیمار و خانواده

براساس شرح حال کامل و در صورت نیاز انجام مشاوره های لازم دوز دارو و یا فواصل تجویز ممکن است ADJUST و یا دارویی قطع شود و تداخلات دارویی به حداقل و یا صفر برسد.

❖ **وجود خط مشی و روش اجرایی برای تلفیق دارویی در هنگام پذیرش، انتقال**
بین بخشی و بیمارستانی و ترخیص

❖ **مستند لیست داروهای مشمول تلفیق دارویی وجود مستند اخذ شرح حال و تاریخچه دارویی توسط پزشک در برگ شرح حال و در فرم ارزیابی اولیه توسط پرستار در پرونده بیمار**

❖ **رعایت محدوده زمانی اخذ شرح حال دارویی در ۲۴ ساعت اول پذیرش و در زمان کوتاهتر در موارد مصرف داروهای خطرناک**

❖ **شواهد توجه به سوابق حساسیت و عوارض دارویی و شرایط خاص بیمار (بارداری، شیردهی، مصرف دخانیات)**

❖ **شواهد به روز رسانی لیست دارویی بیمار در طول درمان**

❖ **دسترسی پزشکان به لیست دارویی بیمار در حین ویزیت و تجویز دارو**

❖ **مستند آموزش مصرف داروهای حین انتقال و ترخیص بیماران ارائه پمفلت و لیست آراهنمای مصرف داروها به بیمار و خانواده**

• فرآیند پلکانی تلفیق دارویی

1. تلفیق دارویی در زمان پذیرش بیمار:
 - (a) تاریخچه دارویی بیمار را با اخذ لیست داروهای خانگی ثبت کنید.
 - (b) داروهای نسخه شده برای بیمار را در هنگام پذیرش
 - (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار
2. تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخشی:
 - (a) لیست داروهای فعلی بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
 - (b) دستورات بیمار در هنگام انتقال
 - (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار
3. تلفیق دارویی در زمان ترخیص:
 - (a) لیست داروهای تلفیق شده در زمان پذیرش بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
 - (b) لیست داروهای فعلی بیمار
 - (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای زمان ترخیص بیمار

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات

*Assuring Medication Accuracy at Transitions in
Care Guideline*

تهیه و تدوین: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

مرداد ۱۳۹۳

❖ ب-۱-۷ ارزیابی و مدیریت تغذیه بیماران بستری

❖ ب-۱-۷-۱ مدیریت رژیم غذایی بیمار بستری بر اساس دستور پزشک

❖ ب-۱-۷-۲ مدیریت رژیم غذایی بیماران بستری در بخشهای ویژه بزرگسال و اطفال بر اساس ارزیابی تخصصی تغذیه ای

❖ ب-۱-۷-۳ مدیریت رژیم غذایی بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و مبتلا به سرطان بر اساس ارزیابی تخصصی تغذیه ای

❖ ب-۱-۷-۴ مدیریت رژیم غذایی مادران باردار و اطفال بر اساس ارزیابی تخصصی تغذیه ای

❖ ب-۱-۷-۵ برنامه ریزی و انجام ارزیابی های تخصصی تغذیه ای برای تمامی گروه های هدف مطابق ضوابط

❖ ب-۱-۷-۶ بررسی وضعیت تغذیه ای بیمار و انجام اقدامات اصلاحی توسط کارشناس تغذیه

❖ **تعیین وثبت رژیم غذایی بیمار در پرونده توسط پزشک**

❖ **ثبت سفارش غذا به تفکیک بیماران در زمان مقرر** در سامانه HIS بیمارستان قبل از وعده بعدی توسط پرستار/منشی بخش با لحاظ نوع رژیم غذایی

❖ وجود **وامکان انتخاب انواع رژیم های غذایی در سامانه**

❖ مطابقت چینش سینی غذای بیماران بر اساس رژیم غذایی درخواست شده

❖ وجود **آنالیز یا جیره غذایی در آشپزخانه مرکز** برای تهیه هریک از انواع رژیم های غذایی

❖ **الصاق برچسب نام بخش - نام بیمار - نوع رژیم بر روی پکیج غذای رژیمی بیمار** در روش توزیع متمرکز غذا

❖ توزیع غذا بر اساس لیست غذای بیماران باتائید پرستار در روش نیمه متمرکز

❖ وجود شواهد گزارشدهی (توسط پرستار) و پیگیری موارد عدم مصرف غذا توسط بیمار (توسط مشاور تغذیه)

❖ **درخواست مشاوره تخصصی تغذیه ای برای بیماران مبتلا به ۱۸ بیماری اولویت دار و کودکان در معرض خطر سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و مبتلا به سرطان، بیماری کلیوی، سلیاک، سوء جذب مادرزادی پس از تعیین مورد در ارزیابی اولیه پرستاری و مادران باردار مبتلا به دیابت/پره اکلامسی/اکلامپسی/پس از ارزیابی مامایی و پزشکی و تکمیل فرم درخواست مشاوره تخصصی تغذیه ای**

❖ وجود مستند **ابلاغ ۱۸ بیماری اولویت دار** جهت انجام مشاوره تخصصی تغذیه ای به پزشکان

❖ **رعایت محدوده زمانی قابل قبول در اعلام و درخواست مشاوره تخصصی تغذیه موارد بستری جدید توسط بخش بستری** (قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت از زمان بستری) ملاک زمان تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاور تغذیه می باشد.

