

معرفی بیمارستان

بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا (س) ، تنها بیمارستان سطح شهرستان رباط کریم ، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران ، در زمینی به مساحت ۲۲۵۰۰ متر مربع و زیر بنای ۹۲۰۰ متر مربع از سال ۱۳۷۹ شروع به انجام فعالیت نموده است. این مرکز دارای ۱۰۰ تخت مصوب و ۱۲۶ تخت فعال می باشد. بخش های درمانی این بیمارستان شامل : اورژانس ، جراحی ، داخلی ، زنان ، اطفال و نوزادان ، ICU،CCU، اتاق عمل ، زایشگاه و دیالیز می باشد.

مجتمع درمانگاهی این بیمارستان دارای درمانگاههای تخصصی به شرح ذیل است:
داخلی، جراحی، ارتوپدی، چشم، گوش و حلق و بینی، زنان، اطفال، ارولوژی، عفونی، دیابت، روانپزشکی، قلب، رژیم درمانی، پوست، طب فیزیکی، کلینیک دیابت، واحد تالاسمی، واحد آندوسکوپی و کولونوسکوپی

واحدهای پاراکلینیکی این مرکز نیز شامل بخش های داروخانه، رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن ، ام آر آی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی، بینایی سنجی ، اکو، تست ورزش، شنوایی سنجی، EEG می باشد.

همچنین بخش های مختلفی دیگری در این بیمارستان مستقر هستند که وظیفه ارائه خدمات حمایتی و اداری بیماران را برعهده دارند از جمله بخش پذیرش و مدارک پزشکی ، رسیدگی به شکایات، واحد بیمه گری و مددکاری اجتماعی.

آدرس : شهرستان رباط کریم ، خیابان بخشداری

تلفن: ۷۵-۵۶۴۳۳۷۷۰

دورنگار: ۵۶۴۲۵۵۳۷

Email: rfzh79@yahoo.com

رسالت

چشم انداز

ارزشها

رسالت

ارائه خدمات درمانی با کیفیت در سطح شهرستان رباط کریم و ارتقای سطح سلامت جامعه هدف

چشم انداز

ما برآنیم تا:

- ضمن کسب درجه عالی به عنوان برترین بیمارستان در راستای ارائه مراقبتهای درمانی در منطقه جنوب غربی استان تهران شناخته شویم.

ارزشها

۱. رعایت منشور حقوق بیمار
۲. اولویت ایمنی بیمار و کارکنان
۳. رعایت اصل عدالت محوری
۴. رضایتمندی بیماران و کارکنان
۵. ارتقاء فرهنگ سلامت در جامعه

حقوق گیرندگان خدمت

• حقوق بیمار

حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا :

۱- بیمار حق دارد که خدمات مراقبتی، بهداشتی و درمانی با نیازهای بهداشتی و درمانی خود را دریافت کند. این خدمات، مراقبت های پیشگیری، بهداشتی و درمانی، باید موجود و قابل دسترسی برای همه و بطور عادلانه بدون هیچ گونه تبعیض ارائه گردد.

۲- بیمار حق دارد در تمامی موارد بویژه در مورد فوریت های پزشکی، سریعاً به وضع وی رسیدگی شود.

۳- عموم مردم صرف نظر از موقعیت اجتماعی حق دارند تحت مراقبتهای بهداشتی و درمانی قرار گیرند. مراقبت هایی که برای عموم قابل دسترسی بوده و مطابق با استانداردهای حرفه ای باشند.

۴- بیمار حق دارد از مراقبت دقیق توأم با احترام برخوردار شود. این خدمات باید عادلانه، بشر دوستانه، بدون تبعیض نژادی و بدون در نظر گرفتن رنگ پوست، جنسیت، ملیت، شغل، مذهب و منبع پرداخت هزینه باشد.

۵- بیمار حق دارد تا آنجا که قانون اجازه می دهد، درمان را رد کند و حق دارد از عواقب تصمیم خود آگاه شود.

۶- بیمار بطور قانونی حق دارد انجام هر گونه آزمایش یا روشهای تشخیصی و درمانی که صرفاً برای آموزش است و منفعت مستقیمی برای او ندارد، را رد کند. بیمار بطور قانونی حق دارد هر گونه آزمایش، دارو یا درمان ویژه را قبول نکند.

۷- بیمار حق دارد بدون اینکه مجازاتی برایش در نظر گرفته شود نوع درمان، دریافت دارو و یا شرکت در تحقیقات آزمایشگاهی مورد نظر پزشک را رد کند.

۸- بیمار حق دارد معاینه و نظارت توسط افرادی که بطور مستقیم در امر مراقبت شرکت ندارند، را نپذیرد.

۹- بیمار حق دارد از مراقبت بهداشتی و درمانی هماهنگ و پیوسته برخوردار شود.

۱۰- بیمار حق دارد انتظار داشته باشد که مراقبت، در حد مقبولی ادامه پیدا کند. علاوه بر این از قبل بداند که به کدامیک از پزشکان در کجا و چگونه و در چه زمانی می تواند دسترسی داشته باشد.

۱۱- بیمار حق دارد به منظور تداوم مراقبتهای بهداشتی و درمانی از همکاری کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و موسساتی که در این زمینه فعالیت دارند، برخوردار باشد.

