



مرکز آموزشی درمانی شفا

کتابچه توجیهی بدو ورود فراگیران

کد سند: LG-BK-۳۸

تهیه کننده: معاونت آموزشی بیمارستان شفا

فهرست مطالب

مقدمه.....	۱
معرفی بیمارستان شفا.....	۳-۴
نمودار سلسله مراتبی بیمارستان.....	۵
نقشه بیمارستان.....	۶
بخش های بیمارستان.....	۷-۱۳
قوانین و مقررات.....	۱۳-۱۴
شرح وظایف فراگیران.....	۱۵-۲۲
انتظارات اخلاق حرفه ای.....	۲۳
استانداردهای ملی پوشش (DRESSING CODE).....	۲۴-۲۵
اصول کلی مستندسازی فرم های پرونده پزشکی.....	۲۶-۳۳
الزامات نظام بیمه ای.....	۳۴-۳۸
منشور حقوق بیمار.....	۳۹-۴۱
منشور حقوق پزشکان و کارکنان بیمارستان.....	۴۱-۴۲
اعتباربخشی (ACCREDITATION).....	۴۲-۴۹
معرفی برخی از کمیته های اصلی و مهم بیمارستان.....	۵۰-۵۲
مدیریت خطر و ایمنی بیمار.....	۵۳-۵۵
حوادث ناگوار ناشی از خطاهای مراقبتی.....	۵۵
نه (۹) راه حل ایمنی بیمار «ارائه شده توسط WHO».....	۵۶
کنترل عفونت.....	۵۷-۶۱
وسایل حفاظت فردی.....	۶۲-۶۳
استانداردهای زیست محیطی.....	۶۴-۶۵
بهداشت محیط کار.....	۶۶-۶۷
آتش نشانی.....	۶۸-۷۱
فرایندها.....	۷۳-۷۵
تلفن های ضروری.....	۷۵-۷۶
منابع مورد استفاده.....	۷۷

فراگیر عزیز؛

ورود شما را به مرکز آموزشی- درمانی شفا خوش آمد گفته و امیدواریم در زمینه تحصیل روزافزون علم و کسب مهارت های لازم برای طبابت صحیح موفق باشید، با توجه به اینکه هدف اصلی در بیمارستان، خدمت رسانی و مراقبت از بیماران در بهترین شرایط ممکن و بهره مند شدن از جنبه های آموزشی آن بوده و شما به عنوان فراگیر در ارائه مطلوب این خدمات مهم سهیم می باشید، لذا در راستای هدف فوق کتابچه ای تدوین شده است تا با امکانات، استانداردها و الزامات قانونی این بیمارستان آشنا شوید.

ضمناً در این کتابچه توضیحات مختصری در مورد روش های استانداردسازی عملکرد بیمارستان که در بسیاری موارد با گروه پزشکی ارتباط پیدا کرده و در صورت عدم توجه ممکن است فراگیران با مشکلات قانونی مواجه شوند، جهت اطلاع آورده شده است. امید است این کتابچه به نحو شایسته مورد مطالعه و بهره برداری قرار گیرد.

معاونت آموزشی بیمارستان شفا

معرفی بیمارستان شفا

مرکز آموزشی درمانی شفا از سال ۱۳۳۹ شروع به ساخت و در سال ۱۳۴۳ راه اندازی و مورد بهره برداری قرار گرفت. ساختمان های موجود در سطح پراکندگی دارند، بطوری که تعداد دو مجموعه ساختمان اصلی با دو ورودی متفاوت اکثر بخش های این مرکز را شامل می شود. بخش های اورژانس و سوختگی کاملاً از این دو مجموعه مجزا بوده و اکثر بخش های سرپایی و پاراکلینیک نیز بطور مجزا در محوطه قرار دارند. این مرکز دارای تالار اجتماعات با ظرفیت ۵۸۵ نفر می باشد. بیمارستان شفا با ۳۴۰۰۰ مترمربع زیر بنا و ۳۷۷ تخت مصوب تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی کرمان، خدمات تخصصی و فوق تخصصی و تشخیصی ارائه می دهد و دارای گواهینامه استاندارد مدیریت کیفیت ۹۰۰۱-۲۰۰۸ ISO، لوح حاکمیت بالینی و رتبه درجه یک اعتباربخشی می باشد.

مسئولین :

رئیس بیمارستان: دکتر حسین صادقی

مدیر بیمارستان: مهندس مهدی شهیدی

معاون درمان بیمارستان: دکتر رجائی

معاون آموزشی و پژوهشی بیمارستان: دکتر مهدی شریف زاده

مدیر پرستاری: خانم مریم جبارپور

آدرس پستی :

کرمان - بلوار کوثر - مرکز آموزشی درمانی شفا

کد پستی: ۷۶۱۸۷۵۱۱۵۱

تلفن های تماس: ۳۲۱۱۵۷۸۰ - ۸

فاکس: ۳۲۱۱۵۷۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۳۰۰۴۷۹۸

تلفن پیشنهادات و شکایات: ۳۲۱۱۵۸۰۰

پست الکترونیک: shafahospital@kmu.ac.ir

وب سایت بیمارستان: sh.kmu.ac.ir

ارزش‌ها (Values)

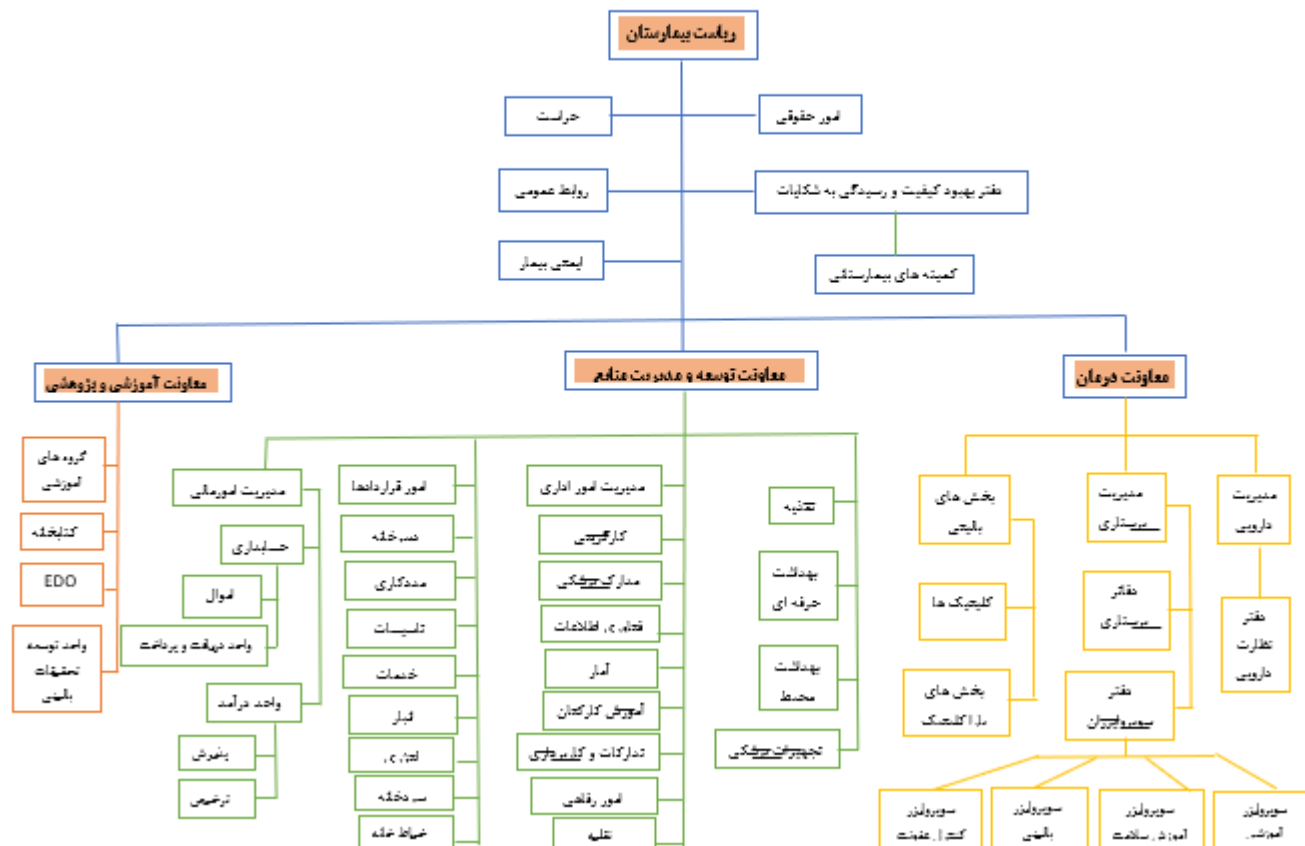
- حفظ کرامت انسانی
- احترام به منشور حقوق بیمار و مشتری مداری
- ارائه خدمات بی نقص و باکیفیت به بیماران
- پاسخگو بودن در قبال وظایف محوله
- رعایت شئونات اسلامی
- احترام به قوانین و مقررات
- روحیه تعاون، همکاری و مهرورزی
- به روز بودن و همراهی با جریان سریع اطلاعات و دانش

رسالت (Mission)

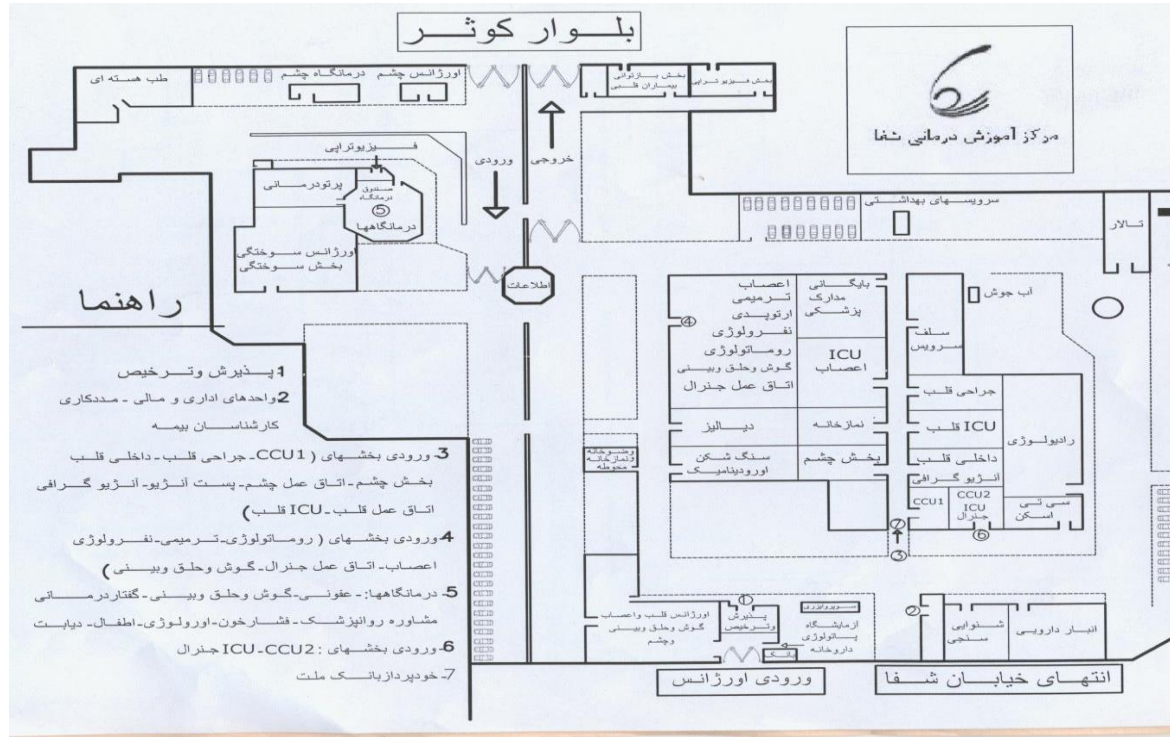
- ارائه خدمات تشخیصی، با درمان تخصصی و فوق تخصصی برتر به بیماران جنوب شرق کشور
- تربیت مطلوب نیروی انسانی مورد نیاز کشور در رشته های پزشکی و پیراپزشکی
- اجرای برنامه های آموزشی، پژوهشی و درمانی بر اساس منشور حقوق گیرندگان خدمت

چشم انداز (Vision)

بیمارستانی ایمن با بالاترین کیفیت در آموزش، تشخیص و درمان



نقشه بیمارستان



بخش‌های بیمارستان

اورژانس‌ها

اورژانس قلب و اعصاب، ENT، چشم، سوختگی

بخش‌های بستری:

روماتولوژی، نفرولوژی، مغز و اعصاب، داخلی قلب، پست آنژیو، جراحی ترمیمی، گوش و حلق و بینی، چشم، سوختگی، ICU جنرال، ICU قلب، CCU ۱، CCU ۲، جراحی قلب

بخش‌های سرپایی:

پرتونگاری تشخیصی (رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن)، اکوکاردیوگرافی (سونوگرافی قلب، تست ورزش)، آنژیوگرافی قلب، شنوایی سنجی (ادیومتری)، بینایی سنجی (اپتومتری)، نوار مغز (نوار عصب، نوار عضله، سونوگرافی داپلر مغز)، بازتوانی بیماران قلبی، پزشکی هسته ای، گفتار درمانی، آزمایشگاه، آسیب شناسی (پاتولوژی)، کلینیک خواب، داروخانه

معاونت آموزشی:

معاون آموزشی: دکتر مهدی شریف زاده متخصص و جراح چشم و استادیار عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دفتر آموزش: مسئولیت اداری فعالیت‌های آموزشی بیمارستان و گروه‌های آموزشی را بر عهده دارد و کلیه فراگیران در بدو ورود به بیمارستان ابتدا باید خود را به این واحد معرفی کرده و سپس در بخش مربوطه مشغول به فعالیت شوند. تمامی نمرات و معرفی نامه‌ها از این واحد باید ارسال شود. دریافت مهر نظام پزشکی در این واحد انجام می‌شود.

برای ورود خودرو باید از واحد آموزش معرفی نامه دریافت شود.

مسئول واحد: سرکار خانم قاسمی

کارشناسان آموزشی: خانم‌ها نفیسه امیری نژاد، فاطمه میرزایی، زهرا یوسفی

گروه‌های آموزشی: قلب و عروق، مغز و اعصاب، گوش و حلق و بینی، چشم

محل استقرار: ساختمان پزشکی هسته ای، طبقه دوم

نحوه تماس: داخلی ۳۸۷، ۳۸۸

ساعت کار: ۱۳:۳۰ - ۷:۳۰

※گروه قلب :

مدیر گروه: دکتر منصور مؤذن زاده (متخصص قلب و عروق)

مسئول آموزش دستیاران: دکتر حمیدرضا نصری

کارشناس گروه: خانم سیما حسینی

نحوه تماس: داخلی ۴۰۵

معرفی اعضای هیات علمی گروه قلب و عروق:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص
۱.	دکتر منصور مؤذن زاده	متخصص قلب و عروق
۲.	دکتر حمید رضا نصری	متخصص قلب و عروق
۳.	دکتر حمید رضا رشیدی نژاد	فوق تخصص قلب و عروق
۴.	دکتر محمد معصومی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ اینترونشن
۵.	دکتر معصومه کهنوجی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ اکوکاردیوگرافی
۶.	دکتر مهدی سالاری	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ اینترونشن
۷.	دکتر خدیجه محمدی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ اکوکاردیوگرافی
۸.	دکتر حسین صادقی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ الکتروفیزیولوژی
۹.	دکتر مریم علیرمضانی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ کاندیدیتال
۱۰.	دکتر مینا محسنی	متخصص قلب و عروق - فلوشیپ کاردیو آنکولوژی

※ گروه مغز و اعصاب

مدیر گروه: آقای دکتر ابراهیمی نژاد (متخصص مغز و اعصاب)

مسئول آموزش دستیاران: دکتر کاوه شفیعی

کارشناس گروه: خانم المیرا حسینی

نحوه تماس: داخلی ۴۰۹

معرفی اعضای هیات علمی گروه مغز و اعصاب:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص
۱.	دکتر حسینعلی ابراهیمی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
۲.	دکتر بهناز صدیقی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
۳.	دکتر رستم سیف الدینی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
۴.	دکتر فرهاد ایرانمنش	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب-فلوشیپ سکتۀ مغزی
۵.	دکتر کاوه شفیعی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
۶.	دکتر هدی کمالی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب- فلوشیپ ام اس
۷.	دکتر بنت الهدی ضیاالدینی	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب- فلوشیپ نوروماسکولار
۸.	دکتر حمیده ارون	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب- فلوشیپ اپی لپسی
۹.	دکتر حمیدرضا برزگر	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب
۱۰.	دکتر فاطمه مقدس	متخصص بیماریهای مغز و اعصاب

***گروه گوش و حلق و بینی:**

مدیر گروه: دکتر محمدعلی دامغانی (متخصص گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن)

مسئول آموزش دستیاران: دکتر آیه شمس الدینی

کارشناس گروه: خانم سلمه همنشین فرد

نحوه تماس: داخلی ۴۵۷

معرفی اعضای هیات علمی گروه گوش و حلق و بینی

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص
۱.	دکتر محمدعلی دامغانی	متخصص گوش و حلق و بینی -
۲.	دکتر علی اصغر عربی	متخصص گوش و حلق و بینی - فلوشیپ جراحی سر و گردن
۳.	دکتر مریم عامی زاده	متخصص گوش و حلق و بینی - فلوشیپ اتولوژی و نوراتولوژی
۴.	دکتر هادی اسلامی	متخصص گوش و حلق و بینی - جراحی حنجره
۵.	دکتر آیه شمس الدینی	متخصص گوش و حلق و بینی - فلوشیپ خواب
۶.	دکتر فاطمه فانی ملکی	متخصص گوش و حلق و بینی

***گروه چشم:**

مدیر گروه: دکتر علی شریفی (متخصص چشم و فلوشیپ قرنیه، دانشیار عضو هیات علمی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان)

مسئول آموزش دستیاران: دکتر شریف زاده

کارشناس گروه: خانم حمیده یوشعی

نحوه تماس: داخلی ۴۶۴

معرفی اعضای هیات علمی گروه چشم:

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص
۱.	دکتر علی شریفی	متخصص و جراح چشم - فلوشیپ قرنیه
۲.	دکتر مهدی شریف زاده کرمانی	متخصص و جراح چشم - فلوشیپ گلوکوم
۳.	دکتر مهلا شادروان	متخصص و جراح چشم - فلوشیپ گلوکوم
۴.	دکتر آرش دانش طلب	متخصص و جراح چشم - فلوشیپ شبکیه
۵.	دکتر امین زند	متخصص و جراح چشم
۶.	دکتر حیاتی	متخصص و جراح چشم

کتابخانه:

کتابخانه بیمارستان دارای سالن مطالعه، کتب مرجع لاتین و فارسی، ویرایش جدید کتابخانه دیجیتال و اتصال به افق و سایت های پزشکی و پیراپزشکی می باشد.