❖ وجود شواهد تکمیل کامل فرم بویژه بخش ارزیابی های تن سنجی و تنظیم رژیم غذایی و مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی تعیین شده در ارزیابی تخصصی و درخواست شده در سامانه HIS بخش ملاک انجام صحیح ارزیابی تخصصی تغذیه ای است

❖ **تکمیل و مستندسازی منظم و کامل بخش ارزیابی های تغذیه (وزن بیمار، جذب - دریافت PO، گاوآژ، مایعات و مکمل ویریدی و خوراکی و دفع بیمار) در فلوجارت (شیت) پرستاری**

❖ تکمیل فرم ارزیابی تغذیه ای به ازای درخواست مشاوره یکبار در مدت بستری برای هر بیمار در اولین ویزیت

❖ **رعایت فواصل صحیح در تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه** بترتیب پس از سه روز اقامت در بخش ویژه / پس از ۷ روز اقامت در بخش عادی تغییر برنامه تغذیه / عدم تحمل تغذیه / قطع گاوآژ/برای هر نوبت ویزیت

❖ **وجود ابزار اندازه گیری مناسب در ایستگاه پرستاری و بخشها** قدسنج، و ترازو کالیبره در هر بخش، وجود جدول BMI بزرگسال و افراد بالای ۶۵ سال، منحنی های رشدوزن بر حسب قد برای زیر ۵ سال و نیز Z Score (۱۸-۵ سال BMI بر حسب سن - بر حسب جنس)، منحنی های استاندارد وزنگیری های مادر بالای ۱۹ سال و مادران نوجوان ۱۸-۱۰ سال، جانبازان نقص عضو و معلولین و جداول تخمین قد و وزن در ایستگاه پرستاری

❖ قرار گرفتن ترازو و قدسنج در محل مناسب

❖ **تایید نتایج مشاوره تغذیه توسط پزشک** در ذیل فرم با ثبت مهر و امضاء

❖ شواهد نظارت بر اجرای صحیح و تداوم رژیم غذایی تجویز شده مورد تایید پزشک **توسط پرستار** (مستند گزارش و اطلاع رسانی تغییرات و مغایرت ها)

❖ شواهد نظارت بر اجرای صحیح و تداوم رژیم غذایی تجویز شده مورد تایید پزشک **توسط مشاور تغذیه** با شاخص های تن سنجی نتایج آزمایشگاهی (مستند تکمیل فرم پیگیری)

❖ تعیین تکلیف وضعیت تغذیه ای (شیوه و نوع رژیم غذایی) بیماران در بخش ویژه توسط پزشک

۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هر دلیل (*NPO*- نیاز به تغذیه انترال و پیرانترا)، دیابت / دیابت کنترل نشده در بخش‌های جراحی، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری‌های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن^۱ بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است.

توصیه می‌گردد 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 می‌باشد.

❖ ب-۱-۸ برنامہ ریزی و نظارت های فنی تخصصی روند تغذیه بیماران **کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در آماده سازی-توزیع- سرو و انجام اقدامات اصلاحی**

ب-۱-۸-۱ رعایت اصول تغذیه در طبخ و توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه

ب-۱-۸-۲ گواژ بیماران با رعایت اصول بهداشتی تحت نظارت کارشناس تغذیه

ب-۱-۸-۳ فراهم سازی تنوع غذایی و توزیع میان وعده با رویکرد حمایت تغذیه ای

❖ تحویل مواد غذایی در ساعات اداری به بیمارستان

❖ بکارگیری ابزار سالم و استاندارد و غیر فرسوده در طبخ و عدم استفاده از ظروف پلاستیکی در نگهداری مواد غذایی گرم

❖ بکارگیری توالی گرمخانه دار و توالی بن ماری دار بترتیب در توزیع غذا به روش متمرکز و نیمه متمرکز

❖ استفاده از برجسب مشخصات شامل نام بخش، بیمار و نوع رژیم در توزیع غذای رژیمی در روش متمرکز

❖ وجود فضای مجزا و امکانات **دستگاه مخلوط کننده-ترازو-سینک ظرفشویی جهت** در مجاورت آشپزخانه

❖ رعایت اصول بهداشتی در تهیه محلول گواژ و ارائه آموزش های لازم

❖ مستند بر آورد میزان و نوع گواژ توسط کارشناس تغذیه ای در فرم ارزیابی تخصصی براساس دستور پزشک و ارزیابی های تغذیه ای