۱۲- هر بیمار پذیرش شده در مرکز درمانی حق دارد با رعایت احترام به شخصیت وی و محیط خصوصی وی بستری و مورد معاینه، آموزش و درمان قرار گیرد. این بدان معناست که هر گونه مداخله باید تنها و در حضور افرادی که بطور مستقیم در مراقبت و درمان وی نقش دارند، صورت گیرد.

• حق برخورداری از اطلاعات

۱- بیمار حق دارد اطلاعات جدید و کاملی درباره نوع بیماری خود، درمان و پیش آگاهی از پزشک معالج خود دریافت کند. این توضیحات باید به بیانی که برای بیمار قابل فهم باشد، مطرح شود وقتی دادن چنین توضیحاتی به بیمار از نظر پزشکی صحیح نیست، اطلاعات فوق باید در اختیار شخص مناسبی که از طرف بیمار معرفی شده است، گذاشته شود. بیمار حق دارد نام پزشک هماهنگ کننده مراقبت خود را بداند.

۲- بیمار حق دارد قبل از شروع درمان، برای امضای رضایت نامه، اطلاعات ضروری را از پزشک خود بدست آورد. برای رضایت آگاهانه به جز در فوریت های پزشکی این اطلاعات شامل روش خاص درمانی و تشخیصی، عوارض درمان و مدت احتمالی ناتوانی است. اگر چه این اطلاعات به این موارد محدود نمی شود. هنگامی که راههای درمان دیگری وجود دارد یا وقتی بیمار اطلاعاتی در رابطه با سایر روشهای درمان درخواست کند، این اطلاعات باید به زبان ساده و قابل فهم در اختیار وی گذاشته شود.

۳- بیمار حق دارد، نام اشخاصی که مسئول تشخیص یا درمان وی هستند را بداند.

۴- بیمار حق دارد درباره هر گونه ارتباط بیمارستان با مراکز آموزشی و سازمانهای مراقبت بهداشتی و درمانی دیگر تاجایی که به درمان وی مربوط می شود اطلاع کسب نماید و آنها را با نام بشناسد.

- ۵- بیمار حق دارد از برنامه های بیمارستان در مورد انجام آزمایشات بر روی انسان تا آنجا که به درمان وی ارتباط دارد، مطلع شود. علاوه به این، او می تواند از انجام چنین آزمایشهایی خوداری نماید.
- ۶- بیمار حق دارد انتظار داشته باشد که بیمارستان در حد توان به درخواست وی در مورد ارائه خدمات ترتیب اثر دهد. بیمارستان موظف است نسبت به ارزیابی وضعیت بیمار و ارائه مراقبت از وی و با ارجاع بیمار به سایر مراکز درمانی با توجه به فوریت امر اقدام کند. هنگام انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر، اگر دادن اطلاعات به بیمار از نظر پزشکی مجاز باشد، پزشک معالج درباره لزوم انتقال و کارهای دیگر که می توان به جای انتقال انجام داد، برای بیمار توضیح دهد.
- ۷- بیمار حق دارد از قوانین و مقررات جاری بیمارستان که در مورد وی مصداق دارد مطلع شود.
- ۸- بیمار بطور قانونی حق دارد، در کلیه تصمیم گیری های مربوط به مراقبت بهداشتی و درمانی خود مشارکت آگاهانه داشته باشد.
- ۹- کارکنان مراکز درمانی باید نحوه مراقبت از خود را به بیماران آموزش دهند، تا آنها بتوانند از نیازهای اساسی خود مطلع شوند و به سطح مطلوبی از سلامتی دست یابند.
- ۱۰- بیمار حق دارد از کلیه حقوق خود در تمام مراحل مراقبت اطلاع حاصل نماید.
- ۱۱- بیمار حق دارد از هویت و تخصص کلیه افراد ارائه دهنده خدمات پزشکی و بهداشتی مطلع شود.
- ۱۲- بیمار حق دارد از برنامه های مربوط به درمانهای آزمایشی مرکز درمانی تا آنجا که به درمان وی مربوط می شود، اطلاع کسب کند. علاوه بر اینها از روشهای درمانی به گونه ای که در ارتباط با بیماری وی در سایر مراکز درمانی ارائه می شود مطلع گردد.
- ۱۳- قبل از انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر، باید علت انتقال برای وی توضیح داده شود. اگر بیمار موافق نباشد حق دارد در این مورد با متخصصین مشورت کند.
- ۱۴- بیمار حق دارد حداقل یک روز قبل از ترخیص از زمان خود آگاه شود. وی حق دارد در مورد به موقع بودن ترخیص با متخصصین مشورت کند.
- ۱۵- بیمار حق دارد در هنگام ترخیص یک برگ خلاصه پرونده خود را داشته باشد.
- ۱۶- بیمار حق دارد صورتحساب کامل خدماتی را که در مراکز درمانی دریافت کرده است، صرف نظر از منبع پرداخت کننده آن بررسی کند و در مورد آن توضیح بخواهد.

۱۷- بیمار حق دارد توضیحات کاملی در مورد نحوه دریافت کمک های مالی از منابع عمومی و خصوصی به منظور تامین هزینه خدمات بیمارستانی از کارکنان مرکز درمانی دریافت کند.

۱۸- بیمار حق دارد در ارتباط با برنامه درمانی خود، اطلاعات صحیح و کاملی دریافت کند. این اطلاعات باید به زبان قابل فهم برای بیمار و به طریق مورد نیاز وی در اختیار او قرار گیرد. در صورت لزوم، تعبیر و تفسیر این اطلاعات باید بصورت رایگان در اختیار وی قرار گیرد.