مخزن کتابخانه همه روزه به غیر از ایام تعطیل از ساعت ۷:۳۰ الی ۱۳:۳۰ و سالن مطالعه از ساعت ۷:۳۰ الی ۲۳ جهت استفاده فراگیران پزشکی و پرستاری و دستیاران باز خواهد بود.

نحوه تماس: داخلی ۲۲۳

مسئول کتابخانه: خانم بابایی

کارشناس کتابداری: خانم خواجهویی

پاویون ها

پاویون ها زیر نظر معاونت آموزشی، با مسئولیت مستقیم خانم قاسمی (مسئول آموزش) اداره می شوند.

کمد های پاویون فقط به کارورزان بیمارستان تعلق می گیرد که پس از اتمام دوره موظف به تحویل آن می باشند (در صورت عدم تحویل، بیمارستان اقدام به باز کردن کمد نموده و هیچ مسئولیتی در قبال وسایل داخل آن نخواهد داشت).

ورود افرادی غیر از کارورزان و دستیاران پزشکی شاغل در محل پاویون های این مرکز اکیدا ممنوع می باشد. لطفا در صورت حضور افراد غیر دستیار یا غیر کارورزان، مراتب را به معاونت آموزشی گزارش نمایید.

نحوه تماس: داخلی ۳۸۷-۳۸۸

سلف سرویس:

ساعات توزیع غذا:

ناهار: ساعت ۱۲ الی ۱۵

شام: ساعت ۱۹.۳۰ الی ۲۲.۳۰

قوانین و مقررات

۱. قوانین و مقررات آموزشی هر بخش و شرح وظایف دانشجویان، کارورزان و دستیاران هر رشته آموزشی، از طریق گروه های آموزشی در اختیار همکاران قرار می گیرد.
۲. کلیه فراگیران در تمام مدتی که در بیمارستان هستند بر اساس قانون کد پوشش باید از اتیکت شناسایی استفاده نمایند. این اتیکت برای دستیاران توسط معاونت آموزشی بیمارستان و برای سایر فراگیران توسط دانشکده مربوطه ارائه می گردد.
۳. نمرات کارورزان و کارآموزان به صورت اینترنتی در نرم افزار سما قابل رویت می باشد (فراگیران باید نام کاربری و رمز عبور از دانشکده پزشکی دریافت کرده باشند).
۴. فراگیران با استفاده از نام کاربری و رمز عبور فوق باید فرم ارزشیابی اساتید هر گروه را در پایان دوره آموزشی هر بخش به صورت اینترنتی تکمیل نمایند.
۵. ثبت و امضای دفتر حضور و غیاب به صورت روزانه برای دستیاران، کارورزان و کارآموزان در دفتر گروه الزامی می باشد.
۶. کارورزان موظفند حداکثر سه روز بعد از شروع بخش، لیست کشیک خود را به همراه یک شماره تماس به دفتر گروه تحویل نمایند.
۷. فراگیران می توانند در صورت داشتن هرگونه انتقاد و یا پیشنهاد، مراتب را به صورت حضوری و یا از طریق پر کردن فرم های مربوطه (فرم ثبت شکایات و پیشنهادات) به معاونت آموزشی اعلام فرمایند.
۸. نظرسنجی دوره ای فراگیران پایان هر دوره آموزشی و دستیاران پایان هر نیمسال آموزشی انجام می شود و اطلاعات به صورت محرمانه بررسی می گردد. لذا دقت و صداقت شما در تکمیل فرم ها باعث بهبود کیفیت آموزشی، درمانی و رفاهی این مرکز خواهد شد.
۹. دستیاران باید در ازای اقدامات درمانی، آموزشی و پژوهشی به رئیس و معاون آموزشی بیمارستان پاسخگو باشند.
۱۰. کلیه فراگیران جهت تهیه اسلاید، فیلم و عکس از کیس های مربوطه باید حتما مجوز کتبی از دفتر گروه و معاونت آموزشی بیمارستان دریافت نمایند. در غیر اینصورت هرگونه مسئولیت حقوقی و قضایی به عهده فراگیر خواهد بود.

۱۱. فراگیران باید در صورت وقوع نیدل استیک سریعاً به کارشناس کنترل عفونت، سرپرستار یا سوپروایزر شیفت اطلاع دهند.
۱۲. پاپیون در اختیار دستیاران فوق تخصصی و تخصصی و کارورزان عزیز می باشد لذا الزم است فراگیران جدید جهت استفاده از کمد و امکانات پاپیون خود را به نماینده دستیاران پاپیون معرفی نمایند.
۱۳. دستیاران و کارورزان محترم در صورت داشتن خودرو شخصی جهت دریافت برچسب مخصوص استفاده از پارکینگ باید به واحد حراست و مسئول انتظامات مرکز مراجعه کنند.
۱۴. فراگیران باید در تمام ساعات کشیک خود، حتماً در بیمارستان حضور داشته و ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع می باشد.
۱۵. جابه جایی در برنامه کشیک ممکن نیست مگر با اطلاع قبلی به معاونت آموزشی به صورت کتبی (حداقل ۲۴ ساعت قبل) و یا در مواقع اضطراری به شرط تعیین جانشین و موافقت دستیار مسئول.
۱۶. کارورزان عزیز موظف به رعایت تعداد حداقل کشیک هستند. حداکثر تعداد کشیک ده شب در ماه است، حداقل تعداد کشیک در گروه های داخلی، جراحی، کودکان و زنان هشت شب در ماه و در گروه های دیگر مدیرگروه یا رئیس بخش براساس تعداد کارورزان..... حداقل کشیک را تعیین می کند.
۱۷. دستیاران رشته های مختلف نیز موظف به رعایت حداقل تعداد کشیک در ماه می باشند:

سال اول	۱۲ کشیک در ماه
سال دوم	۱۰ کشیک در ماه
سال سوم	۸ کشیک در ماه
سال چهارم	۶ کشیک در ماه

شرح وظایف فراگیران :

فراگیران در این بیمارستان شامل فراگیران غیرپزشکی و فراگیران پزشکی (دستیار ، کارآموز ، کارورز) می باشند .

ردیف	شرح وظایف فراگیران غیرپزشکی
۱.	ساعت آغاز و پایان کارورزی طبق ضوابط بیمارستان. (شیفت صبح ، ۱۲-۷:۳۰) ، شیفت عصر (۱۴:۳۰-۱۸) تعیین می شود
۲.	ثبت حضور و غیاب دانشجو در بیمارستان توسط سامانه حضور و غیاب (تایمکس) و طبق ضوابط بیمارستان خواهد بود.
۳.	رعایت ساعت ورود و خروج ، فرم لباس و داشتن اتیکت شناسایی الزامی می باشد.
۴.	موازين اسلامی در پوشش (نداشتن آرایش ، انواع زیورآلات ، ناخن بلند و روپوش تنگ و کوتاه) باید براساس استاندارد های کد پوشش رعایت گردد.
۵.	دانشجو موظف است قبل از شروع کارآموزی درمورد چگونگی آن ، ارزشیابی ، غیبت و غیره از مربیان مربوطه کسب اطلاع نماید.
۶.	دانشجو باید اصول اخلاقی در برقراری ارتباط با پرسنل بخش ، مربی و سایر دانشجویان را رعایت نمایند
۷.	غیبت در کارآموزیها جبرانی ندارد در صورت غیبت نمودن دانشجو ، موجه و غیر موجه آن توسط مربی مربوطه با تایید شورای دانشکده تعیین می گردد.
۸.	در صورت غیبت بیش از حد مجاز در صورت موجه بودن واحد کارآموزی حذف و در غیر این صورت صفر منظور می گردد. (۰.۱ ساعت کارآموزی)
۹.	دانشجویان در ساعات کارآموزی حق خروج از بیمارستان را ندارند.

ردیف	شرح وظایف کارآموزان
۱	معرفی خود به دستیار مسئول کارآموزان در روز اول بخش
۲	ثبت حضور خود از طریق دستگاه تایمکس
۳	رعایت مقررات داخلی گروه و بخش
۴	مرخصی استحقاقی ۲/۵ روز است و غیبت بیش از آن ممنوع و فرد خاطی تجدید بخش خواهد شد.
۵	برگه مرخصی روز قبل تکمیل و تحویل دستیار مسئول دانشجویان گردد
۶	آراستگی ظاهری در شان دانشجویان پزشکی و محیط بیمارستان مطابق با مقررات و استانداردهای ملی پوشش الزامی و در نمره پایان بخش لحاظ خواهد شد.
۷	اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیکی، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک
۸	ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش و به همراه کارورز و دستیار و پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری در صورت لزوم و یا ویزیت بیماران سرپایی.
۹	در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه پی گیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضورى مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار.
۱۰	در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on-and off service notes)
۱۱	در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن برگه های درخواست تصویربرداری از جمله MRI CTScan رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد.
۱۲	شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس های درس تئوری و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، کلاس های management، اتاقهای عمل،

	راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی.
۱۳	حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج.
۱۴	معرفی بیمار در راندهای آموزشی طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص های افتراقی و طرح درمانی.
۱۵	اولویت کاری کارآموزان شرکت در جلسات و همایش های آموزشی، راندهای آموزشی و در درمانگاه ها است.

ردیف	شرح وظایف کارورزان
۱	ثبت حضور خود از طریق دستگاه تایمکس
۲	کارورز کشیک موظف است که همان اول صبح خود را به دستیار کشیک سال یک معرفی کند.
۳	آراستگی ظاهر در شان یک کارورز در محیط بیمارستانی مطابق با مقررات الزامی است و در نمره پایان بخش تاثیر خواهد داشت.
۴	کارورز بدون اجازه دستیار مسئول مربوطه حق ندارد بیمارستان را ترک کند
۵	تعویض کشیک به طور معمول ممنوع ، در موارد فوریت تعویض کشیک تنها با اطلاع دستیار مسئول کارورزان ممکن است.
۶	مرخصی استحقاقی ۲/۵ روز است و غیبت بیشتر از آن کارورز مربوطه تجدید بخش خواهد شد
۷	برگه مرخصی روز قبل باید تحویل دستیار مسئول کارورزان شود.
۸	از درمان خود سرانه بیماران بد حال و اورژانسی خودداری و با دستیار کشیک هماهنگ باشد
۱۹.	اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، ارزیابی و طرح برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب
۲.	ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش قبل از پزشک معالج یا دستیار
۳.	پی گیری دریافت جواب آزمایشات به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس(و بررسی آخرین گزارش های پاراکلینیکی بیمار)
۴.	نوشتن برگه سیر بیماری
۵.	نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج با دستیار
۶.	نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره .(On - and off- service notes)
۷.	نوشتن خلاصه پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسوول در بخش
۸.	نوشتن برگه مشاوره با نظر پزشک معالج
۹.	نوشتن برگه های درخواست تصویر برداری از جمله Scan CT و MRI، رادیو گرافی ، سونوگرافی ، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه های درخواست پاراکلینیک دیگر ، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد

۱۰	حضور بر بالین بیمارانی که احیا می شوند و انجام احیا CPR یا الزام به قید شدن عنوان کارورز در تیم احیا
۱۱	کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه یا کسانی که برای آنها تست های خطیر نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می شود. تحت نظارت پزشک معالج یا دستیارمسوول در بخش
۱۲	همراهی با بیماران بد حال که علائم حیاتی بی ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبت های خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه ای آنها را تهدید می کند. در انتقال به بخش های دیگر و یا سایر بیمارستان ها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک.
۱۳	گذاشتن لوله معده، گذاشتن سوند ادراری در بیماران ترجیحاً هم جنس بجز در شیر خوران، گرفتن گازهای خون شریانی، (ABG)تهیه لام خون محیطی، نمونه برداری از زخم ها، نمونه گیری برای کشت گلو، بخیه زدن و کشیدن بخیه، انجام تست PPD وخواندن آن، تفسیر مقدماتی ECG ونوشتن آن در پرونده، انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان،شست و شوی تخصصی (غیر روتین) ویا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند، انجام شست و شوی گوش، تامپون قدامی بینی چک کردن مشخصات کیسه خون یا فرآورده خونی برای تزریق خون یا فرآورده به بیمارکنترل ضربان قلب جنین(FHR)
۱۴	-انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار برعهده کارورز می باشد نوشتن نسخه های دارویی بیماران بستری خود، گذاشتن لوله تراشه و airway، گرفتن زایمان واژنال، انجام ایندکشن در زایمان، کنترل ضربان قلب جنین(FHR)و انقباضات رحم و حرکات جنین، گذاشتن IUD کورتاژ،خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق و بینی و چشم،کوترخون ریزی بینی، کارگذاری کشش پوستی، آتل گیری، گچ گیری ساده، انجام پونکسیون لومبار (LP)،آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مفصل زانو، تزریق داخل نخاعی(Intrathecal) و داخل مفصلی، انجام جراحی های سر پایي ساده (ختنه ،برداشتن توده های سطحی، خارج گردن(nail ingrowing)، تخلیه آبسه، نمونه گیری سوپر اپوبیک گذاشتنTube Chest، کشیدن(tap) مایع آسیت و پلور، Colon washout، تزریق داروهای خطرناک ،تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی ،درناژسوپراپوبیک مثانه ،گذاشتن کاتتر وریدی نافی وهمکاری در تعویض خون نوزادان،

سونداژ ادراری شیرخوران ، کاتدان و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد. انجام امور زیر به منظور کسب مهارت تنها در دو دوره کارورزی حداکثر به مدت ۶ ماه و به تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده کارورز می باشد مگر در موارد اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک (چنانچه در دانشکده این مهارت ها در دوره کار آموزی کسب شده باشد به تشخیص دانشکده کارورزان از انجام این وظیفه معاف می باشند	
تزریق، رگ گیری (cannulation IV)، نمونه گیری وریدی ، نمونه گیری برای کشت خون، گرفتن ECG ، پانسمان ساده ، رنگ آمیزی گرم ، تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار و لام خون محیطی ، ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه ، فیزیو تراپی تنفسی - . انجام امور زیر تنها در موارد ضروری و اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک بر عهده کارورز می باشد . کنترل و چارت علائم حیاتی و output/intake ، گرفتن نمونه از ترشحات معده ، باز کردن گچ ، فلبوتومی ، نوشتن برگه های درخواست پاراکلینیک که نیاز به نگارش شرح حال ندارند ، انتقال نمونه به آزمایشگاه ، پی گیری حضوری جواب اقدامات پاراکلینیک ، همراهی بیماران به قسمت های دیگر بیمارستان ، آمبوزدن ، حضور پیوسته (standby) بر بالین بیمار ، شیمی درمانی ، انتقال بسته های خون	۱۵