❖ شواهد اعلام بموقع تغییر دستور پزشک و وضعیت تغذیه ای بیمار از طریق سامانه ویا مکتوب به کارشناس تغذیه

❖ فراهم بودن حداقل دونوع گواژ تجاری (استاندارد و پر پروتئین) حداقل دو بار در روز

❖ وجود اتاق تمیز دور از آلودگی در کنار بخش جهت تهیه محلول گواژ تجاری

❖ عدم استفاده از محلول گواژ دستی برای بیماران مگر در صورت دستور مشاور تغذیه و یا در بحران

- ❖ استفاده از ظروف گیاهی درب دار با برچسب مشخصات نام بخش-نوع گاوآژ-تاریخ و ساعت در تحویل محلول گاوآژ از سوی آشپزخانه به بخشها
- ❖ عدم استفاده از گاوآژ دستتئیه شده توسط همراه
- ❖ وجود منو غذایی وعده اصلی و میان وعده های سالمندان و کودکان در HIS جهت دسترسی بخشها
- ❖ تامین تنوع غذایی ، وجود حداقل دو نوع غذا در منو برای رژیم معمولی و پرسش روزانه یا قبل از وعده اصلی از بیمار در مورد غذای انتخابی (در بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت و غیر روانپزشکی)
- ❖ وجود منو غذایی رژیمی تعیین شده توسط کارشناس تغذیه
- ❖ وجود لیست افراد مجاز برای دریافت میان وعده مادر باردار-کودکان-بیمار دیابتیک
- ❖ وجود امکان سرو میان وعده ها و غذای گرم قبل و پس از ساعات عادی سرو غذا
- ❖ دسترسی بخشها و آشپزخانه به فرآیند اعلام منو و نحوه ارائه خدمات غذایی به بیمار و همراه آگاهی کارکنان و اجرای آن
- ❖ دسترسی بخشها و آشپزخانه به فرآیند توزیع میان وعده و وفهرست بیماران دارای رژیم های غذایی خاص رژیم غذایی کتوژنیک ،دیابتیک و کلیویی واجد شرایط دریافت میان وعده



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان بهداشت
مرکز سلامت مجادکار

دستور عمل اجرایی بازرسی بهداشتی
از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل
و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی

کد دستور عمل: ۱۸۰۳۹۲۰۹



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی
سازمان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی
سازمان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی
سازمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

سیاست های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان های کشور

در راستای ارتقاء هتلینگ تغذیه بیمارستان ها

در برنامه تحول نظام سلامت

گروه تغذیه بالینی
معاونت بهداشت: دفتر بهبود تغذیه جامعه
معاونت درمان: دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
و دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

با همکاری:
مرکز سلامت محیط و کار، دفتر منابع فیزیکی
معاونت پرستاری، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، اداره کل امور پشتیبانی و رفاهی

سال ۱۳۹۷

❖ ب-۱-۹-تأمین خدمات توانبخشی برای بیماران دارای ناتوانی جسمی و ذهنی

فیزیوتراپی-طب فیزیکی-روانشناس بالینی-کاردرمانی

گفتاردرمانی-اپتومتری-ادیومتری

حسب سرویس تخصصی فعال بیمارستان

ازجمله معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی شامل

بیماران پیش‌رونده مغز اعصاب با ناتوانی جسمی - حرکتی و یا اختلال شناختی

بیماران سکته مغزی فاز تحت حاد

بیماران آسیب‌های نخاعی و آسیب‌های مغزی تحت حاد

کودکان با کم‌توانی ذهنی- حرکتی

بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می‌کنند

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

بیماران با آسیب روحی شدید/ ناگهانی

بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم‌توانی جسمی

ب-۱-۹-۱-شناسایی و برنامه ریزی نیازهای توانبخشی

ب-۱-۹-۲-تأمین نیازهای توانبخشی طبق الزامات با رعایت اصول کیفیت و ایمنی

ب-۱-۹-۳-ارائه خدمات توانبخشیدون وقفه در تمام نوبت های کاری در ایام هفته تعطیل و غیر تعطیل

بیمارستان

❖ تدوین اندیکاسیونها و ابلاغ معیارهای شناسایی نیازهای توانبخشی بیماران بستری بر

حسب سرویس های تخصصی فعال بیمارستان

❖ ارائه خدمات توانبخشی با رعایت استانداردها

❖ مشخص بودن ناظر فنی مربوطه در قرارداد خدمات برون سپاری

❖ مستندسازی نتایج ارزیابی های اولیه در شروع و خدمات توانبخشی وسیرپیشرفت و

محدودیت‌های بیماردر هر یک از خدمات توانبخشی و توصیه های حین ترخیص در پرونده

❖ تأمین دسترسی آسان وایمن بیمار به خدمات توانبخشی بر بالین یا در مرکز

(پیشگیری از سقوط

❖ وجود تجهیزات و امکانات لازم خدمات توانبخشی با رعایت الزامات ایمنی بیمار و

کارکنان

❖ تعیین و پوشش نیازهای آموزشی خود مراقبتی بیماران توانبخشی با مشارکت

بیمار(پیشگیری و RCAموارد سقوط و زخم بستر در بیماران تحت توانبخشی)