۱۹- بیمار حق دارد طی درخواستی پرونده پزشکی خود را بررسی و مطالعه کند.

۲۰- بیمارانی که نمی توانند به زبان محلی صحبت کنند، حق دارند، به یک مترجم دسترسی داشته باشند.

۲۱- بیمار حق دارد طی درخواستی با هزینه خود با متخصصین درمورد وضعیت پزشکی خود مشورت کند.

۲۲- بیمار حق دارد در زمینه خدمات بهداشتی و درمانی نظیر هزینه دارو، خدمات پزشکی، جراحی و ... اطلاعات کافی را دریافت کند.

۲۳- بیمار حق دارد، افرادی را که لازم است به نمایندگی از او از جزئیات بیماری وی مطلع باشند، انتخاب کند.

۲۴- به هنگام فوت بیمار هیچ کس حق دسترسی و بررسی مدارک پزشکی و اتوپسی را ندارد مگر به حکم محاکم قانونی و یا اینکه بیمار از قبل آنها را انتخاب و معرفی نموده باشد.

• حق محرمانه بودن اطلاعات و راز داری

۱- بیمار حق دارد حریم شخصی وی از هر دو نظر شخصی و اطلاعاتی در ارتباط با کارکنان بیمارستان، پزشکان دیگر (به غیر از پزشک معالج)، پرستاران و دیگر بیماران رعایت شود.

۲- در حین اجرای برنامه مراقبت پزشکی، باید حریم شخص بیمار رعایت گردد. گفتگو درباره بیماری، مشاوره، معاینه و معالجه بیمار باید محرمانه باشد و با احتیاط کامل انجام شود.

۳- بیمار حق دارد انتظار داشته باشد که کلیه ارتباطات و پرونده های مربوط به مراقبت وی محرمانه بماند.

۴- کلیه اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بیمار به جز در موارد قانونی با درخواست شرکتهای بیمه باید محرمانه بماند. همچنین کلیه اطلاعات مربوط به ارتباط بیمار و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و درمانی (چه کتبی و چه شفاهی) باید محرمانه بماند.

۵- بیمار حق دارد منبع پرداخت هزینه و درمان وی محرمانه بماند.

۶- حق محرمانه بودن و محافظت از اطلاعات مدارک پزشکی بیمار باید به هنگام پردازش اطلاعات و تبدیل آنها به اشکال الکترونیکی رعایت گردد.

• حق رضایت آگاهانه

رضایت نامه نظریه یا تئوری (رضایت نامه) یک نگرش مهم و جدید است که به عنوان اصل مسئولیت در قوانین- پزشکی به وجود آمده است. این نظریه دلالت بر این دارد که هر فرد عاقل و بالغ حق دارد در مورد درمان یا روش درمانی که برایش توصیه شده یا ضرورت دارد تصمیم بگیرد. در واقع هر انسان بالغ و عاقل و ذیصلاح باید نسبت به هر گونه روش درمانی که برای او در نظر گرفته اند، از قبل آگاه و راضی باشد و بدیهی است که بدون کسب رضایت وی چنین کاری جرم محسوب می شود.

بیمار حق دارد برای لمس شدن، مشاهده شدن اجازه بدهد. این اصلی است که در مورد همه موارد رضایت نامه صدق می کند.

قانون اسلامی اخلاق پزشکی که در سال ۱۹۸۱ در کویت به تصویب رسید در بر گیرنده لزوم اخذ رضایت بیمار در امر درمان می باشد.

۱- بیمار بطور قانونی حق دارد توضیحات واضح و مختصری درباره درمانهای پیشنهادی به زبان ساده دریافت کند. این توضیحات شامل عوارض درمان، احتمال مرگ، مشکلاتی که معمولاً پس از بهبودی پیش می آید و میزان احتمال موفقیت روش درمانی است. به بیمار باید اطمینان داده شود که بدون رضایت آگاهانه تحت هیچ درمانی قرار نخواهد گرفت. مفاد چنین رضایت نامه ای بصورت کتبی باید تنظیم شود و به تأیید بیمار برسد.

۲- بیمار بطور قانونی حق دارد قبل از امضای رضایت نامه، وضعیت و عواقب عدم انجام درمان خود را به طور صحیح، کامل و واضح مورد ارزیابی قرار دهد.

۳- بیمار حق دارد قبل از اعلام رضایت، اطلاعات کاملی درباره نوع بیماری خود، درمان پیشنهادی پزشک معالج، عوارض درمان پیشنهادی و سایر روشهای درمانی موجود به زبانی ساده و قابل فهم دریافت کند.

۴- در حین اجرای برنامه مراقبت پزشکی باید حریم شخصی بیمار رعایت گردد. افرادی که بطور مستقیم درگیر مراقبت از بیمار می باشند، برای حضور در هنگام مصاحبه و معاینه باید از بیمار اجازه بگیرند.

۵- حریم شخصی بیمار به هنگام مصاحبه، معاینه و درمان باید رعایت شود.

۶- حریم شخصی بیمار به هنگام ملاقات باید مراعات شود.

۷- اخذ رضایت آگاهانه بیمار لازمه هر گونه مداخله پزشکی است. با این وجود هر بیماری حق دارد از مداخله پزشکی امتناع ورزد یا آن را متوقف نماید، مگر در شرایطی که عدم درمان وی منجر به تهدیدی برای آحاد جامعه گردد.