ردیف	شرح وظایف قانونی دستیار
۱	ویزیت روزانه بیماران
۲	انجام مشاوره های مرتبط
۳	ارائه ۵ کنفرانس یا ژورنال کلاب در طول دوره
۴	شرکت در برنامه های آنکالی
۵	مشارکت حداقل در یک پروژه تحقیقاتی
۶	فلوشیپهای پذیرش شده تا پایان دوره بایستی حداقل یک مقاله Accept شده در یکی از مجلات معتبرداشته باشند و همچنین حداقل ۹ مقاله در کنگره های بین المللی (داخلی یا خارجی) و یک مقاله در همایشهای داخلی) ارایه نمایند
۷	شرکت در برنامه های آموزشی و پژوهشی طبق برنامه تنظیمی بخش
۸	آموزش به رده های پایین تر
۹	شرکت در درمانگاه و اتاق عمل طبق برنامه تنظیمی
۱۰	شرکت منظم در برنامه های گزارش صبحگاهی و راندهای بالینی
۱۱	حضور منظم در جلسات و برنامه های بخش

ردیف	شرح وظایف دستیار ارشد
۱	نظارت بر مرتب بودن همه امور (این امر خیلی مهم است)
۲	برنامه ریزی ن وه چرخش دستیاران در بخش ها و بیمارستان های مختلف با نظارت مدیر برنامه دستیاری
۳	برنامه ریزی کشیک دستیاران با نظارت مدیر برنامه دستیاری
۴	پیگیری اجرای مصوبات گروه در ارتباط با دستیاران
۵	پیگیری مسائل و مشکلات دستیاران و انعکاس آن به مدیر برنامه دستیاری و یا مدیر گروه
۶	برنامه ریزی اداره کنفرانس های مختلف آموزشی بین دستیاران
۷	هماهنگی و نظارت بر برگزاری جلسات آموزشی و برگزاری هر چه بهتر این جلسه
۸	جمع بندی و پیگیری گزارش های دستیاران ارشد کشیک

ردیف	شرح وظایف دستیار ارشد آموزشی
۱.	تعیین و هماهنگی کلاسهای Text Review و Case Management دستیاری با اساتید برای بحث های لازم
۲.	اطلاع رسانی به دستیاران و اساتید در مورد کلاسهای آموزشی دستیاری، تامین وسایل لازم و اطمینان از شروع به موقع جلسات و ثبت حضور و غیاب دستیاران در این جلسه ها
۳.	استخراج و آماده سازی سوالات آزمون های سال های قبل برای کلاس های دستیاری
۴.	هماهنگی فیلمبرداری از کلاس های دستیاری و نظارت بر آرشیو فیلم ها در گروه
۵.	سرپرستی آرشیو منابع الکترونیکی دستیاری به روز رسانی، طبقه بندی
۶.	سرپرستی صفحه مربوط به دستیاران در سایت اینترنتی گروه به روز رسانی، نظارت بر قراردادن مطالب آموزشی و اخبار مربوط به دستیاران

طریقه تعیین دستیاری ارشد و دستیاری آموزشی:

هر گروه همه ساله دو نفر از بین دستیاران سال آخر گروه، با توجه به کفایت، تعهد، وجدان کاری و میزان فعالیت آن ها، توسط دستیاران پیشنهاد، و از بین آنها یک نفر به تایید شورای گروه انتخاب و با حکم معاون تخصصی و فوق تخصصی دانشکده به عنوان دستیار ارشد منصوب میشود. هم چنین هر سال یک نفر از بین دستیاران سال دوم و یا سوم گروه توسط مدیر برنامه دستیاری تعیین و پس از تایید مدیر گروه به عنوان دستیار آموزشی گروه تعیین میگردد. دستیار ارشد همانند بقیه دستیاران در راند آموزشی صبح شرکت خواهد کرد و به جبران وظایف محوله بیشتری که بر عهده می گیرد از کشیک وی کسر خواهد شد. از دستیار ارشد آموزشی گروه ماهیانه ۱ کشیک کسر میگردد. تبصره: به منظور هماهنگی بیشتر و سهولت عامل دستیاران سال های مختلف با دستیار ارشد، برای هر سال دستیاری نماینده ای به انتخاب دستیاران همان سال معرفی می گردد. این نمایندگان در جایگاه مشورت دهی و انتقال متقابل نظرات هستند.

انتظارات اخلاق حرفه ای (Professionalism)

از دستیاران و دانش آموختگان این رشته انتظار می رود:

الف- در حوزه نوع دوستی

۱. منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند ۲. در مواجهه با بیماران مختلف عدالت را رعایت کنند ۳. در برخورد با بیماران به تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آنان توجه داشته باشند. ۴. در تمامی مراحل مراقبت از بیماران وقت کافی صرف نمایند ۵. به خواسته ها و آلام بیماران توجه داشته باشند ۶. منشور حقوق بیمار را در شرایط مختلف رعایت کرده و از آن دفاع کنند

ب- در حوزه وظیفه شناسی و مسئولیت

۱. نسبت به انجام وظائف خود تعهد کافی داشته باشند ۲. به سوالات بیماران پاسخ دهند ۳. اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار را با مناسبترین شیوه در اختیار وی و همراهان قرار دهند ۴. از دخالت های بی مورد در کارهمکاران پرهیز نمایند و با اعضای تیم سلامت تعامل سازنده

داشته باشند) ۵. در تمامی مراحل مراقبت و انتقال بیماران احساس مسئولیت نمایند ۶. (برای مصاحبه، انجام معاینه و هر کار تشخیصی درمانی از بیماران اجازه بگیرند) ۷. در رابطه با پیشگیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد، انتقال بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی به طور مناسب به بیماران آموزش دهند.

ج- در حوزه شرافت و درستکاری (۱راستگو باشند) ۲.درستکار باشند) ۳. رازدار باشند ۴. (حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایند.

د- در حوزه احترام به دیگران (۱به عقاید، آداب ، رسوم وعادات بیماران احترام بگذارند ۲.(بیمار را به عنوان یک انسان در نظر گرفته ، نام ومشخصات وی را با احترام یادکنند) ۳. به وقت بیماران احترام گذاشته و نظم و ترتیب را رعایت نمایند) ۴. به همراهان بیمار،همکاران و کادر تیم درمانی احترام بگذارند) ۵. وضعیت ظاهری آنها مطابق با شئون حرفه ای باشد.

ه- در حوزه تعالی شغلی (۱انتقاد پذیر باشند) ۲.محدودیت های علمی خود را شناخته ، در موارد الزم مشاوره و کمک بخواهند) ۳. به طور مستمر،دانش و توانمندیهای خود را ارتقاءدهند) ۴. اقدامات تشخیصی درمانی مناسب را مطابق با امکانات ودستاوردهای علمی در دسترس انجام دهند) ۵. استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش نویسی را رعایت کنند.

استانداردهای ملی پوشش (dressing code)

به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ می‌شوند.

۱) کلیات:

۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت- های بیمارستانی الزامی است.

- ۲) الصاق کارت شناسایی عکس‌دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که به راحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان و فراگیران در محیط‌های درمانی الزامی است. طرح، محتوا و رنگ زمینه‌ی هر رسته باید به تأیید ادارات حراست و نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تأیید کارفرما برسد.
- ۳) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی- درمانی مؤنث شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند)، کفش و جوراب می‌باشد.
- ۴) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی- درمانی مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می‌باشد.
- ۵) لباس بیمار بستری (مؤنث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تا بالای زانو) و شلوار می‌باشد.
- ۶) لباس بیمار بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می‌باشد.
- ۷) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مؤنث) در داخل یا بین بخش‌ها شل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می‌شود.
- ۸) هر گونه تصویر برداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

۲) ضوابط پوشش:

- ۱) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف، متحدالشکل باشد.
- ۲) در درون بخش‌های بیمارستانی، استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه‌ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- ۳) در بخش‌های ویژه، اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش‌ها می‌باشند.
- ۴) رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش‌های مذکور در ماده فوق، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

۵) روپوش باید دارای آرم، سالم، تمیز، دکمه‌ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.

۶) کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه‌ای پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.

۷) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

۸) استفاده از هر گونه ماده بودار تند یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع می‌باشد.

۹) ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن، ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

۱۰) رعایت تمام شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق‌های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپ‌ها در لباس‌های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند.

۱۱) لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگی‌ها را تأمین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.

اصول کلی مستند سازی فرم های پرونده پزشکی

به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده پزشکی، مستندسازان باید اصول کلی مستندسازی را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است. گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف) مسئولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)

پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)

ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی) و...

※ اصول هفده گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی) به شرح ذیل می باشد:

۱. کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.
۲. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.
۳. اطلاعات سربرگ فرم ها (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج ...) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
۴. کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تائید و تصدیق گردد.
۵. در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.
۶. مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد و خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود.
۷. مستندات و ثبتیات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.
۸. در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.
۹. مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.
- تبصره ۹-۱) در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن ، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستند ساز تکمیل گردد.
۱۰. کلیه مستندات بایستی واضح ، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.
- تبصره ۱۰-۱) اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد چرا نوشته را مجدداً تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، باید دقیقاً مشابه اولی باشد و حتماً تاریخ و امضاء داشته باشند.

تبصره ۱۰-۲) انسجام موارد ثبت شده الزامی است بطوری که در پرونده های دستی، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید به ترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

۱۱. اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود (Error) و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

۱۲. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات، ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

۱۳. از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

۱۴. هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد.

۱۵. اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

۱۶. در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

۱۷. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

"مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی"

الف) فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

۱. پزشک معالج مکلف است که تشخیص های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.

۲. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.

۳. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی (Main Condition) و بیماری های همراه (comorbidity) و سایر عوارض (Complication) می باشد.
۴. یک عبارت تشخیصی کامل باید حتی الامکان هم ماهیت اتیولوژیک (علت زمینه ای موجد بیماری یا حالت پزشکی) و هم عارضه بالینی ایجاد شده توسط آن علت خاص (Manifestation) را مشخص نماید.
۵. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود و در عبارت تشخیصی باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر را به دقت مشخص نماید.
۶. از به کار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص ها تا حد امکان خودداری گردد.
۷. از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.
۸. اعمال جراحی و سایر اقدامات مهم در قسمت مربوطه و به زبان انگلیسی و به صورت کامل، توسط پزشک معالج یا جراح ثبت گردد.
۹. در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.
۱۰. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل موارد زیر باشد:
 - اقدام اصلی انجام شده
 - قسمتی از سیستم بدن (موضع آناتومیک) که اقدام روی آن انجام می شود.
 - روش انجام اقدام
۱۱. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.
۱۲. حتی المقدور پزشک باید در ثبت علت خارجی صدمات و مسمومیت ها، عبارت تشخیصی شامل مکانیسم حادثه، قصد و محل رخداد حادثه را یادداشت کند.
۱۳. وضعیت بیمار به هنگام ترخیص، ثبت گردد.
۱۴. در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۴۸ ساعت الزامی است.
۱۵. در صورت انجام اتوپسی برای بیماران فوت شده، در محل مربوطه ثبت گردد.

ب) فرم خلاصه پرونده

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

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

ج) فرم شرح حال و معاینه بدنی

۱. فرم شرح حال و معاینات بدنی باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.
۲. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۳. اطلاعات این فرم باید از بیمار گرفته شود. در صورتی که به هر علتی اخذ تاریخچه قابل اعتماد از بیمار امکان پذیر نباشد باید تاریخچه از بهترین کسی که دقیق ترین و بیشترین اطلاعات را دارد اخذ گردد.
۴. شرح حال بیمار باید حاوی اطلاعات زیر باشد:
- شکایت اصلی: شرح مختصری از ماهیت، عوارض و نشانه های بیماری و مدت زمانی که علائم ناراحتی وجود داشته و نوع و علتی که سبب مراجعه بیمار به پزشک شده از زبان خود بیمار

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

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

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

○ در مورد زنان متاهل، تعداد بارداری های قبلی، زایمان، تولد زنده و سقط جنین نیز باید ثبت گردد.

○ در مورد اطفال سابقه واکسیناسیون، ناهنجارهای مادرزادی، نارس بودن یا بیمارهای دوران نوزادی ثبت گردد.

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

•داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات

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

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

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

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

۵. معاینات بدنی و بررسی های بالینی

۶. پزشک باید پس از اخذ شرح حال و انجام معاینه بدنی، تشخیص اولیه یا موقت را بصورت کامل و به زبان انگلیسی در فرم شرح حال ثبت کند. ثبت تشخیص الزامی است. از ثبت علائم و نشانه ها به عنوان تشخیص اجتناب گردد.

۷. تا حد امکان کلیه مندرجات خواسته شده در محل مربوطه نوشته شوند.

۸. مهر و امضاء پزشک معالج الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم شرح حال و معاینات بدنی توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک متخصص مربوطه نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

(د) فرم سیر بیماری

۱. در اولین یادداشت سیر بیماری باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش، بیان گردد.

۲. یادداشت های بعدی (کلیه درمان های ارائه شده و پاسخ بیمار به درمان را مستند کند).

۳. در آخرین یادداشت سیر بیماری باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت ، بهبودی، انتقال به مراکز دیگر و غیره) و نکات عمده و مهم جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، بیان شود.

۴. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.

۵. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری باید در برگیرنده ی اظهارات مشخصی درباره ی جریان بیماری باشد، این یادداشت ها باید براساس تاریخ و همه روزه (در مورد بیماران با وضعیت اورژانسی بنا به شرایط بیمار) ، وضعیت بالینی بیمار، طرح درمان و فرایند پاسخ وی به درمان را نشان دهد.

۶. یادداشت های مربوط به پیشرفت بیماری توسط پزشکان درگیر در امر درمان باید ثبت گردد.

۷. از ثبت موارد کلی و مبهم برای نشان دادن وضعیت بیمار مثل " حال عمومی بیمار خوب است " ، خودداری شود.

۸. هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP (Subjective & objective-assessment –plan) مستند گردد.

۹. مهر و امضاء پزشک الزامی است. در مراکز آموزشی - درمانی اگر فرم سیر بیماری توسط اینترن یا رزیدنت ثبت شود، اطلاعات ثبت شده آنها باید توسط پزشک مسئول نیز تایید (مهر و امضاء) گردد.

ه) فرم درخواست مشاوره پزشکی

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۲. ثبت تاریخ و ساعت مشاوره، نام پزشک در خواست کننده و نوع مشاور (اورژانس یا غیراورژانس) و مهر و امضاء پزشک در خواست کننده الزامی است.
۳. ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج (پزشک درخواست کننده) الزامی است.
۴. ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده و مهر و امضاء و تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است.
۵. در خصوص مشاوره های تخصصی مورد لزوم، تاریخ، ساعت و علت درخواست و همچنین تاریخ و ساعت مشاوره قید شود و در صورت موافقت با نظریه مشورتی پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر نماید.

و) فرم دستورات پزشک

۱. تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
۲. ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.
۳. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
۴. مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است.
۵. پزشک باید در انتهای دستورات آنها را ببندد، در صورتی که این امر توسط پزشک انجام نشود می بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.
۶. پرستاران بایستی به شکلی (معمولا با علامت چک مارک) در فرم دستورات پزشک نشان دهند که دستورات اجرا شده است. تاریخ و ساعت چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.
۷. دستورات پزشک مشاور باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.

۸. وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می دهد، پرستار باید آن را در فرم دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید، زمان صدور دستور و امضاء خودش را نیز باید مشخص نماید و پزشک نیز باید در اسرع وقت دستورات تلفنی خود را امضاء و مهر نماید. دستورات شفاهی (تلفنی) باید توسط دو پرستار تایید و امضاء شود.

۹. مهر و امضای پرستار الزامی است.

قوانین بیمه ای چارت خدمات:

جهت نوشتن نسخه در دفترچه بیماران سرپایی با یستی موارد زیر جهت جلوگیری از کسورات بیمه ای رعایت شود

۱. رعایت نظام ارجاع :الف) مهر پزشک خانواده در پشت برگه دفترچه بیمه باید ثبت شده باشد)

ب. درمهر پزشک معالج عنوان همکار پزشک خانواده قید شده باشد.

۲. (قید شرح حال در نسخ سرپایی با مهر وامضاء وتاریخ توسط پزشک دستیار سال ۳ به بالا

۳. یک نسخه ، بدون مهر وامضای پزشک باطل است ووجود هر دو الزامی است

۴. هرگونه دستکاری موارد نوشته شده در نسخه غیر قابل قبول است. دراین موارد مهر وامضای پزشک درقسمت مخدوش زده شود . وجود بیش ازسه مهر یک پزشک در یک نسخه باعث ابطال آن می شود

۵. وجود دو مهر متفاوت از دو پزشک ، باعث باطل شدن نسخه می شود.