❖ اعلام درخواست خدمت توانبخشی در سامانه HIS

❖ حضور بموقع کارشناس توانبخشی -مدیریت انتظار بیمار جهت دریافت خدمت

❖ ارائه خدمات توانبخشی در تمام نوبت های کاری و ایام هفته تعطیل و غیر تعطیل بدون وقفه

❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی حداقل در یک نوبت صبح یا عصر در روزهای تعطیل و در دو نوبت کاری صبح و عصر در روزهای غیر تعطیل

❖ ارائه سایر خدمات توانبخشی حداقل در یک نوبت کاری صبح و یا عصر

❖ ب ۱-۱۰ برنامه ریزی و اجرای آموزش به بیماران

ب-۱-۱۰-۱ ارائه توضیحات و آموزش بدو ورود و در حین خدمات تشخیص و درمان به بیمار/همراه

ب-۱-۱۰-۲ ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار در حین بستری و ترخیص توسط پرستار و پزشک

ب-۱-۱۰-۳ ارزیابی اثربخشی آموزشهای خودمراقبتی و انجام اقدامات اصلاحی موثر

❖ تعیین حداقل محتوای (موارد) آموزشی بدو ورود و طول بستری بیمار/خانواده توسط رئیس بخش و سرپرستار همسو با سیاستهای مدیر پرستاری

محتوای آموزش بدو ورود آشنایی با بخش و فضای فیزیکی، قوانین و مقررات نحوه احضار پرستار

محتوای موضوعات آموزشی بیمار توسط پزشک شامل علل بیماری /نحوه درمان، مراحل و طول درمان، درمانهای جایگزین، عوارض درمان و عدم درمان، داروهای مصرفی و عوارض، تغذیه و رژیم غذایی، بازتوانی، موارد خاص بنا به نوع case و تخصص مربوطه

محتوای موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری شامل عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد، پوزیشن مناسب، محدوده فعالیتهای فیزیکی، مدیریت درد، مراقبتهای محدودیتهای حرکتی، موارد خاص بنا به نوع case و تخصص مربوطه

❖ **ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار توسط پرستار و پزشک و سایر کارکنان بالینی ذیربط در حین بستری و ترخیص**

انجام اثر بخشی آموزشهای ارائه شده با روش معتبر و انجام اقدام اصلاحی جهت رسیده بیمار به توانمندی مراقبت از خود

❖ **شواهد تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هر بخش های بالینی** رئیس بخش، سرپرستار، سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت **و مسئول آموزش به بیمار (دارای ابلاغ از سوی مدیر پرستاری) ابلاغ صورت جلسه**

❖ **مستند تدوین دستورالعمل های خودمراقبتی برای بیماریهای شایع** کارگروه آموزش به بیمار در هر بخش های بالینی

❖ **شواهد نیاز سنجی آموزشی بیمار در مباحث عمومی و در نیازهای خود مراقبتی و تعیین اولویتهای آموزشی بیمار** توسط مسئول آموزش بیمار با هماهنگی سرپرستار، سوپروایزر آموزشی / آموزش سلامت / پرستار بیمار بر اساس ارزیابی های اولیه و حین بستری پزشکی و پرستاری و برنامه درمان و مراقبت بیمار
❖ (در فرم ارزیابی اولیه و در گزارش سیر بیماری گزارش پرستاری و مستند مشاوره ها یا ارزیابی های تخصصی سایر **و سایر اعضا تیم درمان**)