۸- بیمار حق دارد که رضایت یا عدم رضایت خود را از بخشیدن عضو خود به منظور پیوند اعضا به سایر بیماران اعلام نماید.

۹- در صورتیکه اخذ رضایت نامه از بیمار ممکن نباشد و ضرورت پزشکی انجام مداخله درمانی را ضرورت اعلام نماید. نیازی به اخذ رضایت نامه از بیمار نیست مگر اینکه بیمار از قبل، انجام مداخله درمانی را ممنوع اعلام کرده باشد.

۱۰- در مواردی که نماینده قانونی یا وکیل بیمار با انجام اقدام درمانی که به نظر پزشک به صلاح بیمار است مخالفت کند، پزشک موظف است نظر خود را با نماینده یا نهاد قانونی بیمار به شور گذارد و در موارد اضطراری علی رغم مخالفت نماینده قانونی اقدامی را که فکر می کند به صلاح بیمار است، انجام دهد (مصدق را، ۱۳۸۲، ص ۳۴)

• حق استقلال رای

۱- هر بیمار حق دارد درباره مسائل مربوط به خود آزادانه تصمیم بگیرد، پزشک موظف است بیمار را از عواقب تصمیمش مطلع سازد.

۲- هر بیمار عاقل، بالغ و آگاه حق دارد هر گونه درمان یا فرآیند تشخیصی و درمانی را در مورد خود بپذیرد یا نپذیرد. هر بیمار حق دارد از اطلاعات لازم به منظور اتخاذ تصمیم در خصوص نحوه درمان خود برخوردار باشد.

۳- بیمار حق دارد در پروژه تحقیقاتی یا آموزش پزشکی شرکت کند و یا از انجام آن امتناع ورزد.

۴- در مواردی که بیمار هوشیاری خود را از دست داده و یا قادر به بیان تمایلات و خواسته های خود نیست، در هر زمان که ممکن باشد باید رضایت نامه درمانی از وی یا نماینده قانونی وی گرفته شود.

۵- بیمار صرف نظر از وضعیت جسمانی و مالی حق دارد مرکز درمانی را ترک کند، مرکز درمانی قبل از ترک بیمار باید ترخیص نامه ای را امضاء کند که در آن توضیح داده شود که بیمار بر خلاف توصیه پزشکان از مراکز درمانی خارج شده است.

• حق رعایت محیط خصوصی بیمار

- ۱- حریم شخصی بیمار در حین مصاحبه، معاینه و درمان باید رعایت شود.
- ۲- حریم شخصی بیمار هنگام ملاقات باید رعایت گردد.
- ۳- بیمار حق دارد که در طول مدت بستری از طریق تلفن یا ملاقات خصوصی به آشنایان خود دسترسی داشته باشد.
- ۴- به حق حفظ آرامش و خصوصی بودن اقدامات انجام شده برای بیمار -چه در موارد درمانی و چه در موارد آموزشی باید احترام گذاشته شود.

• حق داشتن آرامش

- ۱- بیمار در حد دانش جاری پزشکی باید مشمول اقدامات مرتفع کننده دردها و آلام خود باشد.
- ۲- هر بیمار مشمول (مراقبت نهایی انسانی) بوده و لازم است کلیه مساعدت های موجود را به منظور مرگ آرام و راحت تا حد ممکن دریافت کند.
- ۳- بیمار حق خودداری از انجام آزمایشات دردناک طولانی و برخورداری از مرگ با عزت را دارد.
- ۴- هر بیمار حق دارد مساعدت های لازم را از روحانی مورد نظرش به منظور آرامش روحی دریافت نماید.

• حق ابراز اعتراض و شکایت

- ۱- هر بیماری حق دارد در صورتی که حقوق قانونی وی زیر پا گذاشته شود، اعتراض و شکایت نماید.
- ۲- بیمار حق اعتراض در مورد خدمات بهداشتی و درمانی را دارد شکایات بیمار باید مورد بررسی قرار بگیرد و پاسخ منطقی به بیمار داده شود.

• حق جبران خسارت

- ۱- هر بیماری حق دارد نسبت به جبران خسارت ناشی از اشتباه، اطلاعات ناقص و به تاخیر افتاده آگاهی کسب نماید.
- ۲- بیمار بطور قانونی حق دارد بخواهد منبع پرداخت هزینه مراقبت و درمان وی محرمانه بماند. بیمار همچنین حق دارد از بالاترین حد مراقبت بدون توجه به منبع پرداخت هزینه برخوردار شود.
- ۳- بیمار حق دارد در ارتباط با برنامه درمانی خود، اطلاعات صحیح و کاملی دریافت کند.
- ۴- بیمار حق دارد خواستار رسیدگی سریع در تمام موارد بخصوص در موارد فوریت‌های پزشکی باشد.
- ۵- بیمار حق دارد از هویت و تخصص کلیه افراد ارائه دهنده خدمات پزشکی و بهداشتی مطلع شود. کلیه کارکنان به منظور معرفی، بیان وضعیتشان و توضیح نقش خود در مراقبت پزشکی و بهداشتی بیمار آموزش دیده اند بیمار حق دارد نام پزشک معالج خود را بداند.
- ۶- بیمار بطور قانونی حق دارد هر گونه آزمایش، دارو یا درمان ویژه را رد کند.
- ۷- قبل از انتقال بیمار به مراکز درمانی دیگر، باید علت انتقال برای وی توضیح داده شود، اگر بیمار با انتقال موافق نباشد، حق دارد در این مورد با متخصصین مشورت کند.
- ۸- کلیه بیماران حق دارند در تمام ساعات شبانه روز به وکیل خود که می تواند از جانب آنها اظهار نظر کرده و از حقوقشان دفاع کند، دسترسی داشته باشند.