۶. مهر اینترن بعد از پزشک خانواده قابل قبول نیست.

۷. در صورتی که تاریخ ویزیتی که نسخه فقط در قسمت روز مخدوش باشد ، با مهر وامضای

پزشک قابل قبول بوده و در صورت مخدوش شدن ماه وسال نسخه باطل می گردد و باید نسخه مجدد نوشته شود . استفاده از خودکار با رنگ هایی به جز آبی ومشکی درنوشتن نسخه ممنوع است . تمام مطالب نوشته شده در نسخه باید با یک خودکار نوشته شود .

۸. تاریخ ویزیت بیمار وچارج حسابداری باید یکی باشد

۹. نسخه مخصوص پزشک باید کاربرنی باشد ، استفاده از خودکار ، دربرگ پزشک باعث ابطال نسخه می گردد .

۱۰. نسخی که توسط رزیدنت ها و پزشکان طب اورژانس نوشته می شود حتما باید با مهر تریاژ باشد .

۱۱. نسخی که توسط رزیدنت ها در دفترچه بیماران بخش های بستری نوشته می شود بایستی ممهور به مهر مدیریت بیمارستان یا تریاژ باشد.

جهت نوشتن اسناد زیر ۶ ساعت این اصول باید توسط پزشک رعایت شود:

۱. تشخیص پزشکی بر روی برگه ی دفترچه در همه ی بیمه ها باید نوشته شود و مهر و امضای پزشک و تاریخ ثبت شود

۲. برگه ی خلاصه پرونده و دستور بستری باید با خط خوانا و بدون خط خوردگی نوشته شود و نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ و مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال سوم و بالاتر) حتما قید شود و تشخیص و اقدامات لازم بدون خط خوردگی نیز حتما باید ذکر شود .

۳. برگه ی پروسیجر نوت در مواقع درمان بسته و یا میزان (Laceration) و شستشو باید قید شود. مشکل و اقدام انجام شده باید ذکر شود و حتما مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال ۳ به بالا) و پزشک معالج و تاریخ ثبت شود.

۴. برگه های شرح عمل ممهور به مهر و امضای پزشک جراح به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی و برگه بیهوشی ممهور به مهر و امضای پزشک بیهوشی با درج زمان شروع و پایان بیهوشی باید باشد

۵ . در برگه های شرح عمل در صورت نیاز جراح به کمک جراح هم امضا و مهر (رزیدنت سال سوم به بالا) مورد قبول می باشد در محاسبه بیمه ها در مراکز آموزشی ضریب کمک جراح به رزیدنت های سال سوم و بالاتر تعلق می گیرد.

۶. در بخش روان پزشکی ی هزینه بستری در بخش روان پزشکی حداکثر ۸ هفته در سال است ۸ هفته از زمان بستری اولین بستری به عنوان بیمار حاد بر اساس درجه اعتبار بخشی بیمارستان و مازاد بر آن به عنوان بیمار مزمن طبق نظر پزشک معالج برابر با تعرفه تخت روانی درجه ۳ محاسبه می گردد.

مشاوره ها :

۱. خدماتی که براساس توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر به صورت اظهار نظر و به منظور ارز یابی بیشتر و یا درمان بهتر به بیمار ارائه می گردد ، صرفاً منوط به جواب مشاوره توسط پزشک متخصص با مهر و امضاء پزشک متخصص و ذکر تاریخ مشاوره می باشد

۲. انجام مشاوره یک سرویس درمانی به همان سرویس درمانی از نظر بیمه پذیرفته نمی باشد مثال: (کانسالت یک پزشک ارتوپد به پزشک ارتوپد دیگر پذیرفته نمی باشد
۳. حداکثر مشاوره قابل پرداخت توسط بیمه ها برای یک بیمار ۶ مشاوره می باشد .
۴. بروی تمام مشاوره ها مهر بخش باید زده شود .
۵. مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه توسط بیمه ها نمی باشد .

۶. مشاوره جراح در صورتی که منجر به جراحی شود قابل محاسبه بیمه ها می باشد
۷. مشاوره از یک تخصص به تخصص های دیگر تا ۳ مشاوره قابل قبول می باشد
۸. مشاوره در مراکز دولتی و دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر تعلق می گیرد.
۹. برای نوشتن و یا درخواست مشاوره از کاربن مناسب و پررنگ استفاده شود و مهر و تاریخ و امضاء پزشک بروی هر دو برگه ثبت شود.
ویزیت ها:

۱. ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار ارائه می گردد و مبنی محاسبه حق الزحمه آن براساس ضریب k کتاب ارزش های نسبی می باشد.
۲. ویزیت های منجر به جراحی برای جراح قابل محاسبه و اخذ نمی گردد . (ویزیت های قبل و بعد از عمل جراحی)
۳. در خصوص بیماران روانی مزمین بستری در بیمارستان حداکثر ۴ ویزیت روان پزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد .
۴. جهت قابل پرداخت بودن ویزیت الزم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید .

۵. ویزیت پزشک مقیم ICU به صورت گلوبال در ۳۱ درصد تخت روز محاسبه و جداگانه قابل اخذ و محاسبه نمی باشد .
۶. ویزیت در مراکز دولت ی به دستیاران سال ۳ به بالا قابل پرداخت می باشد و باید ویزیت دستیاران سال ۳ به بالا در پرونده ثبت و مهر و امضاء و تاریخ زده شود .
۷. چنانچه بیمار جهت خدماتی مانند ECT و خدمات مشابه بستری شود ، ویزیت به اوتعلق نمی گیرد۸. همچنین باید حتما پروسیجرهایی که توسط پزشک و پرستار انجام می شود در برگه ارائه ی خدمات موجود بر روی پرونده ی بیماران همراه با تاریخ و مهر و امضای پزشک (رزیدنت سال ۳ به بالا) و یا پزشک معالج ثبت گردد براساس پروسیجرهایی که برای بیمار انجام می شود فرم های زیر باید توسط پزشک نوشته و مهر و امضا و تاریخ زده شود . این فرم ها شامل موارد زیر می باشد:
۱. فرم مانیتورینگ ۴ ساعته در بخش ها (به جز ICU)
۲. فرم ارائه ی خدمات
۳. (فرم پانسمان) در بیمه ی ارتش
۴. فرم ویزیت پزشک معالج و یا رزیدنت سال ۳ به بالا
۵. فرم (opration sheet)
۶. فرم پروسیجر نوت
- در فرم پروسیجر نوت ، پروسیجرهای زیر باید حتما توسط پزشک نوشته شود و مهر و امضا و تاریخ زده شود .
۱. درمان بسته شکستگی ها و میزبان Laceraion و اقدامات انجام شده مانند شستشو قید شود.
۲. وارد کردن کتتر ورید مرکزی (Cvp)
۳. کارگذاری کنوال
- ۴ . انجام پونکسیون نخاع ۵ (Lp)
۵. انواع انسیزبون هایی که در بخش و اتفاقات انجام می شود
۶. انجام آسپیراسیون و یا تزریق درمفاصل (بزرگ ، متوسط ، کوچک)

۷. ثبت برخی داروها از جمله آلبومین نکته: تمامی خدمات انجام شده توسط پزشک و پرستار باید مطابق با زمان انجام در سیستم HIS شود و در برگه ی پروسیجر و ارائه خدمات موجود بروی پرونده ، تاریخ ، مهر و امضای پزشک نیز ثبت گردد.

الزامات نظام بیمه ای که باید توسط فراگیران رعایت شود:

الزامات بیمه ای ، درمانی که پزشکان در ثبت مستندات پرونده های بیماران در کلیه سطوح درمانی باید رعایت کنند:

۱. اطلاعات سربرگ فرم های پر شده در پرونده بیمار باید بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود

۲. در تمامی گزارش های موجود در پرونده های بستری درج تاریخ و ساعت در محل مربوطه خود الزامی است.

۳. اطلاعات در پرونده کاغذی باید با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود.

۴. کلیه مستندات باید واضح ، مداوم و پیوسته باشد و هیچ فضای خالی یا قابل استفاده در بین نوشته ها نباشد. رعایت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است

۵. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه ، رادیولوژی باید تاریخ و ساعت داشته باشند و توسط شخصی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. (در مشاوره ها نوع مشاوره باید دقیقاً ذکر و درخواست و انجام مشاوره باید در دو پاراگراف متفاوت آورده شوند)

۶- برگه های مشاوره بایستی توسط رزیدنت سال ۳ به بالا مهر و امضا گردد همراه با ذکر تاریخ و ساعت انجام مشاوره در غیر اینصورت کل مشاوره کسر می گردد. چنانچه پزشک ۲K باشد توسط خود پزشک مهر و امضا گردد. در قسمت درخواست مشاوره مواردی مانند سابقه بیماری بیمار و علت انجام درخواست مشاوره ذکر گردد و " از نوشتن بیمار را ویزیت کنید" خودداری شود .

۷. اخذ رضایت نامه در اجازه درمان و رضایت آگاهانه از بیمار و یا ولی و قیم یا سرپرست قانونی ولی الزامی است و باید مهر و امضاء پزشک معالج و رزیدنت مربوطه هر دو وجود داشته باشد

۸. پزشک معالج مکلف است که تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و بطور کامل ثبت کند. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماری های همراه و سایر عوارض می باشد .

منشور حقوق بیمار

با توجه به اهمیت احترام به حقوق و کرامت انسانها خصوصاً بیماران، لازم است ارائه خدمات سلامت، عادلانه و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ارزشهای والای انسانی باشد. لذا بر اساس احترام به این ارزش ها و با لحاظ کردن استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، منشور حقوق بیمار به شرح زیر تنظیم شده و تمامی پرسنل ارائه کننده خدمت در مرکز آموزشی- درمانی شفا موظف به رعایت مفاد آن می باشند:

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت خدمات سلامت را به نحو مطلوب، مؤثر، همراه با مهربانی و احترام، بر پایه دانش روز و بدون توجه به عوامل نژادی، قومی- فرهنگی، مذهبی و جنسیتی دریافت نماید.

۲. بیمار حق دارد محل بستری و اعضای تیم پزشکی- مراقبتی خود از جمله: پزشک، پرستار، دانشجوی و سایر افراد مرتبط را بشناسد و نحوه دسترسی به آنان را در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص بداند.

۳. بیمار حق دارد در خصوص علائم و سیر بیماری، راه های تشخیصی و درمانی و عوارض آن، اطلاعات ضروری را شخصاً یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک مربوطه درخواست نماید. اما در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر اقدامات ضروری شود.

۴. بیمار حق دارد پس از آگاهی از بیماری خود، نحوه تشخیص و درمان و عوارض احتمالی، در رابطه با دریافت خدمات سلامت یا رد آن و یا مراجعه به سایر مراکز درمانی آزادانه تصمیم گیری نماید و باید انتخاب بیمار محترم شمرده شود مگر در موارد خودکشی یا زمانی که احتمال خطر برای دیگران وجود داشته باشد.

۵. اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار می گیرد.

۶. بیمار می تواند در طی مدت بستری از پزشک دوم به عنوان پزشک مشاور استفاده نماید.

۷. بیمار حق دارد در زمان پذیرش از هزینه های قابل پیش بینی، خدمات درمانی و غیر درمانی، ضوابط بیمه ها، سیستم های حمایتی و قوانین و امکانات بیمارستان اطلاع حاصل نماید و در موارد اورژانسی تأمین هزینه اولیه نباید مانع ارائه خدمات به بیمار گردد.
۸. بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی و معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته و در مورد کودکان همراهی یکی از والدین در تمامی مراحل تشخیصی و درمانی حق کودک است مگر اینکه حضور همراه باعث اختلال در ارائه خدمات پزشکی گردد.
۹. بیمار حق دارد از رازداری کلیه اعضای تیم معالج برخوردار باشد و رعایت اصل رازداری در ارتباط با تمامی اطلاعات بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون استثناء کرده باشد.
۱۰. بیمار می تواند به کلیه اطلاعات موجود در پرونده خود دسترسی داشته و مطابق دستور العمل مربوطه تصویر آن را دریافت نماید.
۱۱. فقط بیمار و افراد مجاز از طرف بیمار و گروه درمانی و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
۱۲. بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در مرکز دیگر، از نحوه انتقال، مهارت گروه پزشکی معالج در مرکز درمانی مقصد، نحوه پذیرش و ادامه درمان مطلع گردد.
۱۳. با توجه به آموزشی بودن این مرکز، بیمار حق دارد پس از دریافت اطلاعات کافی از نوع فعالیت آموزشی و یا پژوهشی، تمایل و رضایت خود به مشارکت را اعلام و یا در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری امتناع نماید و این امر نباید در فرآیند خدمت رسانی به بیمار، اختلال یا تغییری ایجاد نماید.
۱۴. بیمارستان موظف است به حقوق گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله: کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان و افراد بی سرپرست توجه ویژه داشته باشد.
۱۵. بیماران در حال احتضار حق دارند از امکانات لازم برای حفظ آرامش و کاهش فشارهای روانی- اجتماعی- معنوی و عاطفی بهره مند شده و در صورت تمایل، افراد مورد نظرشان در کنار آنها حضور داشته باشند.

۱۶. هر بیمار حق دارد با سیستم شکایت و نحوه رسیدگی به آن آشنا شده و در صورت نقض حقوقی که موضوع این منشور است (بدون آنکه اختلالی در کیفیت دریافت خدمات سلامت وی ایجاد شود) به این سیستم دسترسی داشته باشد.

۱۷. **نحوه دسترسی به پزشک معالج:** فقط از طریق پرستار بخش مربوطه و یا در زمان ویزیت پزشک.

۱۸. **نحوه دسترسی به پرستار:** از طریق مراجعه حضوری به ایستگاه پرستاری و یا زنگ اخبار که بالای سر هر تخت قرار دارد.

منشور حقوق پزشکان و کارکنان بیمارستان

از آنجایی که توفیق خدمت به بیماران و دردمندان و نجات جان انسان ها در زمره برترین عبادات به شمار می رود و لازمه این خدمت، داشتن محیطی آرام، مصون، بدون تنش و کارکنانی با انگیزه می باشد، لذا برای حفظ حقوق کارکنان عزیز و فداکاری که شبانه روز در خدمت بیماران می باشند؛ منشور حقوق کارکنان بیمارستان (پزشک، پرستار و...) به شرح ذیل تهیه گردیده تا با رعایت مفاد آن از سوی مراجعین، خدمت متناسب با شأن و منزلت بیماران گرامی فراهم گردد. حق در این منشور به معنی اختیار، توانایی و مصونیت است و کارکنان می توانند در مواردی بزرگوارانه از حق خود بگذرند.

۱. پرسنل بیمارستان حق دارند در قبال ارائه خدمات مطلوب و مؤثر، از جانب بیماران و همراهان مورد احترام کامل قرار گیرند.

۲. پرسنل بیمارستان حق دارند فقط در چارچوب وظایف قانونی و بر اساس اصول علمی و دستورالعمل های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به ارائه خدمت و روش های درمانی اقدام نمایند.

۳. پرسنل بیمارستان حق دارند جهت ارائه درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر محیطی آرام و امن داشته باشند.

۴. پرسنل بیمارستان حق دارند از هر گونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری احتمالی توسط بیماران و یا همراهان در امان باشند.

۵. پرسنل بیمارستان حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای که موجب آسیب دیدن جسمی یا روحی بیمار می-شود امتناع نمایند.

۶. پرسنل بیمارستان حق دارند بر اساس شرح وظایف و زیر نظر مسئول مربوطه و بر اساس قوانین و مقررات در انجام وظایف قانونی خود مستقل باشند.
۷. پرسنل بیمارستان حق دارند از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسئولین، کارکنان، مأموران دولتی، بازرسان، بیماران و همراهان ایشان برخوردار شوند.
۸. پرسنل بیمارستان حق دارند از حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسئولین، در مواردی که به دلیل انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار می گیرند، برخوردار شوند.
۹. پرسنل بیمارستان حق دارند برای اطلاع از آخرین اطلاعات، دستورالعمل ها و روش های نوین درمانی و آئین نامه هایی که مرتبط با وظایف شغلی آنان می باشد امکانات لازم را در اختیار داشته باشند.

تذکر مهم: چنانچه همکاران محترم با مشکل خاص یا اتفاق ناخواسته ای مواجه شوند، توصیه می شود قبل از هر گونه اقدام، به معاونت آموزشی یا ریاست بیمارستان مراجعه نمایند.

اعتباربخشی (accreditation)

ارتقای مستمر کیفیت از طریق نظام اعتبار بخشی امکان پذیر است. امروزه حرکت در مسیر ارتقا کیفی و ایمنی خدمات سلامت، نه یک انتخاب بلکه یک ضرورت و الزام است. اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت و آموزش پزشکی با استفاده از استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت خدمات آموزشی و درمانی، محور بودن بیمار و بهبود ایمنی بیماران و کارکنان تاکید دارد. این استانداردها بعنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار بوده و طبعاً سیاست گذاری، برنامه ریزی، اجرا، پایش و کنترل مناسبی را در این زمینه می طلبد.