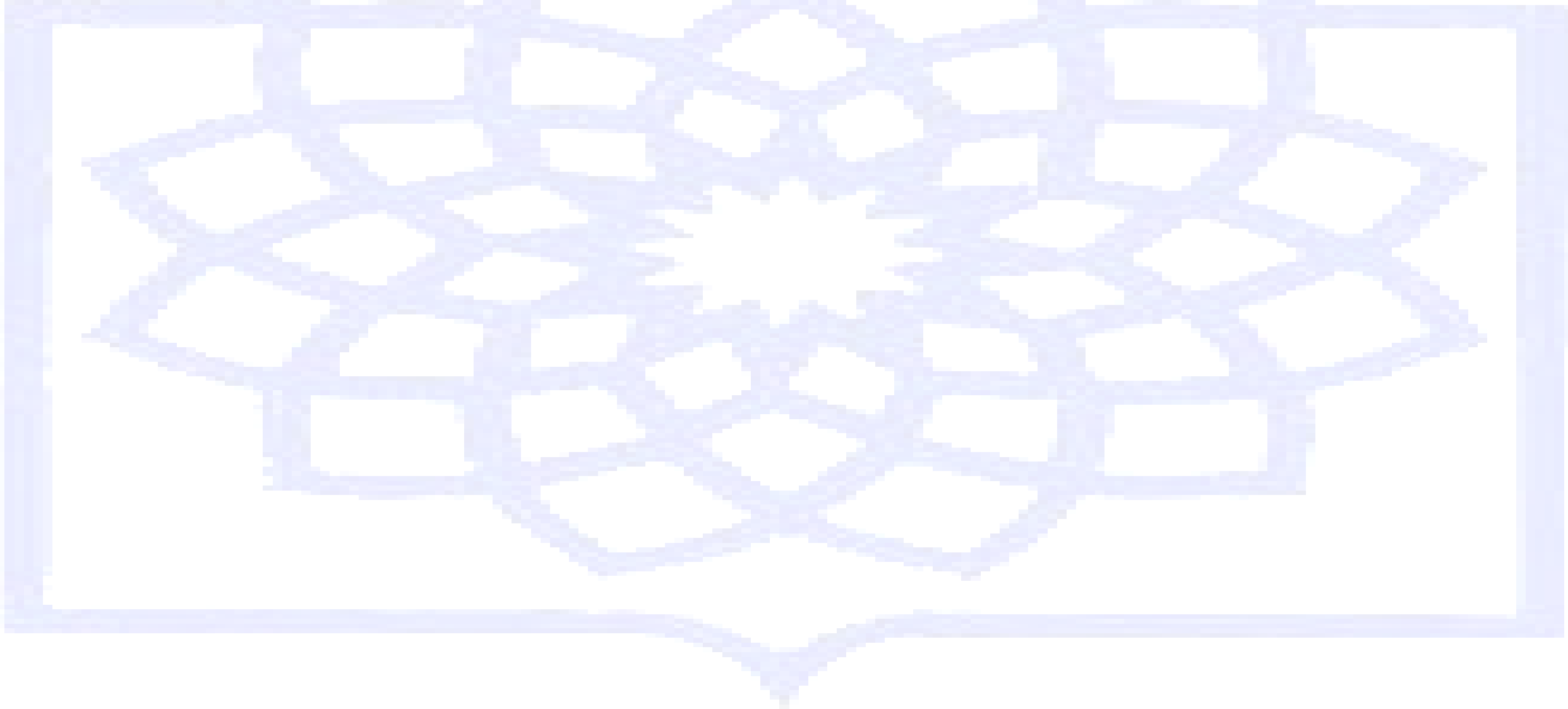
❖ **شواهد ارائه آموزش اثربخش توسط پرستاران و پزشکان و سایر اعضا تیم درمان در مراحل بستری و ترخیص بیمار با نظارت مستمر و سرزده مسئول آموزش به بیمار**
❖ براساس دستورالعمل آموزش خود مراقبتی تدوین شده برای هر بیمار
❖ شواهد آگاهی بیمار و افزایش آگاهی بیمار در مصاحبه
❖ مستند ثبت آموزشهای ارائه شده در گزارشات پرستاری
❖ مستند ثبت آموزش های ارائه شده توسط سایر اعضا تیم درمان در برگه های مشاوره و.....

❖ **سنجش اثربخشی آموزش های ارائه شده در حیطه دانشی و عملکردی / تغییر رفتار بیمار و پذیرش آموزشها توسط بیمار در مراقبت از خود توسط سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت و مسئول آموزش به بیمار**

❖ **سنجش اثربخشی آموزشهای عمومی ارائه شده به بیماران هر سه ماه**

❖ **مستند گزارش سرپرستار به مدیر پرستاری در خصوص میزان اثربخشی آموزشهای عمومی و خود مراقبتی به بیماران**

❖ آموزش خود مراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار



تاریخ: ۱۳۹۶/۱۲/۲۸
شماره: ۱۳۹۶/۷۰۵۷۰
پیوست: دارد

بسمه تعالی



معاونت درمان

ریاست محترم مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی.....
ریاست محترم بیمارستان.....
مسئول فنی محترم بیمارستان.....

با سلام و احترام

با توجه به اهمیت آموزش به بیمار به منظور توانمندسازی بیماران جهت خودمراقبتی در فرآیند ارائه خدمات سلامت (تشخیص، درمان و پیگیری) و همچنین واگذاری مسئولیت آموزش به بیمار به معاونت محترم پرستاری وزارت متبوع، از آنجا که ابلاغ شیوه نامه آموزش به بیمار در دستور کار آن معاونت می باشد، دستورالعمل آموزش به بیمار (که توسط مدیریت پرستاری دانشگاه به پیوست تنظیم شده است) با هدف ساماندهی این حیطه در مراکز تابعه دانشگاهی (تا زمان ابلاغ دستورالعمل وزارت متبوع)، جهت استحضار و اجرا ارسال می گردد.