ایمنی بیمار

• ایمنی بیمار

هدف : ارتقاء اصلاحات مشخص در ایمنی بیماران در راستای زمینه های مسئله ساز در مراقبت از سلامتی برای طرح درست و بی نقص سیستم که ذاتا مراقبت از سلامتی ایمنی و با کیفیت بالا رابه دست می دهد.

دامنه کاربرد : در کلیه بخشهای بستری و واحدهای پذیرش، بهداشت محیط ، داروخانه و انبار کل کاربرد دارد.

تعاریف:

آلودگی : وجود عاملی عفونی بر روی سطحی متحرک یا غیر متحرک

خطای دارویی : هر گونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود.

ایمنی : درجه و میزانی که براساس آن ، ساختمان های سازمان ، محوطه ها و تجهیزات ، موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران ، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشوند.

عوارض جانبی : تاثیر دارو شناختی یک دارو ، معمولا به صورت ناسازگار ، به جز آن چه داروبرای آن تجویز شده است.

انتقال : جابجایی رسمی مسئولیت مراقبت از بیمار از :

- ۱- یک واحد مراقبتی به واحد دیگر
- ۲- از یک خدمات بالینی به خدمات بالینی دیگر
- ۳- از یک پزشک واحد صلاحیت به پزشک دیگر
- ۴- از یک سازمان به سازمانی دیگر

• شرح اقدامات

۹ راه مل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد:

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

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

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- در خصوص دارو های با غلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...
- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.

- هنگام دارو دادن ، حتما "بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد(وی را به اسم می خواند).
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً "با کارت دارویی مطابقت داده شود.
-

توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار ، کارت شناسایی ، تاریخ تولد ، مچ بند و یا بارکد استفاده می شود.

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی یا مچ بند جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

۱. اکیداً یادآوری می شود که استفاده از مچ بند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد.

۲. دستبندهای شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال و کودک تهیه شده است . این دستبندها در بدو پذیرش بیماران در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد/بستری ، تشخیص ، نام بخش ، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات دستبند نوشته خواهد شد.

۳. صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش ، با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

۴. پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۵. بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

۶. در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید. لطفاً باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۷. سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۸. سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹. -هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰. در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۱. تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۲. پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.

۱۳.

دستبند شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب

فشردگی پوست نشوند.

۱۴.

در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجر های

درمانی و تشخیصی ، وجود دستبند شناسایی بر روی مچ دست الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۵. پرسنل محترم آزمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات ، مشخصات بیمار فوق را بادستبند شناسایی تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۶. پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات دستبند شناسایی می باشند.

۱۷. تابلوهای شناسایی بالای تخت بیمار حاوی مشخصات : نام پرستار ، تاریخ بستری و نام پزشک معالج باشد.

• ۲۰ استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار

۱. بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند .
۲. بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف ، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند
۳. مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند .
۴. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند .
۵. بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند .
۶. وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس ، آماده و کالیبر می باشد .
۷. بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد .

۸. بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد. (بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد)

۹. پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند .

۱۰. قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد .

۱۱. تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل ، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد)

۱۲. بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد .

۱۳. بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.

۱۴. بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد .

۱۵. بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد .

۱۶. بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند (گایدلاین درمورد پروسیجر خون- ترانسفوزیون خون - کراس مچ خون- خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد)

۱۷. بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و infusion ایمن -جراحی ایمن را دارد.

۱۸. بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان) (بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو ، خرید و تامین دارو ، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویزدارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد)

۱۹. بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد. (بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و.... در نظر گرفته می شود.

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

کنترل عفونت

مقدمه

همان طوری که کلیه پرسنل پرستاری اطلاع دارند عفونتهای بیمارستانی یکی از موارد مهم بخش ها و کنترل آن از وظایف تمامی پرسنل پرستاری می باشد و در صورت عدم کنترل ، عفونت بیمارستانی می تواند موجب عواقب بسیار خطرناکی برای پرسنل بخش و بیماران گردد . لذا موارد یاد شده زیر حتما رعایت گردد:

- جهت تشکیل پرونده بهداشتی خود به مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان مراجعه کنید .
- کلیه پرسنل طرحی و جدیدالورود در صورت نداشتن جواب تیتر آنتی بادی باید در اسرع وقت آن را انجام داده و جواب آن تحویل مسئول بهداشت حرفه ای عفونت گردد.
- حتما جزوه موجود در بخش مطالعه شود و در صورت مواجهه شغلی از قبیل نیدل استیک و غیره در شیفت صبح روزهای عادی به مسئول کنترل عفونت و در سایر کشیک ها به اطلاع دفتر پرستاری رسانده شود.
- گزارش موارد تب ناشی از عفونتهای بیمارستانی (۴۸- ۷۲ ساعت بعد از بستری) و تغییرات آنتی بیوتیکی را به مسئول کنترل عفونت بیمارستان گزارش نمایید.
- هر نوع کشت مثبت (خون ، ادرار ، تراشه ، زخم و ...) به مسئول کنترل عفونت بیمارستان اطلاع داده شود.
- بیماریهای مشمول گزارش تلفنی مانند مننژیت ، وبا ، فلج شل ، سرخک ، مالاریا ، حیوان گزیدگی ، انواع هپاتیت ، ایدز ، سل در شیفت صبح روزهای عادی به مسئول کنترل عفونت بیمارستان و در سایر کشیک ها به دفتر پرستاری اطلاع داده شود.