در الگوی اعتباربخشی فعالیت همه واحدهای بیمارستان بر اساس خط مشی ها و روش های اجرایی مدون انجام می شود تا نحوه تصمیم گیری و اجرای کارکنان مختلف در رابطه با یک موضوع یکسان تعریف شده باشد.

- خط مشی (policy) در واقع سیاست کلی واحد مربوطه را در رابطه با یک فرایند مشخص می کند، پاسخ به سوال what (چه کاری می خواهیم انجام دهیم؟)

- روش اجرایی (procedure) مراحل اجرای گام به گام خط مشی را توضیح می دهد، پاسخ به سوال How (چگونه سیاست کلی یا خط مشی را اجرا می کنیم).

اعتباربخشی آموزشی (educational accreditation)

استانداردهای اعتباربخشی آموزشی در ۹ حیطه تعریف شده که عبارتند از:

- ۱- مدیریت آموزش
 - ۲- پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی
 - ۳- اعضای هیئت علمی
 - ۴- فراگیران
 - ۵- مدیریت تسهیلات و امکانات پژوهشی و آموزشی
 - ۶- آموزش فراگیران در اورژانس و پاراکلینیک
 - ۷- برنامه ها و فرآیندهای آموزشی
 - ۸- رعایت حقوق بیماران
 - ۹- عرصه پژوهش های بالینی
- استانداردهای اعتباربخشی درمانی در قالب مستندات و فرم های مخصوصی تعریف شده اند که برخی از اطلاعات و فرم های مرتبط با گروه پزشکی در این کتابچه آورده شده است.

نام و نام خانوادگی بیمار: نام پدر: شماره قفسه: شماره تخت: تاریخ ترخیص:
 نام بخش: شماره اتاق: شماره تخت: تاریخ ترخیص:

آموزش پزشک به بیمار (هکام ترخیص)

آموزش های ارائه شده و توصیه های پزشک معالج (دارو، علائم هشدار، رژیم غذایی و ...):

.....

 نام و نام خانوادگی پزشک آموزش دهنده: تاریخ آموزش: محل امضاء پزشک آموزش دهنده:

آموزش پرستار به بیمار (هکام ترخیص)

۱- نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل:

نام دارو	شیب مصرف دارو	زمان مصرف	نقدهات مصرف (تعداد)	نحوه مصرف	توجهات

۲- رژیم غذایی و تغذیه: ☐ بدون محدودیت ☐ با محدودیت ☐ نوع رژیم غذایی:
 غذاهای غیر مجاز:

۳- فعالیت بیمار: ☐ بدون محدودیت ☐ با محدودیت ☐ نوع محدودیت:

۴- بیمار به معرفی به مرکز درمان (Home care) نیاز دارد؟ ☐ خیر ☐ ضرورت تشخیص به آراء معرفی شده است؟ ☐
 شماره تلفن مورد نیاز بیمار:
 ۵- نتایج آزمایشات دریافت شده است؟ ☐ خیر ☐ بله ☐
 ضرورت تشخیص:

۶- امکان دریافت نتایج آزمایشات:
 ۷- ضرورت تشخیص:
 ۸- مراجعه بعدی بیمار به پزشک:

۹- مراجعه بعدی:
 ۱۰- مراجعه بعدی:
 ۱۱- مراجعه بعدی:

۱۲- مراجعه بعدی:
 ۱۳- مراجعه بعدی:
 ۱۴- مراجعه بعدی:

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده: نام و نام خانوادگی آموزش گیرنده:
 محل امضاء پرستار آموزش دهنده: تاریخ آموزش: محل امضاء آموزش گیرنده:

نامنه خط مشی: واحد های درمانی بیمارستان

هدف: رعایت حقوق گیرنده خدمت

قرارداد ساختگی خط مشی: دبیر کمیته اخلاق پزشکی

روش اجرایی:

۱- بیمارستان فهرستی از خدمات نییافته اخذ رضایت آگاهانه تهیه نموده است (کد سند NO-LI-01)

۲- بیمارستان فرم متعلق با اسنادهای اعتبار بخشی را برای تمامی خدمات نییافته اخذ رضایت آگاهانه تهیه نموده است (کد سند MG-FO-26)

۳- پزشک معالج که اقدام درمانی و یا تشخیصی وی برای بیمار جزء فهرست خدمات نییافته به اخذ رضایت آگاهانه می باشد بایستی قبل از انجام اقدام مذکور توضیحات لازم در زمینه عوارض احتمالی، روش جایگزین، روش و میزان روش جایگزین را برای بیمار و یا سرپرست و نماینده قلمرو بیمار توضیح دهد.

۴- مسئول بخش موظف است قبل از انجام اقدام درمانی یا تشخیصی نییافته به اخذ رضایت آگاهانه تکمیل فرم رضایت آگاهانه اعتبارات حاصل نماید.

۵- در صورتیکه پزشک معالج، مستیار را به عنوان فردی که اقدام به اخذ رضایت آگاهانه می کند معرفی نماید بایستی به فرد مذکور آموزش لازم در این خصوص داده شود.

✓ فهرست اقدامات تشخیصی، درمانی و جراحی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه مرکز

اقدامات جراحی:

۱	کاتاراکت	۲	وینترکومی	۳	پارگی قرنیه
۴	DCK	۵	استرایسم	۶	پیوند قرنیه
۷	جراحی عروق کرونر	۸	تغویض دریچه	۹	مداخلات دیس میکس
۱۰	VSD	۱۱	ASD	۱۲	PDA
۱۳	پریکاردیال همیون	۱۴	کارگذاری شانت	۱۵	TE
۱۶	دایکشن آلورت	۱۷	کارواکتیون آلورت	۱۸	ریتویلاستی
۱۹	لورینسان	۲۰	مراقبت	۲۱	آرتروسکوپ زانو
۲۲	آرتروسکوپ شانه	۲۳	CTS	۲۴	جراحی انواع شکستگی ها
۲۵	لوزه	۲۶	میتوئلاستی	۲۷	شکستگی بینی
۲۸	آمپوتاسیون	۲۹	لاب	۳۰	کنتر اکچر
۳۱	برداشتن اسکار	۳۲	مداخلات شامون	۳۳	مداخلات پرمیکت
۳۴	CVP	۳۵	مراقبت عروق	۳۶	مداخلات قیستول
۳۷	کارگذاری کنترا صفالی	۳۸	تغویض مفصل		

تاریخ اینج: ۱۳۹۴/۴/۲۸
تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۶
تاریخ بازنگری بعدی:
صفحه: ۲ از ۲

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
عنوان خط مشی:
بکس و رعایت آلودگی توسط کارکنان آموزش دیده
MG-QP-20



سایر اقدامات تهاجمی و پرخطر:

۱	آزمایش‌های	۲	پروتوگاری تشخیصی (با تزریق ماده جایب)	۳	سنگ شکن
۴	تزریق مایع	۵	پزشکی هسته ای	۶	بیهوشی و آرام‌بخش متوسط تا عمیق
۷	تزریق خون و فرآورده های خونی	۸	انجام هرگونه تحقیقات بر روی بیمار	۹	LP
۱۰	همودیالیز	۱۱	دیالیز صفائی	۱۲	انجام بیوپسی
۱۳	گذشتن دست کیوب	۱۴	TAP مایع پلور	۱۵	ترانکوتومی
۱۶	شوگ درمانی (غیر اورژانسی)	۱۷	تزریق رتیکولار	۱۸	پلاسمافورزیز
۱۹	خارج کردن کنتراست صفائی	۲۰	اکتلیز		

روش کنترلی یا نظارت بر اجرای خط مشی: یک لیست تبعیت از خط مشی- بررسی فرم رعایت آلودگی بیمار در پروتوکل‌های
بیمار

نتایج- پیگیری بیمارستان

عنوان	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	دکتر عربی آقای کلهمیان خانم دهقان خانم کیخسار	مدیریت آمپوتی مسئول دفتر بهبود کیفیت بیرینتار جراحی قلب مدیر کمیته اخلاق پزشکی
تأیید کننده	دکتر معدق	مدیریت بیمارستان
تصویب کننده	آقای دکتر نکویی مقدم	رئیس مرکز



اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل: Sign out	اقدامات قبل از ترش پوست بیمار (زمان انتظار) time out	اقدامات مربوط به بیهوشی بیمار (اتاق عمل) Sign in
بزرگترین بصورت کلامی همراه با تیم جراحی موارد زیر را تأیید می‌نماید: ☐ نام عمل جراحی ثبت شده است ☐ تمارش لوازم جراحی و گاز ریس سوزن مورد استفاده در عمل جراحی صحیح بوده است ☐ درجیب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات نمونه از جمله نام بیمار را با صدای بلند خوانده شود.) ☐ آیا اشکال یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد.	☐ معرفی کلیه اعضای تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت تأیید می‌شود ☐ متخصص جراحی، متخصص بیهوشی و پرستار به طور کلامی موارد زیر را پس از بررسی تأیید می‌کند: نام و نام خانوادگی بیمار. نوع عمل جراحی. موضع عمل آیا قی بیویک پروتکتیو در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر رگبیم مهم قبل پیش بینی: تشخیص جراحی: ☐ عمل جراحی چه سمت طول می‌کشد؟ ☐ میزان خونریزی احتمالی حین عمل چقدر است؟	آبیمار نام و نام خانوادگی نوع عمل جراحی، موضع عمل، رضایت از عمل را تأیید نموده است؟ ☐ بلی ☐ آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار وجود دارد؟ آیا داروهای ناشین بیهوشی کاملاً چک شده است؟ ☐ بلی آیا انس همی متری سالم و به بیمار وصل است؟ ☐ بلی آبیمار دارای حساسیت شناخته شده می‌باشد؟ ☐ خیر ☐ بلی آبیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض آسیب است؟ ☐ خیر ☐ بلی آبیمار تجهیزات همی ضروری موجود است. آبیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از ۱۰۰ ml خون می‌باشد؟ (ترکیز کان ۱۰ ml/kg) ☐ خیر ☐ بلی و در راه ورودی قلبی دسترس و مایع مناسب ورودی موجود است.
نام و امضاء پرستار:	تیم پرستاری: ☐ استرلیزاسیون و وسایل و لوازم جراحی (از جمله تخلیه شلخ‌های استریل) تأیید شده است؟ ☐ تأیید صحت عملکرد تجهیزات آیا نتیجه تصویر ضروری بر روی دستگاه سگوب در حال نمایش است؟ ☐ بلی ☐ موردی ندارد نام و امضاء جراح نام و امضاء پرستار	نام و امضاء پرستار بیهوشی: نام و امضاء متخصص بیهوشی:

کلیديات:

آموزش موثر در موارد مرتبط با پاتولوژی از طریق مهارت آموزی در مشاهده و تشخیص نمونه های آسیب شناسی امکان پذیر می شود و ضروری است در عین دقت در حفظ اسرار بیماران و محرمانه بودن آن، جهت یادگیری فراگیران در سطوح مختلف امکان دسترسی به قایل های آسیب شناسی فراهم گردد.

اهداف:

- ایجاد نظم و انضباط در نگهداری قایل ها و سطح دسترسی آن ها

تدوین روش های تشخیصی جهت بهره برداری آموزشی یا پژوهشی از قایل های موجود

روش اجرا:

۱. دسترسی نمونه های ارسالی جهت تشخیص در بخش پاتولوژی بیمارستان :

استاد مربوطه نمونه های پاتولوژی ارسالی از بخش ها در مراحل بررسی و تشخیص را در دسترس فراگیران قرار دهد تا بررسی کرده و آموزش ببینند.

۲. دسترسی نمونه های موجود در آرشیو

حنثی بخش در صورت مراجعه فراگیران و درخواست مشاهده لام و گزارش جهت آموزش و یادگیری اطلاعات را در اختیار نامبردگان قرار دهد.

۳. مجری طرح پروژال در مواردی که جهت امور تحقیقاتی دسترسی به لام ها و بلوک ها و گزارشات درخواست شود باید طرح و تایید حراست را به همراه داشته باشد و ضمن هماهنگی با سوبروایزر بخش، اطلاعات را با در نظر داشتن محرمانه بودن اسرار بیمار در اختیار مسئول طرح قرار دهد. (همتا اجازه خارج کردن قایل از بخش پاتولوژی را ندارند)

۴. نگهداری قایل ها به صورت:

- کتاب های پاتولوژی که شامل جواب های آزمایشات بیماران در سال های متفاوت بوده و به صورت صحافی شده به مدت ۲۰ سال نگهداری می شوند.

- قایل لام ها برای مدت ۱۰ سال نگهداری می شوند.

- قایل های سینولوژی به مدت ۵ سال نگهداری می شوند.

- قایل نمونه های انبار ۴۵ روز نگهداری می شوند.

- ذخیره ثبت نمونه های سرطان به مدت ۲۰ سال نگهداری می شوند.

عنوان خط مشی: چگونگی پاسخگویی دستیاران به رئیس بیمارستان و معاون آموزشی

دامنه خط مشی و روش: گروهها و بخش های آموزشی - درمانی بیمارستان

مسئول پاسخگویی در قبال اجرای این خط مشی: رزیدنت ارشد گروه های آموزشی / اتدینگ هر گروه

پایانه سیاست/خط مشی: با هدف رعایت حقوق بیماران و مسئولیت مستقیم رئیس و معاون آموزشی بیمارستان در حمایت از حقوق آنان و در راستای ایجاد انضباط و هماهنگی اقدامات آموزشی - درمانی و اجرای سلسله مراتب اداری، بیمارستان در قالب این خط مشی چگونگی پاسخگویی دستیاران به رئیس و معاون آموزشی، در خصوص رعایت اخلاقی حرفه ای در قبال اقدامات درمانی می ... که انجام می دهند تدوین نموده و اجرا می کند.

هدف: تصمیم گیری و ارتقا کیفیت فعالیت های آموزشی و درمانی دستیاران

شیوه انجام کار بصورت گام به گام همراه با ذکر سمت، زمان و مکان اجرا:

۱- مراجعه بیمار/ همراه/ مراجعه کننده - به واحد رسیدگی به شکایات در شیفت صبح، دفتر سپروایزری در عصر و شب و ارائه شکایات در تلفن گویا

۲- کارشناس رسیدگی به شکایات پرونده مربوطه را از سمت واحد رسیدگی به شکایت به واحد معاونت آموزشی ارجاع می دهد.

۳- معاون آموزشی بعد از بررسی و مشخص نمودن اعضا پاسخگو (رزیدنت، ایشن...) پرونده را به گروه مربوطه ارجاع می دهد.

۴- گروه مربوطه افراد مشخص شده را بازخواست نموده و در جهت پاسخگویی به شکایت اقدام لازم به عمل می آورد.