دکتر سید علی میرزایی
معاون درمان

شناختنامه شاخص های ملی کیفیت مراقبت های پرستاری در بالین

نام شاخص	میزان الزامی آموزش پرستار به بیمار
اهمیت موضوع	آموزش به بیمار یکی از وظایف مهم پرستار است. این امر موجب تبادل اطلاعات بین طرفین شده و باعث کوتاه شدن زمان بستری شدن بیمار در بیمارستان و افزایش کیفیت زندگی در دوران نگاهت خواهد شد و همچنین منجر به ارتقاء خود مراقبتی در مددجویان و بیماران می گردد.
نوع شاخص	برآیندی
فرمول شاخص	$100 \times \frac{\text{مجموع نمرات مکتب از چک لیست ها}}{\text{کل نمره چک لیست} \times \text{تعداد چک لیست های تکمیل شده}}$
تعریف صورت شاخص	جمع نمره کسب شده حاصل از تکمیل چک لیست مربوطه
تعریف مخرج شاخص	جمع کل نمره چک لیست می باشد
واحد اندازه گیری شاخص	کمی (درصد)
منبع مورد آورنده شاخص	چک لیست پیوست می باشد- تعداد چک لیست مذکور بایستی برای حداقل ۱۰ درصد بیماران بستری و ترخیص شده در هر ماه و به صورت روزانه تکمیل شود.
تناوب جمع آوری، گزارش و ارائه بازخورد شاخص	برای بیمارستانها ماهانه جمع آوری می شود و در پایان هر فصل به دانشگاه ارسال می گردد، دانشگاهها در پایان ۶ ماه به معاونت پرستاری ارسال می کنند.
فرد مسئول	سوپر وایزر آموزش به بیمار / کارشناس آموزش به بیمار اداره / مدیریت پرستاری دانشگاه / کارشناس برنامه شاخص ها در معاونت پرستاری
میزان هدف	میزان نورم کشوری بر اساس جمع آوری اطلاعات دوره های اخیر، برای این شاخص ۷۵ درصد می باشد

معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چک لیست ارزیابی اثربخشی آموزش پرستار به مددجو

نام دانشگاه علوم پزشکی نام بیمارستان نام بخش تاریخ تکمیل

نام و نام خانوادگی بیمار علت بستری شماره تماس بیمار / مددجو

ردیف	عناصر قابل ارزیابی	ضعیف	متوسط	خوب	ملاحظات
۱	بیمار/مراقب اصلی/ مددجو پزشک معالج و پرستار خود را می شناسد				
۲	بیمار/ مراقب اصلی/ مددجو - بیماری - علت آن - عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می شناسد				
۳	بیمار/مراقب اصلی/ مددجو - نحوه صحیح (میزان-زمان- عوارض- تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند				
۴	بیمار/ مراقب اصلی/مددجو - اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیت‌های روزانه زندگی(مجاز و غیر مجاز) و نحوه استراحت در منزل را می داند				
۵	بیمار/ مراقب اصلی/مددجو - رژیم غذایی مختص بیماری خود را می داند				
۶	بیمار/ مراقب اصلی/ مددجو نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود را میداند				
۷	بیمار/ مراقب اصلی/ مددجو مرجع پاسخگویی به سوالات خود در مورد بیماری خود و نیازهای حمایتی موجود در جامعه را پس از ترخیص میداند				
۸	بیمار/ مراقب اصلی/ مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می داند				
۹	بیمار/ مراقب اصلی/ مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده رضایت دارد				
۱۰	پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (بمقتل، بروشور، فیلم و...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است				
جمع کل امتیاز					

☞ محاسبه امتیازات: ضعیف= ۰ ، متوسط= ۱ ، خوب= ۲

فرم آموزش

مرکز پزشکی، آموزش و درمان ...
فرم آموزش به بیمار حین ترخیص از بخش

شماره پیوسته
Unit Number

نام خانوادگی	Family Name	نام	Name	بخش	Ward	پزشک معالج	Attending physician
نام پدر	Father Name	تاریخ تولد	Date of Birth	اتاق	Room	تاریخ و ساعت بستری	Date & Time of Admission

نام و نام خانوادگی آموزش گیرنده: بیمار نام همراه بیمار نام سطح تحصیلات: رشته تحصیلی: علت بستری:
 تعداد صفحات بستری: شماره تماس ثابت: شماره تلفن همراه:
 تاریخ و ساعت ترخیص: تشخیص نهایی: حساسیت غذایی: حساسیت دارویی:
 بیماریهای زمینه ای جسمی: دیابت / فشارخون / سایر بیماریها / سایر بیماریهای زمینه ای: نارسایی کلیه / سایر بیماریهای زمینه ای:

مشاورات دارویی پس از ترخیص (داروها را متقارم و طبق دستور مصرف نمایید و از مصرف خودسرانه دارو خودداری نمایید)