• احتیاط های استاندارد

۱. کلیه نمونه های خون، مایعات بدن و مواد و ترشحات دفعی (بجز عرق) پرخطر و آلوده فرض گردد.
۲. شستن صحیح دستها با آب و صابون قبل و بعد از معاینه بیمار، کمک کننده است.
۳. شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید.
۴. اغلب عفونتهای بیمارستانی از راه تماس بویژه دست کارکنان منتقل میشود.

• اندیکاسیون های بهداشت دست

۱. پس از در آوردن دستکش ها از دست
۲. در شروع شیفت کاری
۳. هنگام آلوده شدن دست ها، نیز پس از عطسه کردن، سرفه یا پاک کردن بینی خود
۴. در فواصل تماس با بیماران
۵. قبل از تهیه داروهای بیماران
۶. پس از رفتن به توالت
۷. قبل از انجام اقدامات تهاجمی
۸. قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
۹. قبل و بعد از تماس با زخم
۱۰. قبل از غذا خوردن
۱۱. بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماری زا وجود دارد مانند ظروف اندازه گیری ادرار بیماران و وسایل جمع آوری ترشحات بدن بیماران
۱۲. پس از مراقبت از بیماران دچار عفونت یا بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی دارند کلونیزه شده باشند اهمیت خاصی دارد مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

• موارد شستن دست با آب و صابون

شستن دست با آب و صابون در موارد ذیل بصورت اکید توصیه می شود:

۱. دستها بصورت آشکارا کثیف باشند.
۲. دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
۳. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیانهای کلسترییدیوم
۴. شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است.

• موارد استفاده از هندراب

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران.

۲. بعد از در آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود.
۳. قبل از دست زدن به هر گونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار.
۴. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی)

* زمان لازم جهت استفاده از هندراب ۱۵-۳۰ ثانیه میباشد.

• دستکش

- هنگام دست زدن به خون، مایعات، ترشحات، مواد دفعی بدن بیمار، وسایل آلوده و در زمان خونگیری و سایر اقدامات تهاجمی عروقی باید دستکش تمیز پوشید.
۱. قبل از تماس با مخاط ها و پوست آسیب دیده باید دستکش تمیز پوشید .
 ۲. اگر برای یک بیمار کارهای مختلف و اقدامات تهاجمی صورت می گیرد دستکش ها باید در فواصل انجام این امور تعویض شوند . همچنین بعد از تماس با ماده ای که ممکن است حاوی غلظت زیاد میکروارگانیسم باشد، دستکش ها باید تعویض گردند.
 ۳. بلافاصله پس از استفاده از دستکش، قبل از دست زدن به سطوح و وسایل غیر آلوده و قبل از تماس با بیمار دیگر، باید دستکش ها را از دست ها خارج نمود.
 ۴. استفاده از گان، ماسک و پوشش چشم، در زمانی که خطر پاشیده شدن خون و مایعات دیگر می رود (هنگام زایمان آندوسکوپی، درناژ یا ساکشن و...) الزامی است.

• ماسک، محافظ چشم، محافظ صورت

به منظور محافظت مخاط چشم، بینی و دهان حین انجام کار های تهاجمی یا فعالیت های 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 .محافظ باید از مواجهه مخاط دهان، بینی و چشم با ترشحات جلوگیری نماید.

• گان

حین انجام کار های تهاجمی یا فعالیت های مراقبت از بیمار که احتمال پاشیده شدن خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی وجود دارد، به منظور محافظت از پوست و جلوگیری از کثیف و آلوده شدن لباس باید گان پوشید.

• راه های انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان

در بیمارستان میکروارگانیسم ها می توانند به طرق مختلف منتقل گردند و گاهی یک میکروب می تواند از چند طریق منتقل شود راه های انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان عبارتند از:

۱. انتقال از طریق تماس (Contact)

تماس، شایع ترین و مهمترین راه انتقال عفونت های بیمارستانی به شمار می آید و به دو زیر گروه تقسیم می شود:

- تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت یا کلونیزه شده با میکروب
- تماس غیر مستقیم میزبان حساس با اشیای واسطه آلوده (وسایل، سوزن، پانسمان، دستکش آلوده)

۲. انتقال از طریق هوا (Airborne)

گسترش عفونت از طریق هوای آلوده شده توسط بیماران بایستی از گسترش عفونت از طریق هوای آلوده شده از منشاء محیط، افتراق داده شود. وقتی که بیماران و کارکنان، منابع عفونت های منتقله از طریق هوا هستند میکروارگانیسم ها به شکل هسته های قطره ای که چند میکرومتر قطر داشته و برای مدت طولانی در هوا معلق می مانند و قابلیت عبور از مکانیسم دفاعی طبیعی دستگاه فوقانی را دارند انتشار می یابند. بیماری های منتشره از این طریق شامل سرخک، آبله مرغان و سل هستند که بایستی در اطاق ایزوله و ترجیحا دارای فشار منفی نسبت به کریدور و با تبادل هوای مکرر بستری گردند. اسپور قارچ ها که از محیط منشاء می گیرند نیز از این طریق منتشر می شوند و جابجایی تهویه و سیستم های تهویه پیشرفته برای از بین بردن آنها لازم است. قطرات و اسپورهای کوچک به اندازه ای کوچک هستند که می توانند مدت طولانی در هوا معلق مانده و مسافت های طولانی را طی کنند. بعلاوه اندازه کوچک، آنها را قادر می سازد تا از مکانیسم دفاعی دستگاه تنفسی فوقانی بگریزند.