۵- پاسخ شکایت به معاون آموزشی بازخورد داده می شود.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: بررسی مستندات

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن: فرم ها

منابع: دستورالعمل اعتباربخشی - قوانین گروه های آموزشی و معاونت آموزشی بیمارستان

معرفی برخی از کمیته های اصلی و مهم بیمارستان

• کمیته بهبود کیفیت

اهداف و شرح وظایف:

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
 ۲. آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به تمام کارکنان بیمارستان
 ۳. ارائه فهرست اولویت ها و شاخص های بهبود کیفیت و نتایج تحلیل ها و مداخلات به مدیران ارشد و ارائه اطلاعات و نتایج تحلیل ها به کارکنان
 ۴. پایش و ارزشیابی بر پایه بهبود کیفیت بیمارستان
 ۵. نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های پرستاری
 ۶. تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان
- اعضای ثابت کمیته:** رئیس بیمارستان، مدیر، مدیر پرستاری، مسئول واحد بهبود کیفیت، معاون آموزشی، سوپروایزر آموزشی، مدیر ایمنی و خطر، رئیس امور مالی، رئیس امور اداری
- دبیر کمیته:** خانم اقطاعی (مسئول واحد بهبود کیفیت بیمارستان)

• کمیته اخلاق پزشکی

اهداف و شرح وظایف:

۱. هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرندگان خدمت
 ۲. رسیدگی به شکایات گروه پزشکی
 ۳. نظارت بر رعایت موازین اخلاقی در پژوهش های پزشکی
 ۴. رعایت موازین شرعی و اخلاقی در امور شرعی و اخلاقی در امور تشخیصی و درمانی بیمارستان
 ۵. اعتلای سطح اخلاق اسلامی و انسانی در سطح کارکنان
- اعضای ثابت کمیته:** رئیس مرکز، معاون آموزشی، مدیر، مدیر پرستاری، مسئول واحد بهبود کیفیت، تعدادی از روسا یا پزشکان بخش های اصلی بیمارستان
- دبیر کمیته:** یک نفر از پزشکان یا کارکنان آشنا به امور
- دبیر کمیته در این مرکز:** خانم دکتر کوهپایه زاده

• کمیته مرگ و میر و عوارض

اهداف و شرح وظایف:

۱. بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (به ویژه موارد مرگ و میر غیرمنتظره)
 ۲. بررسی دوره ای عوارض
 ۳. پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشک قانونی
 ۴. اتخاذ تدابیر مناسب به منظور کاهش عوارض و مرگ و میر در بیمارستان
 ۵. پیگیری و همکاری در برگزاری کنفرانس های مرتبط
 ۶. گزارش نمونه های بیوپسی و اتوپسی
- اعضای ثابت کمیته:** رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیر، مدیر پرستاری، یک نفر پزشک متخصص از بخش های مختلف بیمارستان (داخلی و جراحی)
- دبیر کمیته:** خانم نوحی (مدیر ایمنی بیمار و خطر)

• کمیته کنترل عفونت

اهداف و شرح وظایف:

۱. به روز رسانی و مرور منظم خط مشی ها و روش های کنترل عفونت
۲. جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان بصورت دوره ای
۳. نظارت بر اجرای خط مشی و روش های تایید شده در کمیته در تمامی بخش ها و واحدهای بیمارستان
۴. نظارت بر استدلال نتایج اطلاعات عفونت های بیمارستانی به مدیران ارشد بخش ها و واحدهای مربوطه
۵. گزارش عفونت های بیمارستانی به سازمان های سلامت و بهداشت عمومی خارج از بیمارستان
۶. گزارش بیماری های واگیر، غیرواگیر و موارد جدید مطابق دستورالعمل وزارت متبوع
۷. آموزش کارکنان و افزایش آگاهی در ارتباط با عفونت های بیمارستانی
۸. انجام تحقیقات راهبردی

اعضای ثابت کمیته: رئیس بیمارستان، مدیر، مدیر پرستاری، مسئول هماهنگی واحدهای پاراکلینیک، مسئول بهداشت محیط، مسئول بهداشت حرفه ای، سوپروایزر کنترل عفونت، رئیس واحد کنترل عفونت، یک نفر پزشک متخصص عفونی، سوپروایزر آموزشی

دبیر کمیته: خانم خادمی (سوپروایزر کنترل عفونت)

• کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات

اهداف و شرح وظایف:

۱. ارتقای سطح کمی و کیفی مدارک پزشکی مرکز
۲. بررسی و ارزشیابی کیفیت مدارک پزشکی بیمارستان از لحاظ کامل و معتبر بودن و داشتن پرونده کامل و بی نقص
۳. حمایت قانونی از بیماران و کارکنان مرکز با توجه به مدارک پزشکی کامل
۴. بازنگری و تایید فرم های پرونده بیماران
۵. ارزشیابی سیستم کدگذاری پرونده ها
۶. مشارکت و همکاری در امور پژوهشی
۷. بررسی و پیگیری مشکلات HIS و مرکز رایانه
۸. اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتباربخشی

اعضای ثابت کمیته: رئیس بیمارستان، مدیر، مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول هماهنگی واحدهای پاراکلینیک، مسئول رایانه، مسئول مدارک پزشکی و پذیرش، مسئول آمار، مسئول دفتر بهبود

دبیر کمیته: خانم محبوبه میرمحمدی (مسئول اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی)

مدیریت خطر یعنی انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی و ارزیابی خطرات و کاهش احتمال آسیب به بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان.

خطا چیست؟

خطا عبارت است از: قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه (خطا در برنامه ریزی یا خطا در اجرای برنامه) که به طور بالقوه یا بالفعل منجر به یک نتیجه ناخواسته شود. به عبارت دیگر: هر گونه اقدام یا عدم اقدام گروه پزشکی که موجب خسارت جسمی، مالی یا معنوی به بیمار شود و یا توانایی ایجاد صدمه به بیمار را داشته باشد، خطا محسوب می شود.

خطای فعال: خطایی است که توسط عاملین اصلی کار اتفاق می افتد و اثرات آن تقریباً بلافاصله احساس می شود معمولاً از این خطاها به عنوان خطاهای انسانی یاد می شود.

خطای پنهان (خطاهای سیستمی): خطایی است که در طراحی سازمان و یا تربیت نیروها اتفاق می افتد و اثرات این خطا برای مدت ها در سازمان به صورت نهفته و خاموش باقی می ماند

خطای غفلت: انجام ندادن یک کار صحیح مانند تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تاخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و

خطای ارتکاب: انجام دادن یک عمل اشتباه است مانند تجویز یک داروی غلط یا برای بیمار اشتباه و یا در یک زمان نادرست

خطای منجر به حادثه ناگوار: موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده یا کارکرد سازمان را مختل می نماید.

خطای منجر به حادثه بدون عارضه: بالقوه می تواند ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه خسارت واقعی نشده است عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی بدن انسان یا از روی شانس یا به هر دلیل دیگری باشد.

موارد نزدیک به خطا: مواردی که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا (به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه) از بروز پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شده باشد.

مدیریت خطاهای پزشکی:

- ۱- فرهنگ سازی و جلب مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطا و در نظر گرفتن تشویق برای گزارش دهی و رفع خطا
- ۲- توجه خاص به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها به ویژه در بخش های پرخطر نظیر اورژانس
- ۳- بررسی موارد جدی آسیب به طور جداگانه و طراحی فرایند برای رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته)
- ۴- گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری خطاها بدون ذکر نام
- ۵- طبقه بندی گزارشات خطا و شناسایی عوامل کلیدی مسبب آنها به ویژه در ابعاد کاری و سیستمی

حوادث ناگوار ناشی از خطاهای مراقبتی (Sentinel events)

حوادث ناشی از خطا که به سیر طبیعی بیماری ارتباط ندارند و منجر به عوارض ناگوار یا مرگ های غیر منتظره می شوند.

۱. انجام پروسیجر بر روی بیمار اشتباه یا عضو اشتباه
۲. ابزار جراحی بجا مانده در بدن
۳. آمبولی هوا درون عروقی منجر به مرگ یا عوارض نورولوژیک
۴. واکنش انتقال خون به علت ناسازگاری ABO
۵. مرگ و میر مادران در طول یا بعد از زایمان
۶. تحویل کودک به خانواده غیر
۷. خودکشی بیمار در بخش بستری
۸. خطاهای دارویی منجر به آسیب جدی یا مرگ بیمار
۹. مرگ و میر غیر منتظره
۱۰. رویدادهای مهم بیهوشی منجر به آسیب جدی یا مرگ بیمار

نه (۹) راه حل ایمنی بیمار «ارائه شده توسط WHO»

با توجه به اینکه در سراسر جهان از هر ۱۰ بیمار بستری در بیمارستان یک مورد گرفتار خطای مراقبتی می شوند، سازمان بهداشت جهانی در نشست ژنو سال ۲۰۰۷ میلادی، نه راه حل برای کاهش این خطاها و بهبود ایمنی بیماران ارائه کرده است که عبارتند از:

۱. توجه به داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه
Look- alike, sound- alike medication names
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار
Patient identification
۳. ارتباط مؤثر در زمان تحویل و تحول بیمار
Communication during Patient hand- overs
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
Performance of correct procedure at correct body site
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیتی
Control of concentrated electrolyte solutions
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
Assuring medication accuracy at transitions in care
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها
Avoiding catheter and tubing misconnections
۸. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات
Single use of injection devices
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های بهداشتی
Improve hand hygiene to prevent health care- associated infection

تعریف: عفونت بیمارستانی در سه دوره زمانی اتفاق می افتد:

- ۱- عفونتی که طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود، و در زمان پذیرش در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد.
- ۲- یا طی دوره ای مشخص (۱۰ تا ۳۰ روز) پس از جراحی رخ دهد (۲۵ تا ۵۰٪ عفونت‌های زخم جراحی، پس از ترخیص بیمار ظاهر می‌گردند).
- ۳- در صورتی که به دنبال اعمال جراحی، در بدن بیماران جسم خارجی کار گذاشته شود (Implant)، عفونت بیمارستانی می‌تواند تا یک سال پس از اینگونه اعمال، به وقوع بپیوندد.

عفونت‌های بیمارستانی می‌توانند علاوه بر بیماران، کارکنان و عیادت کنندگان را نیز مبتلا سازند.

هر یک از اعضای بدن انسان می‌تواند در بیمارستان، دچار عفونت گردد ولی در بین انواع عفونت‌های بیمارستانی، عفونت دستگاه ادراری، عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (پنومونی)، عفونت ناشی از زخم جراحی، و عفونت دستگاه گردش خون، از اهمیت خاصی برخوردارند. طبق بررسی‌های انجام شده، **عفونت ادراری، شایع‌ترین و پنومونی کشنده ترین عفونت‌های بیمارستانی محسوب می‌شوند**، گرچه در بعضی از مراکز، عفونت دستگاه گردش خون، علت اصلی مرگ بیماران می‌باشد.

با توجه به اینکه عفونت‌های بیمارستانی منجر به: افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان، بالا رفتن میزان مورتالیتی و موربیدیتی و تحمیل هزینه‌های ناشی از طولانی شدن مدت اقامت به بیمار، خانواده و سیستم درمانی می‌شوند پیشگیری از وقوع این عفونت‌ها و تشخیص زودرس آنها بسیار مهم است.

پیشگیری از انتقال عفونت

احتیاطات لازم برای پیشگیری به دو صورت بیان شده:

- transmission based precautions احتیاطاتی که بر حسب راه انتقال بیماری متفاوت هستند.

- Standard precautions احتیاطات استاندارد که شامل: شستن دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی است و باید برای تمامی بیماران تحت مراقبت انجام شوند.

احتیاطات لازم بر حسب راه انتقال

۱- Contact Precautions بیماریهایی مانند: اسهال های عفونی، زردزخم، سارس، کنژنکتیویت، هپاتیت، شپش، سرخجه مادرزادی، تب های خون ریزی دهنده، آبله مرغان، زونای منتشر، عفونت های مقاوم به دارو، آبله های باز و زخم بستر عفونی از این راه منتشر می شوند.

برای پیشگیری از انتشار عفونت ها باید:

هنگام ورود به اتاق بیمار دستکش و گان بپوشید

قبل از ترک اتاق دستکش و گان را درآورده دستها را بشوید.

گوشی، فشار سنج، ترمومتر و وسایل بیمار از اتاق خارج نشود.

۲- Droplet Precautions بیماری هایی مانند: آنفلوآنزا، مننژیت، اوریون، پنومونی مقاوم به دارو، مایکو پلاسما پنومونیه، سیاه سرفه، سرخجه، مخملک، فارنژیت از راه قطرات منتقل می شوند. در این موارد باید:

فاصله حداقل ۱ متر بین بیمار مبتلا و سایر افراد سالم رعایت گردد.

استفاده از ماسک استاندارد جراحی هنگام معاینه یا ارائه مراقبت به بیمار در

فاصله یک متر یا کمتر

در صورت نیاز به جابجایی، بیمار حتما ماسک جراحی بپوشد.

۳- Airborne Precautions در بیماری هایی مانند: سرخک، سل، سارس، آبله مرغان، زونا، تب های خونریزی دهنده ویروسی ضرورت دارد.

در این موارد باید:

هنگام ورود به اتاق از ماسک مخصوص N⁹⁵ استفاده کنید و بلافاصله پس از خروج از اتاق

ماسک خارج گردد، درب اتاق بسته باشد پنجره به سمت هوای آزاد باز شود و حداقل ۶ بار در

ساعت تعویض هوا صورت گیرد.

بیمار داخل اتاق بماند در صورت جابجایی حتما ماسک بپوشد.

اصول احتیاطات استاندارد

احتیاط‌های استاندارد به منظور کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم‌ها از منابع شناخته شده یا ناشناخته در بیمارستان، بکار می‌روند و حداقل‌هایی است که باید برای تمامی بیماران تحت مراقبت، صرف‌نظر از نوع بیماری و تشخیص عفونی بودن یا نبودن بیمار، رعایت شوند.

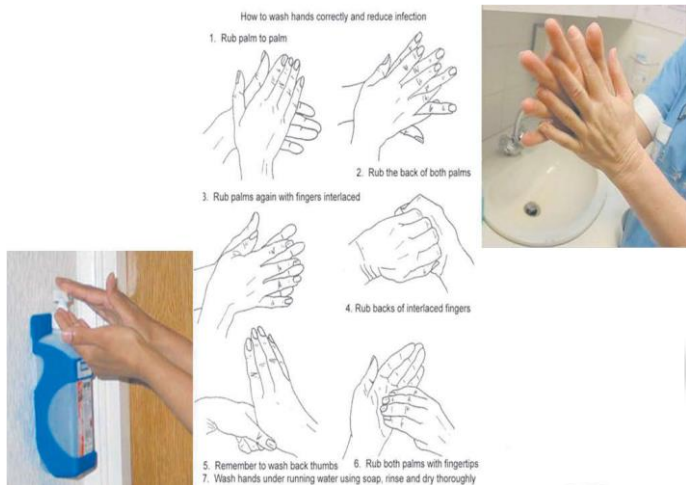
شستن دست‌ها



شستن دست‌ها به تنهایی مهم‌ترین و موثرترین راه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌رود. برای جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم‌ها به سایر بیماران، کارکنان یا محیط، شستن دست در موارد زیر الزامی است:

- قبل و بعد از تماس با بیمار (با یا بدون پوشیدن دستکش)
 - قبل از جاگذاری وسایل تهاجمی برای بیمار
 - بلافاصله پس از دست زدن به خون و یا سایر مایعات بدن به جز عرق
 - در صورت تماس با ترشحات، مواد دفعی و وسایل آلوده (بدون در نظر گرفتن این نکته که از دستکش استفاده شده است یا خیر)
 - پس از در آوردن دستکش
 - اگر برای یک بیمار اقدامات تهاجمی یا مراقبتی در قسمت‌های مختلف بدن صورت می‌گیرد، باید در فواصل این امور دست‌ها شسته شوند تا از انتقال عفونت از قسمت آلوده به قسمت دیگر جلوگیری شود.
- روش شستن دست بر حسب میزان خطری که عفونت بیمارستانی برای بیمار دارد متفاوت است:
- در موارد کم خطر (noncritical) شستن دست با آب و صابون (۴۰ تا ۶۰ ثانیه) یا محلول‌های الکلی (۲۰ تا ۳۰ ثانیه) کافی است.

- در موارد خطر متوسط (semicritical) شستن بهداشتی دستها با صابون ضد عفونی کننده بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده و یا (rub) ضدعفونی بهداشتی و سریع دست با محلول الکلی
- در موارد خطر زیاد (critical) شستن دست به روش جراحی است.



جدول شماره ۱: میزان خطر عفونت بیمارستانی براساس بیمار و انجام
روش‌های مداخله گرانه (WHO)

خطر عفونت	نوع بیماران	نوع روش مداخله‌ای
۱. حداقل	بیمار فاقد نقص ایمنی، عدم وجود بیماری زمینه‌ای قابل ملاحظه	- غیرتهاجمی - عدم مواجهه با مایعات بیولوژیک (خون، ادرار، مدفوع، مایع مغزی نخاعی و مایعات حفرات بدن)
۲. متوسط	- بیماران عفونی - بیماران دارای بعضی عوامل خطر (سن، سرطان)	- مواجهه با مایعات بیولوژیک - اعمال تهاجمی غیر جراحی (گذاشتن کاتروریدی محیطی، کارگذاری کاتتر ادراری)
۳. زیاد	- نقص ایمنی شدید (تعداد گلبول سفید $< 500/ml$) - ترومای متعدد - سوختگی شدید - پیوند عضو	- جراحی - اعمال تهاجمی پرخطر (کاتروریدی مرکزی، کارگذاری لوله تراشه اندوتراکئال)

وسایل حفاظت فردی (PPE) Personal Protective Equipment

دستکش

ماسک، محافظ چشم، محافظ صورت، کلاه: به منظور محافظت مخاط چشم، بینی و دهان حین انجام کارهای تهاجمی یا فعالیت‌های مراقبت از بیمار که احتمال پاشیده شدن خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی وجود دارد باید از ماسک و محافظ صورت یا چشم استفاده نمود.

گان: برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس‌ها طی انجام اقداماتی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن وجود دارد، باید از گان تمیز و غیر استریل استفاده نمود.