ردیف	نام دارو	شکل دارو (قرص، شربت)	دوز و نحوه مصرف دارو	تعداد روز مصرف دارو	توجه و احتیاط دارو	تاریخ و ساعت مصرف	توجه و احتیاط دارو
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

ملاحظات های پس از ترخیص (در زمان خواب آلودگی را نادیده بگیرید)

لطفا در صورت مشاهده علائم زیر به پزشک مراجعه کنید:
 لطفا در صورت مشاهده علائم زیر با پزشک تماس بگیرید:

مشاهده علائم زیر طبیعی است و نگران نباشید:

بیماری های پس از ترخیص - زمان و مکان مراجعه - مدارک پزشکی بزرگ بیمارستان - کارت آموزش های حین ترخیص را همراه داشته باشید
 زمان مراجعه: لغت در هنگام ترخیص پس از دریافت برگ تعیین وقت درمانگاه از بخش پذیرش مراجعه نموده توسط باندی مراجعه به درمانگاه را بگیرید (از مراجعه به درمانگاه بدون اخذ نوبت جداً خودداری فرمایید) آرمهای مختلف اخذ توسط واحد پذیرش: 1- مراجعه حضوری به پذیرش بیمارستان 2- قش گریا توسط دهن از طریق شماره های 00000000 3- مراجعه به سایت بیمارستان جهت نوبت دهن آنلاین از طریق سایت: www.....

آموزش تغذیه
 اگرچه بعضی آموزش (سابق بعضی ها ذکر شود) بله خیر
 توضیح شفاهی داده شد: بله خیر
 رده تکلیف: بله خیر
 تکالیف معجز: تکالیف تکمیلی معجز:

بعضی های آموزش مورد نیاز:

نحوه استفاده از تجهیزات پزشکی همراه: کتوکوت، بله خیر NIV ساکشن پمپ اکسیژن

سایر موارد:

نتایج معوقه آزمایشات یا اقدامات پاراکلینیک: لطفاً تا تاریخ برای دریافت نتیجه بخش مورد نظر مراجعه فرمایید.
 آزمایش بائولوژی رادیولوژی ماموگرافی پزشکی هسته ای CT Scan سایر:

مراقبت های پرستاری مورد نیاز پس از ترخیص در منزل (مراقبت، تغذیه، دهن، محل جراحی، نحوه آسپتیک، بیستگیری، خوشنندار، بیماری مسری و عفونی و ...)

مراقبت های پزشکی مورد نیاز پس از ترخیص در منزل:

مهر و امضاء پزشک معالج: مهر و امضاء پرستار مسئول: امضاء بیمار / همراه:

❖ ب-۱-۱۱ ارائه مراقبت و درمان در بخشهای مختلف به شیوه متوازن و قابل مقایسه از نظر (پرستاری، پزشکی، تجهیزات و امکانات تشخیصی و درمانی)

❖ ب-۱-۱۱-۱ ارائه مراقبت پرستاری با سطوح یکسان و متوازن در بخشهای مختلف و قابل مقایسه در جهت ارائه خدمات مراقبتی یکپارچه

توازن در نسبت پرستار /بیمار و نیز توزیع متوازن نیروی حرفه ای، غیر حرفه ای /تجربه، مهارت و توانمندی در بخشهای قابل مقایسه در شیفتهای مختلف در سطوح مختلف مراقبتی
دسترسى کارکنان همه بخشها به روشهای اجرایی و دستورالعملها و ارائه مراقبت و خدمات به بیماران همه بخشهای قابل مقایسه به به شکلی متوازن

❖ ب-۱-۱۱-۲ توزیع متوازن پزشکان مقیم و آنکال و رویه های ارائه خدمات تشخیصی و درمانی پزشکی در بخشهای مختلف و قابل مقایسه

مستند برنامه ریزی دسترسى به پزشک آنکال و حضور پزشک مقیم بصورت شبانه روزی /انطباق حضور پزشکان با برنامه در همه بخش های قابل مقایسه
شواهد برخورداری بیماران از خدمات تشخیصی و درمانی پزشکی متوازن از نظر کمی و کیفی در همه بخش های قابل مقایسه در صورت نیاز در شیفتهای مختلف

وضعیت متوازنی در (دسترسى بکارگیری)، توزیع و ارتقاءتجهیزات پزشکی و روزآمدی و کالیبراسیون آن

آن جهت ارائه خدمات تشخیصی درمانی

❖ ب-۱-۱۱-۳ برخورداری بخشهای مختلف و قابل مقایسه از

❖ ترخیص ایمن

ب-۱-۱۲-۱ ترخیص ایمن

ب-۱-۱۲-۱۲ ارائه خلاصه پرونده و مستندات

ب-۱-۱۲-۱۳ آموزش بیماران در زمان ترخیص

لحاظ ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران جهت صیانت از ایمنی بیمار و حفظ دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص

در فرآیند ترخیص با لحاظ اهمیت بیمار آسیب پذیر و پرخطر

❖ شواهد آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن

❖ مستند ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج/دستیار ارشد پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص در پرونده

❖ ادامه مدیریت مراقبت و درمان بیمار تا زمان خروج از بیمارستان (ادامه مراقبت، ثبت گزارشات)

❖ تکمیل خلاصه پرونده توسط پزشک معالج/دستیار ارشد قبل از

❖ تحویل نسخه کامل و خوانای خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص

❖ بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده

❖ مدیریت دارویی در زمان ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص

❖ آموزش اثر بخش بیمار و خانواده در حین ترخیص

❖ عمومی و خود مراقبتی

❖ توجه به ۵ حوزه مهم در حین ترخیص بیمار جهت ترخیص ایمن بیمار (ابزار smart)

❖ ارائه آموزشهای قابل فهم بصورت گفتاری و شنیداری

❖ ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص

❖ نظارت و فراهم سازی خدمات طبی مستمر در حین انتقال ایمن بیمار از بیمارستان

خلاصه پرونده کامل شامل:

شکایت اصلی بیمار، علت پذیرش / بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات و پاراکلینیک، فهرست خدمات ارائه شده، داروها و نحوه انتقال بیمار، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار

دستور مراقبت های پس از ترخیص - شامل:

محدوده فعالیت های فیزیکی، تغذیه و رژیم درمانی، نحوه مصرف داروها، برنامه بازتوانی و توانبخشی، زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه، علائم هشدار/نشانه فوری و تهدیدکننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان و سایر موارد به تشخیص پزشک

SMART Discharge Protocol در ترخیص موثر بیماران

اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص به منظور بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و خانواده‌ها و ارتقای فرایند ترخیص

(Signs) تعیین علائم که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه و در شرایط خاص گزارش کنند

(Medications) سوال یا نکته مبهم درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها

(Appointments) تعیین زمانبندی پیگیری و مراجعه مجدد بیمار به بیمارستان

(Results) مدیریت نتایج آزمایشات معوقه و انجام آزمایشات پس از ترخیص

(Talk with me) ارتباط میان بیمار و ارائه‌کنندگان در زمینه‌هایی که لازم برای گفتگو با لحاظ زمان کافی

❖ ب-۱-۱۲-۴ اطلاع رسانی نتایج معوقه بررسی های پاراکلینیک

❖ مستند ابلاغ دستورالعمل اطلاع رسانی نتایج معوقه (توسط کمیته دارو و درمان)

تعیین محدوده بحرانی؛ غیر بحرانی و نرمال نتایج پاراکلینیک
تعیین اولویتهای اطلاع رسانی
تعیین فرآیند و روش اطلاع رسانی و وجود ابزار لازم
نحوه وظایف واحدهای پاراکلینیک و بخش های بالینی
مستندسازی تماس در دفاتر

❖ آگاهی کارکنان بخشها و واحدهای پاراکلینیک آزمایشگاه، آسیب شناسی، تصویربرداری/نحوه عملکرد

❖ مستندسازی شماره تماس بیماران در حین پذیرش و ترخیص جهت اطلاع رسانی در صورت لزوم

❖ شناسایی بیماران مستعد ترک غیر مترقبه اختلال ذهنی/روانپزشکی/رضایت با میل شخصی

❖ آموزش پیگیری جواب آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک در حین ترخیص بیمار و مستندسازی آن در برگه آموزش حین ترخیص و خلاصه پرونده

❖ ب-۱-۱۲-۵ برنامه ریزی ادامه درمان و بازتوانی پس از ترخیص

❖ وجود شواهد

❖ پیگیری ادامه روند درمان

❖ پیگیری رعایت برنامه خودمراقبتی و ارائه آموزش های تکمیلی

❖ رعایت برنامه های بازتوانی و ارائه خدمات توانبخشی

❖ رعایت برنامه های مراجعه بعدی (فالوآپ) و ارائه خدمات سرپایا

❖ **تعریف و ابلاغ دستورالعمل پیگیری بیماران و تعیین بیماران لازم به پیگیری در سرویس های مختلف / نحوه پایش آن**

❖ **انجام پیگیری پس از ترخیص (پیگیریهای تلفنی - پیامکی بیماران پس از ترخیص**

❖ ایجاد سامانه های پاسخگویی غیر حضوری

❖ و....)

❖ **پایش میزان تحقق برنامه ریزی پس از ترخیص بیمار**

❖ **و خدمات ارائه شده پس از ترخیص به بیمار مثلاً در کلینیکها به بیماران ترخیص شده (باشیوه مناسب مثل چک لیست**

از طریق





معاونت درمان

از توجہ شما مسکرم

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشبود باشی و ما را سگار

تہیہ و تنظیم: فاطمہ پیرمحمدی کارشناس ادارہ اعتباربخشی بیمارستانہا
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شہید بہشتی

شہریور ۹۸