۳. انتقال از طریق وسیله مشترک آلوده

وسيله مشترك:

- مایعات وریدی، مواد گندزدا، آب : آسینتوباکتر، سراسیا.
- اندوسکوپ : پسودومونا، آسینتوباکتر.
- غذا : سالمونلا، پسودومونا

۴. انتقال از طریق ناقلین

۵. انتقال از طریق فون

غربالگری رایج، تهدید ناشی از هیاتیت های ب و ث و ایدز را کاهش داده است. خون همچنین می تواند راه اساسی انتقال ویروس سیتومگال باشد (بیماران مبتلا به ضعف ایمنی و نیز افرادی که مکررا خون دریافت می نمایند) انتقال خون می تواند گاهی باعث انتقال مالاریا، و تکسوپلاسما و عفونت های باکتریایی گردد.

۶. راه مدفوعی دهانی

ایزولاسیون

عبارت است از جداسازی بیماران یا افراد حامل میکروارگانیسم های عفونی از همدیگر با هدف مهار انتقال بیماری.

اطاقهای ایزوله:

- جلوگیری از انتشار بیماری یا عفونت به بیماران
- کاهش خطرات شغلی

کاربرد:

پیوند مغز استخوان – ایدز (فشار مثبت)

فشار منفی:

- سل
- آبله مرغان
- هرپس
- سرخک

نیازی به جداسازی ظروف غذای بیماران نیست و تنها شستشوی عادی با مایع ظرفشویی کافی است.

در صورت ریختن خون و یا سایر مایعات بدن افراد روی سطوح محیطی، ابتدا دستکش پوشیده سپس با دستمال قابل جذب محل را تمیز نموده و بعد با آب و صابون شسته سپس در محل، هیپوکلریت سدیم 1% ریخته و 10 دقیقه بعد تمیز نمایید. تمام مواردی که مواجهه قابل ملاحظه ای روی داده (فرورفتن سوزن به بدن با احتمال آلودگی) بایستی فوراً گزارش گردد.

• سلامت شغلی کارکنان

اهداف کلی برنامه مراقبت کارکنان

۱. حفظ و ارتقاء سلامتی کارکنان
۲. مواجهه با آسیبهای شغلی
۳. پایش فعال به منظور قطع زنجیره انتقال بیماری های عفونی از کارکنان به همکاران، بیماران، مراجعین و بالعکس
۴. حفظ و ارتقای سلامت روانی اجتماعی کارکنان

اهداف جزئی

۱. تشکیل پرونده سلامت برای کارکنان جدید و تکمیل آن برای کارکنان شاغل
۲. انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان و معاینات دوره ای
۳. بررسی وضعیت ایمنی کارکنان در مقابل بیماری های مسری
۴. واکسیناسیون کارکنان در معرض خطر
۵. آموزش و ارتقاء آگاهی های بهداشتی و مهارت های لازم
۶. آموزش بیماری های نوپدید و بازپدید و مخاطرات احتمالی آن ها برای پرسنل و ایجاد آمادگی به منظور پیشگیری و مقابله با آنها و پیشگیری از مواجهه با میکروارگانیسم های بیماریزای بیمارستانی
۷. برنامه ریزی و تعیین خط مشی در موارد بروز همه گیری در بین کارکنان و استراحت در منزل بد نبال ابتلا یا مواجهه با عوامل بیماری زا
۸. برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی (مانند مواجهه با سوزن آلوده به و مخاطرات محیط کار)

(اههای مهم انتقال بیماریهای عفونی به کارکنان:

۱. انتقال از طریق خون و هر ماده یا مایع آغشته به خون
۲. انتقال از طریق تنفس
۳. انتقال از طریق دستگاه گوارش
۴. انتقال از طریق پوست

• انتقال بیماریهای عفونی از طریق خون (Bloodborne)

تماس شغلی با خون یا ترشحات فمونی یعنی تماس از طریق:

۱. فر رفتن سرسوزن - بریدگی با جسم تیز و برنده (آسیب پرکوتانئوس)
۲. مخاط
۳. پوست غیر سالم

اقدامات لازم بعد تماس شغلی :

۱. شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون (مخاطات با نرمال سالین فراوان)
۲. برآورد خطر
۳. شروع کمو پروفیلاکسی ، واکسیناسیون ،.... حسب مورد
۴. کنترل عوارض دارویی تجویز شده
۵. مشاوره با متخصص
۶. گزارش

• نکات مهم در مورد NEEDLE STICKS

به منظور جلوگیری از آسیب دیدگی حین جمع آوری و انتقال سوزن، اسکالپ و سایر وسایل نوک تیز باید بسیار احتیاط نمود و فوراً آن هارا در داخل ظروف مخصوص اشیای نوک تیز قرار داد. (Safty box)

هرگز نباید سرپوش سوزن ها را مجدداً روی سوزن های مصرف شده قرار داد یا از هیچ روشی که باعث شود نوک سوزن یا اشیای تیز به طرف بدن قرار گیرد نباید استفاده کرد. اگر در شرایط بالینی، گذاشتن سرپوش روی سوزن ضرورت دارد، با یک دست و با استفاده از یک پنس مخصوص یا وسیله مکانیکی برای نگهداشتن غلاف سوزن این کار انجام شود.