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

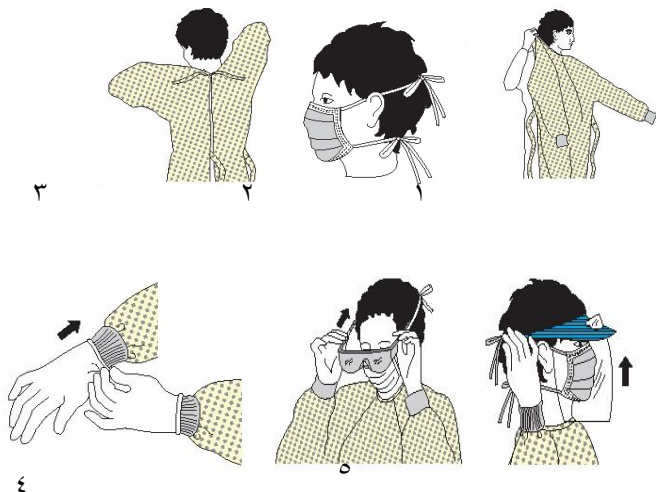
۱- شستن دست

۲- پوشیدن گان

۳- پوشیدن کلاه و ماسک

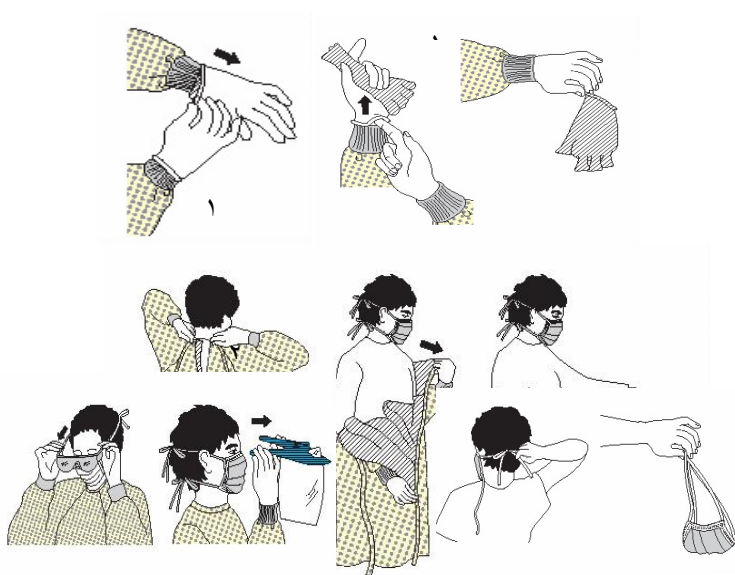
۴- پوشیدن محافظ صورت یا عینک

۵- پوشیدن دستکش



ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی

- ۱- درآوردن دستکش
- ۲- درآوردن گان
- ۳- درآوردن عینک یا محافظ صورت
- ۴- درآوردن کلاه و ماسک
- ۵- شستن دست



استانداردهای زیست محیطی :

* محل بیمارستان بایستی قابل دسترسی بوده و دور از هر نوع مراکز مزاحم و آلوده کننده باشد .
* مساحت زمین و کلیه فضاهای فیزیکی بیمارستان از قبیل اورژانس ، درمانگاه سرپایی ، بخشهای بستری ، اطاق های عمل ، بخشهای پاراکلینیکی و خدمات تشخیصی باید براساس استانداردهای وزارت متبوع باشد.

* آب مصرفی بیمارستان باید بطریق بهداشتی تامین شود و دارای مخزن ذخیره آب به میزان کافی باشد.

* بیمارستان باید در شبکه جمع آوری فاضلاب طبق اصول فنی و بهداشتی بوده و فاضلاب بیمارستان باید طبق ضوابط زیست محیطی به کانال فاضلاب شهر اتصال یابد .

* جمع آوری زباله : زباله های عفونی و غیرعفونی بیمارستان در مبدأ تولید بطور جداگانه در زباله دان های سالم ، دردار ، ضد زنگ - قابل شستشو - باحجم مناسب ، به تعداد کافی ، مجهز به کیسه زباله محکم جمع آوری و روزانه به محل موقت نگهداری زباله بیمارستان حمل و به روش بهداشتی دفع گردد . شستشو و ضد عفونی زباله دان ها بطور روزانه الزامی است .

* بیمارستان ها موظفند زباله های عفونی را در کیسه ها و ظروف نگهداری موقت هم رنگ (بارنگ مشخص) و متمایز از کیسه ها و ظروف نگهداری موقت بقیه زباله ها جمع آوری نمایند .

* موازین تفکیک در مبدا به طور دقیق برای پسماندهای عادی، عفونی، تیز و برنده، شیمیایی-دارویی و پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو رعایت شود. ۱-چهار دسته اصلی پسماند پزشکی: ۱- پسماند عفونی، ۲- پسماند تیز و برنده، ۳- پسماند شیمیایی و دارویی ۴- پسماند عادی

پسماند پزشکی ویژه شامل)- ۱ پسماند عفونی، ۲- پسماند تیز و برنده، ۳- پسماند شیمیایی و دارویی

* تولیدکنندگان باید پسماندهای پزشکی ویژه را به منظور اطمینان از حمل و نقل بیخطر، کاهش حجم پسماندهای پزشکی ویژه، کاهش هزینه های مدیریت پسماند و بهینه سازی و اطمینان از امحاء، از جریان پسماندهای عادی مجزا نمایند .

* تفکیک انواع مختلف پسماندهای پزشکی برحسب چهاردسته اصلی از یکدیگر ضروری است
* محل نگهداری موقت زباله بایستی دارای اتاقک در دار و مسقف باشرایط بهداشتی زیر باشد:
کف سالم و قابل شستشو ، دارای شیب مناسب به طرف کف شوی ، دیوارهای تا سقف قابل شستشو ، دارای شیر آب گرم و سرد، تهویه مناسب و غیرقابل نفوذ به حشرات و موش بوده

وکیسه های محتوی زباله داخل محفظه های مخصوص در این محل نگهداری روزانه دفع گردد

*سرسوزن ، تیغ ها ی جراحی ، سایر اشیاء فلزی و غیر فلزی تیز استفاد شده و عفونی بایستی در ظرف های مخصوص جمع آوری و همراه با زباله های عفونی دفع گردد .انتقال و جمع آوری زباله های عفونی بایستی به روش های علمی مورد قبول وزارت متبوع انجام گیرد .

*کیسه های محتوی زباله اتاق ها و بخش ها توسط ظروف مخصوص دردار مناسب به محل جمع آوری موقت زباله حمل گردد .

* محل آشپزخانه بیمارستانها وتأسیسات وتجهیزات آنها وهمچنین مراحل تهیه ، نگهداری ، طبخ ، توزیع غذا ، نظافت وشستشوی ظروف باید براساس ضوابط ودستورالعمل های مربوطه باشد که به بیمارستانها ابلاغ خواهد شد .

*ضوابط بهداشتی آبدارخانه بخشها نیز تابع ضوابط فوق خواهد بود .

*کارکنان آشپزخانه بیمارستان وتوزیع کنندگان غذا باید رعایت بهداشت فردی را بنمایند وعاری از بیماری های واگیردار بوده وکارت بهداشتی دریافت دارند)کار بهداشتی هر ۶ ماه یکبار بایستی تجدید شود.

*محل فروش مواد غذایی داخل بیمارستانها تابع مقررات ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی ، آشامیدنی آرایشی وبهداشتی می باشد.

بهداشت محیط کار

- جمع آوری و انتقال تجهیزات و وسایل مراقبت از بیمار که باخون، مایعات بدن، ترشحات و یا مواد دفعی آلوده شده اند، باید به گونه ای باشد که از مواجهه پوست و مخاط با آنها، آلوده شدن لباس و انتقال میکروارگانیسم‌ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید.
- وسایلی که قابل استفاده مجدد هستند و با پوست آسیب دیده، خون، مایعات بدن، یا مخاطات در تماس بوده اند، باید قبل از استفاده برای بیمار دیگر، با ماده گندزدای مناسب بیمارستانی، پاک و تمیز شوند. قبل از تمیز کردن کامل این وسایل، نباید آنها را در اتاق بیماران دیگر یا مناطق تمیز دیگر، قرار داد.
- هر نوع وسیله مراقبت از بیمار که از بخش‌های مختلف جهت تعمیر یا سرویس فرستاده شده است، باید با ماده گندزدای مناسب بیمارستانی پاک شود.
- جمع آوری و انتقال ملحفه آلوده به خون، مایعات بدن، ترشحات، یا مواد دفعی باید به گونه ای باشد که از مواجهه با پوست یا مخاط، آلودگی لباس و انتقال میکروارگانیسم‌ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید. هرگز نباید ملحفه کثیف را روی زمین یا سطوح تمیز قرار داد.

دفع مناسب (پسماندها) زباله های بیمارستانی

اجرای ضوابط و روش های مصوب مدیریت پسماند برای کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی که پسماندهای پزشکی را در هر شکلی تولید، تفکیک، جداسازی، جمع‌آوری، دریافت، ذخیره، حمل، تصفیه، دفع و یا مدیریت می‌نمایند الزامی است.

چهار دسته اصلی پسماندهای پزشکی: ۱- پسماند عفونی ۲- پسماند تیز و برنده ۳- پسماند شیمیایی و دارویی ۴- پسماند عادی.

۱. **پسماندهای عفونی:** زباله های ناشی از اعمال جراحی، پانسمان، خون و ترشحات، وسایل و مواد در تماس با بیماران عفونی، کشت ها و مواد آلوده در آزمایشگاه، زباله های بخش دیالیز. زباله های عفونی بایستی داخل کیسه زباله زرد و سطل زردرنگ جمع آوری گردند.

پسماندهای پاتولوژیک مانند: بافت ها و اجزای بدن، جفت، جنین زیر ۱۹ هفته، نمونه بیوپسی یا اتوپسی، در کیسه دولایه زرد رنگ و سطل قرمز جمع آوری می شوند. اعضا و اندامهای قطع شده بدن و جنین مرده ۱۹ هفته به بالا طبق احکام شرع جمع آوری و تدفین می گردد.

۲. پسماندهای تیز و برنده

- به منظور جلوگیری از آسیب دیدگی حین جمع آوری و انتقال سوزن، اسکالپل و سایر وسایل نوک تیز باید از جعبه مخصوص (safety box) استفاده کرد.

هرگز نباید سرپوش سوزن ها را مجدداً روی سوزن های مصرف شده قرار داد و باید دقت نمود که نوک سوزن یا اشیای تیز به طرف بدن قرار نگیرد. اگر در شرایط بالینی، گذاشتن سرپوش روی سوزن (recap) ضرورت دارد، با یک دست و با استفاده از یک پنس مخصوص یا وسیله مکانیکی برای نگهداشتن غلاف سوزن این کار انجام شود.

- نباید با دست، سوزن مصرف شده را از سرنگ یکبار مصرف جدا نمود.

- سوزن مصرف شده را نباید با دست خم کرد، آن را نباید شکست یا دستکاری نمود.

- وسایل تیز که قابل استفاده مجدد هستند باید در داخل ظروف مقاوم در مقابل سوراخ شدن که روی آن ها برچسب و نشانه مخاطرات زیست محیطی وجود داشته باشد قرار گرفته و به محل مناسب جهت گندزدایی حمل گردند.

- به منظور جلوگیری از ابتلا به هپاتیت B، پرسنل پزشکی واکسن هپاتیت B را تزریق نمایند.

- در صورت پاشیده شدن خون، یا سایر مواد بالقوه عفونی به مخاط چشم، دهان یا سایر مخاط های بدن و یا فرو رفتن سوزن یا اشیای نوک تیز به بدن، مواجهه باید گزارش شود.

۱- **پسماند شیمیایی و دارویی:** مواد شیمیایی مانند داروی ثبوت و ظهور قیلم رادیولوژی، مواد آزمایشگاهی و ضد عفونی کننده، داروهای شیمی درمانی، سرم ها و داروهای تاریخ گذشته، واکسن ها. . . که در کیسه زباله زرد رنگ مقاوم با برچسب مخصوص جمع آوری می شوند.

۲- **زباله های عادی** بایستی داخل کیسه زباله سیاه رنگ در سطل آبی رنگ ریخته شوند .

محل استقرار بیمار

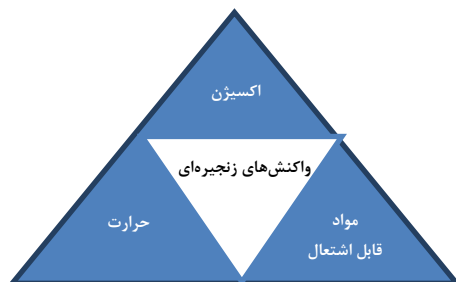
در مواردی که بیماری واگیر باشد بر حسب نوع بیماری و نحوه انتشار آن، جداسازی بیمار از انجام می شود.

آتش نشانی

مقدمه: سازمان آتش نشانی در سال ۱۳۰۳ در تهران و در سال ۱۳۴۵ در کرمان تاسیس شد. در حال حاضر تعداد ایستگاه های آتش نشانی در کرمان ۷ واحد بوده و زمان تقریبی رسیدن مأمورین آتش نشانی به محل حادثه بین ۳ تا ۵ دقیقه پس از اطلاع می باشد. با توجه به اینکه هر ساله عدم رعایت مسایل ایمنی و جدی نگرفتن احتمال آتش سوزی در کارگاه ها، کارخانجات و مراکز خدماتی-اقامتی از جمله بیمارستان ها، خسارات جانی و مالی زیادی را به دنبال دارد و طبق بررسی ها حداقل ۷۵ درصد موارد حریق قابل پیشگیری می باشد، روش های مقابله با آتش به طور خلاصه بیان می شود.

مثلث آتش

سه عامل (ماده سوختنی، حرارت و اکسیژن) به همراه یک منبع جرقه یا آتش موجب آتش سوزی می شود. در بعضی موارد آتش یا جرقه آتشی وجود ندارد ولی ضلع حرارت آنقدر بالا می رود که ماده سوختنی به نقطه خودسوزی می رسد و شروع به سوختن می کند، مثل وجود ذره بین در مقابل نور آفتاب.



انواع مواد سوختنی

- ۱- مواد شیمیایی، بسته به نوع ماده و محل سوختگی برخورد متفاوت بوده، ولی در بیشتر موارد شستشو با آب و حذف ماده شیمیایی اولین اقدام است.
- ۲- مواد منفجره، در موقع انفجار بهتر است به حالت سینه خیز دور شوید تا مورد اصابت قرار نگیرید.

۳- بدن انسان، اگر بدن انسان دچار آتش سوزی شد، نباید یکباره در محل آتش سوزی آب بریزیم چون شوک وارد شده ممکن است باعث فلج عضو آتش گرفته شود، از کپسول گازی (CO_2) و پودری هم استفاده نمی شود. نحوه اطفاء حریق، خفه کردن آتش آن هم در حالت خوابیده در روی زمین می باشد تا سر در مرکز آتش قرار نگیرد.

۴- جامدات سوختنی (چوب، کاغذ، لاستیک، حبوبات، غلات) بهترین راه اطفای حریق سردکردن با آب است.

۵- مایعات قابل اشتعال موادی هستند سطح سوز، که شامل ۲ گروه می باشد:

الف: مایعات قابل حل در آب مانند: الکل، استن، اتر که نحوه اطفای حریق آنها خفه کردن آتش با خاک، شن، پتوی خیس، کپسول پودری و استفاده از آب است.

ب: مایعات غیر قابل حل در آب مانند نفت و روغن که برای اطفای حریق از خفه کردن آتش باخاک، شن، پتوی خیس، کپسول پودری و در حجم های وسیع از کف های سبک و یا سنگین آتش نشانی استفاده می شود.

۶- گازهای قابل اشتعال، در این موارد ابتدا قطع گاز و سپس خفه کردن آتش با استفاده از کپسول پودری یا گازی (CO_2) یا آب

نکته: اگر گاز در منزل منتشر شده باشد و حجم آن بسیار زیاد باشد ابتدا شیر اصلی گاز و برق را از بیرون ساختمان کاملاً بسته- جوراب ها را در می آوریم (اصطحکاک فرش و جوراب جرقه ایجاد می کند) یک حوله کاملاً خیس جلوی دهان گرفته، پنجره ها را باز می کنیم و با دستمال خیس گاز را به بیرون منتقل می کنیم.

۷- الکتریکی، حریق برق ممکن است در ولتاژ بالا یا ولتاژ معمولی ۲۲۰ صورت گیرد، در این مواقع بهترین کار قطع برق و استفاده از کپسول پودری و یا گازی (CO_2) بوده و به هیچ عنوان از آب استفاده نمی شود.

۸- فلزات قابل اشتعال: برای خاموش کردن آتش از ماسه % ۱۰۰ خشک و پودر استفاده می شود. این آتش سوزی ها غالباً در آزمایشگاه ها و مراکز تهیه مواد -شیمیایی روی می دهد.

اقدامات لازم هنگام آتش سوزی

۱- ابتدا خونسردی خود را حفظ کنید.

هنگام حریق از آسانسور استفاده نکنید تا در موقع قطع برق به دام نیفتید، هنگام استفاده از پله فرار یا خروج اضطراری، آرامش خود را حفظ کرده تا از زمین خوردن خود و دیگران جلوگیری نمایید.

۲- محل آتش سوزی توسط کارکنان به مرکز تلفن اطلاع داده می شود.

۳- مرکز تلفن به محض دریافت گزارش، از طریق پیچ و تلفن، کد (۱۲۵) را به محل آتش سوزی اعلام می نماید.

۴- به محض اعلان، تیم اطفاء حریق (سوپروایزر، مسئول نگهبانی، مسئول خدمات، مسئول تأسیسات) خود را به محل حریق می رسانند. تشخیص دقیق نوع ماده سوختنی و انتخاب روش مناسب برای مقابله با آتش مهم است.

۵- در صورت وسعت آتش سوزی، اولین عضو تیم با آتش نشانی منطقه نیز تماس گرفته و درخواست امداد می نماید، تیم با استفاده از ابزار اطفاء حریق از جمله شیرهای آب (فایر باکس ها) و کپسول های اطفاء حریق نسبت به کنترل حریق اقدام نموده و گروه دیگر جهت تخلیه محل از پرسنل یا بیماران و در نهایت جمع آوری اسناد و اوراق بهادار و همچنین قطع شیرهای گاز موجود در محل با همکاری سایر پرسنل تأسیسات و خدمات بیمارستان اقدام لازم را به عمل می آورند.

۶- پس از خروج کلیه افراد تا حد امکان درب ها و پنجره ها را ببندید (جهت خفه کردن آتش)

۷- خارج کردن هر چه سریعتر مواد قابل احتراق (اجسام چوبی، کاغذی و پارچه ای، لوازم برقی)، مواد قابل اشتعال (الکل، روغن، بنزین) و مواد قابل انفجار (کپسول اکسیژن و بیهوشی) چنانچه موفق به مهار کامل آتش سوزی شدید، حتما مجدداً با ۱۲۵ تماس گرفته و گزارش دهید.

انواع خاموش کننده ها: آبی، پودری، کفی، گازی، fire box

خاموش کننده های دستی، انواع متفاوتی را شامل می شوند که با یک نوع ماده خاموش کننده تحت فشار درون سیلندره های فولادی پر می شوند برای مثال کپسول های حاوی پودر یا گاز CO_2

شرایط استفاده از کپسول های آتش نشانی

از تاریخ شارژ بیشتر از یکسال نگذشته باشد. (پودر داخل کپسول های تاریخ گذشته سفت شده و اطفاء به خوبی انجام نمی شود)
درجه، روی رنگ سبز باشد .
ضامن هر نوع کپسولی باید پلمپ باشد .

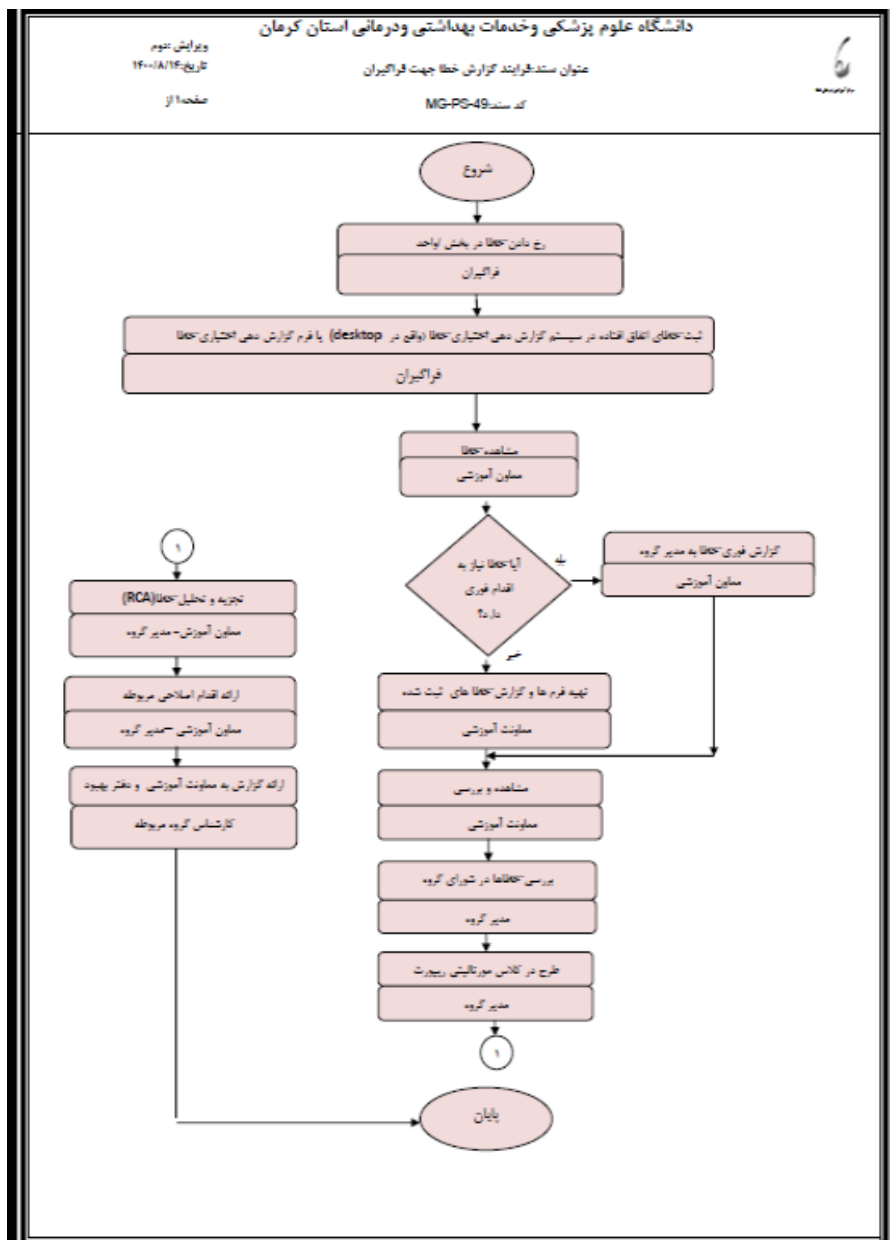
شکل شیلنگ در کپسول های پودری یکنواخت و بلند، اما در کپسولهای گازی بزرگتر، شیپوری و مشکی رنگ است (چون گاز در موقع خروج یخ می زند)

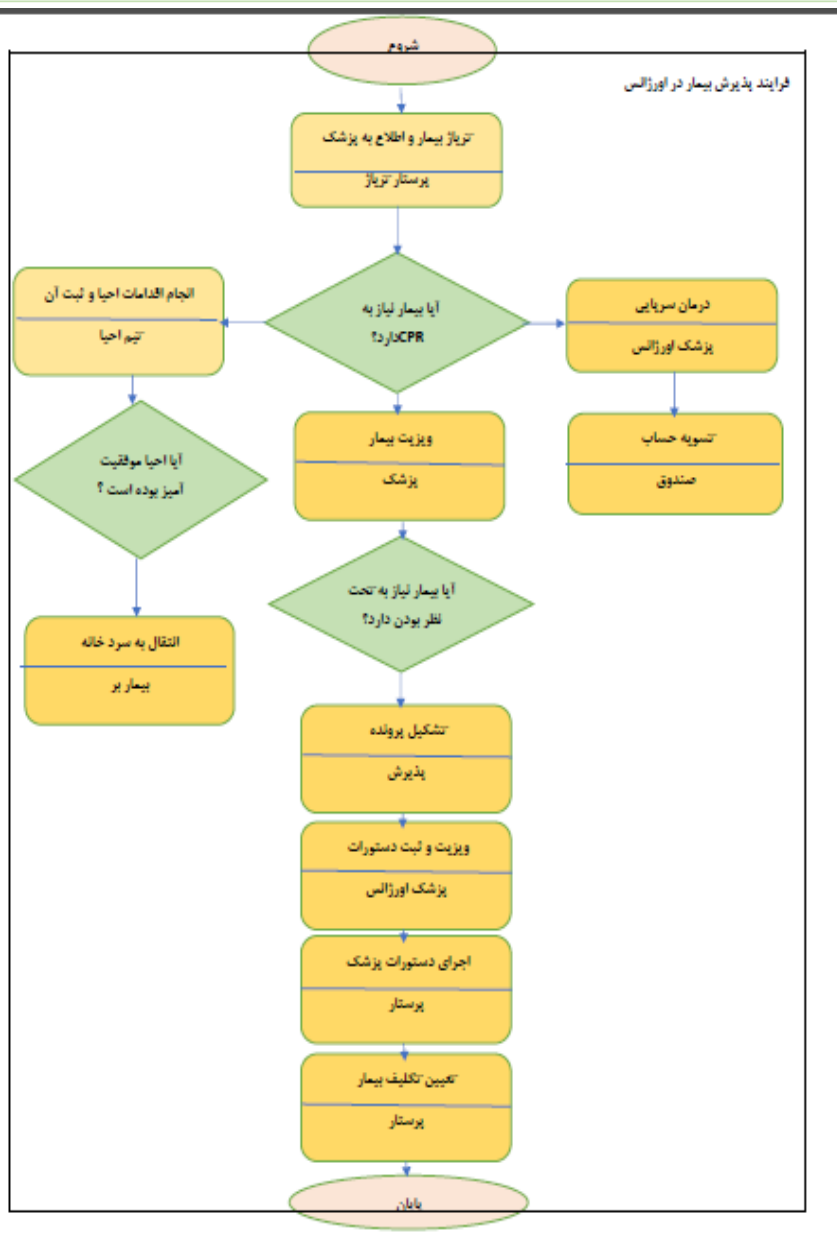
مراحل استفاده از کپسول پودری

- ۱) کپسول را قبل از استفاده وارونه کنید و تکان دهید.
- ۲) میله ضامن را بکشید.
- ۳) سر شیلنگ کپسول را به سمت آتش قرار دهید (با دست چپ).
- ۴) دستگیره را فشار دهید (با دست راست).
- ۵) شیلنگ کپسول را به سمت مرکز آتش قرار دهید.

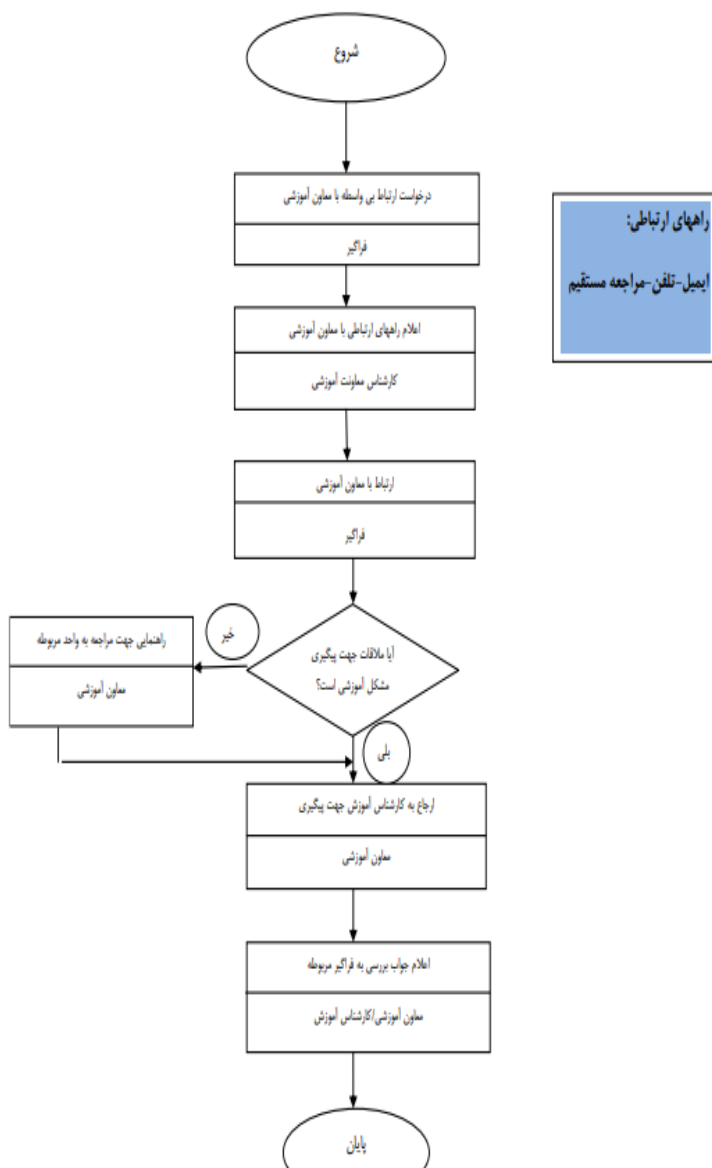
مراحل استفاده از کپسول حاوی گاز CO₂

- ۱) میله ضامن را بکشید.
- ۲) سر شیلنگ کپسول را به سمت آتش قرار دهید (با دست چپ).
- ۳) دستگیره را فشار دهید (با دست راست).
- ۴) شیلنگ کپسول را به سمت مرکز آتش قرار دهید.
- ۵) در فضای آزاد باید پشت به باد ایستاده و از فاصله دور مرکز آتش را نشانه گرفته، بصورت جاروبی به آتش نزدیک شوید.
- ۶) کپسول های گازی نیازی به سرو ته کردن ندارند.





کد فرایند: MG-PS-04



تلفن های ضروری

ردیف	نام سازمان	شماره تلفن
۱	وزارت بهداشت و درمان	۰۲۱-۸۰-۸۸۳۶۳۵۶۰
۲	دانشگاه علوم پزشکی کرمان	۳۱۲۱۵۶۰۰
۳	ریاست دانشگاه	۳۱۲۱۵۸۰۱ - ۰۲
۴	معاونت آموزشی دانشگاه	۳۱۲۱۵۶۱۲ - ۳۱۲۱۲۷۰۹
۵	معاونت دانشجویی دانشگاه	۳۱۳۲۵۳۰۱
۶	معاونت پژوهشی دانشگاه	۳۲۲۶۳۸۵۵
۷	معاونت درمان دانشگاه	۳۲۱۱۳۰۱۲
۸	معاونت بهداشتی دانشگاه	۳۲۱۱۴۸۴۸ - ۳۱۲۱۵۷۴۰
۹	معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	۳۱۲۱۵۸۲۰ - ۲۱
۱۰	اداره کل آموزش دانشگاه	۳۱۲۱۵۸۴۸ - ۳۲۱۱۴۰۹۸
۱۱	تحصیلات تکمیلی دانشگاه	۳۱۲۱۵۶۱۱
۱۲	مرکز رایانه دانشگاه	۳۱۲۱۵۸۶۷ - ۶۸
۱۳	دانشکده پزشکی	۳۳۲۵۷۶۶۰
۱۴	معاونت دستیاری دانشکده پزشکی	۳۳۲۵۷۶۶۰
۱۵	معاونت آموزش علوم پایه	۳۳۲۵۷۳۱۹ - ۳۳۲۵۷۶۷۲
۱۶	معاونت آموزش بالینی	۳۳۲۵۷۳۱۵
۱۷	کتابخانه مرکزی دانشکده پزشکی	۳۳۲۵۷۶۶۷

ردیف	نام سازمان	شماره تلفن
۱۸	نظام پزشکی	۳۲۴۶۵۵۳۳
۱۹	مرکز آموزش مداوم دانشگاه	۳۲۱۱۴۵۴۰- ۳۲۱۱۴۷۶۹
۲۰	فاکس معاونت آموزشی بیمارستان شفا	۳۲۱۱۵۸۱۷
۲۱	بیمارستان شهید دکتر باهنر	۳۲۲۳۵۰۱۱
۲۲	بیمارستان شهید دکتر بهشتی	۳۲۱۱۱۰۰۶-۸
۲۳	بیمارستان افصلی پور	۳۳۲۵۷۶۵۱

۱. سایت وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی
۲. سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. سایت دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴. سایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۵. سایت دانشگاه علوم پزشکی همدان
۶. سایت دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۷. سایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۸. سایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۹. سایت دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۱۰. سایت سازمان مدیریت پسماند
۱۱. کتاب عفونت های بیمارستانی (وزارتخانه)
۱۲. کتاب پرستاری بهداشت جامعه- چاپ پنجم ۱۳۸۸- نشر جامعه نگر
۱۳. کتاب اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری ها- ۱۳۸۵ مرکز مدیریت بیماری ها
۱۴. کتاب راهنمای کنترل عفونت در بیماریهای تنفسی حاد و واگیر دار- چاپ اول ۱۳۸۸- نشر پونه
۱۵. کتاب جامع بهداشت عمومی- دکتر سلیمانی، افهمی
۱۶. سایت جامع آتش نشانی ایران NFSI
۱۷. آتش نشانی کرمان
۱۸. WHO
۱۹. CDC