- شدت کم : سوزن توپر - آسیب سطحی
- شدت زیاد : سوزن بلند تو خالی - تزریق عمقی - روئیت خون در سطح وسیله - نیدل مربوط به شریان و ورید
- حجم کم : چند قطره
- حجم زیاد : تراوش زیاد خون

• نکات مهم در پیشگیری هپاتیت ب

خون و مایعات آغشته به خون مهمترین منبع در بیمارستان واکسیناسیون 3 نوبت 1-6 - 0: عضلانی در دلتوئید انجام سرولوژی بعد واکسیناسیون: 2 - 1 ماه بعد عدم پاسخ به 1 دوره واکسیناسیون: دوره مجدد عدم پاسخ به 2 دوره واکسیناسیون: nonresponder که در هر تماس شغلی با بیمار مثبت باید 2 بار (HBIG) یا یک واکسن به همراه (HBIG) زمان تزریق (HBIG): در اسرع وقت حداکثر 7 - 3 روز

• انتقال هپاتیت C از طریق خون

آمارها نشان دهنده این واقعیت است که در صورت اصابت اشیاء نوک تیز آلوده، احتمال انتقال در حدود ۸/۱٪ می باشد. انتقال از راه تماس با مخاط نادر در افرادی که به تازگی مبتلا شده اند احتمال پیشرفت هپاتیت C به سمت حالات مزمن و عوارضی نظیر سیروز در حدود ۸۰٪ خواهد بود. با توجه به اینکه واکسن، پروفیلاکسی و درمان چندان موثری برای هپاتیت C وجود ندارد رعایت احتیاط های همه جانبه، (استاندارد) در پیشگیری از بروز آن حائز اهمیت بسیار زیادی است.

• قوانین مربوط به بهداشت محیط

انواع زباله های تولید شده در بیمارستان :

عفونی : هرشیئی که آلوده به خون و ترشحات بیمار باشد، درکیسه زباله زرد ریخته شود .
غیرعفونی: زباله خانگی ، درکیسه زباله سیاه یا سفید رنگ ریخته شود
نوک تیز و برنده: در ظروف مخصوص بنام سفتی باکس ریخته می شود .

لازم به ذکر است به هنگام جمع آوری زباله موارد زیر حتما رعایت گردد:

۱. حتما از دستکش استفاده شود .
۲. در کیسه زباله ها حتما گره زده شود .
۳. از مخلوط کردن زباله ها اکیدا خودداری شود .
۴. به هنگام جمع آوری مراقب باشید که سرسوزن و یا آنژیوکت در دست و یا پای شما فرو نرود .

آتش نشانی

• روشهای عمومی اطفاء حریق

اصولا اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت ، اکسیژن ، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد ، حریق مهار می شود.

روشهای عمومی بر اساس ماهیت مریق به اشکال زیر می باشد:

الف - سرد کردن

ب - خفه کردن

ج - سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د - کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق ، سرد کردن است . این عمل عمدتا با آب انجام می گیرد . یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد . میزان و روش بکار گیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد، این روش برای حریق های دسته مناسب **A** میباشد.

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد . این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی **R-NO₂** و **R-COOR** یا **R-O-O-H** ، همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم ، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک ، شن ، ماسه . پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

مذف مواد سوختنی:

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان ، جابجا کردن مواد ، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده ، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند و **CBrlf2** و **CBrf3(1301)** و **(1211)** و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین **3 k2co** موثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود. مواد خاموش کننده آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در 4 دسته قرار می گیرند . بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود.

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند . این گروه شامل گروههای زیر است:

الف - مواد سرد کننده (آب ، **CO2**)

ب - مواد خفه کننده (خاک - ماسه **CO** - کف)

ج - مواد رقیق کننده هوا (**CO2 - N2**)

د - مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند . همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

مزایای آب

۱. فراوان و ارزان است ، خصوصاً که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.
۲. ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی ، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.
۳. دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند . ظرفیت گرمایی آب 5 برابر آلومینیوم و 10 برابر روی و مس می باشد . مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.

۴. غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است ، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود . بطوری که در 2000 درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند .
۵. توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی ، $5/6$ برابر سرد کننده تر از CO_2 است . هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود 550 کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه 10 درجه گرمایی حدود 10000 کیلو کالری گرما جذب می کند .

معایب آب

۱. سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است
۲. هادی الکتریسیته است ، در محل هایی که جریان برق وجود دارد ، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد .
۳. آب دارای خطر تخریب است ، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالینی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست .
۴. هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند . مانند داروها ، اثاثیه ، کارتنهای بسته بندی ، رنگها و محصولات تولیدی . به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یا روغن باعث پرتاب شدن مایعات ، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود .
۵. بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ ، خاک اره و مانند آن) محدود است . کف آتش نشانی کف بصورت محلول تهیه می گردد . کف در هنگام پاشیده شدن توسط سر لوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد . کف در هنگام استفاده ، با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد .

نکته مهم در استفاده از کف ، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد .

• آتش سوزی

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا میکند . بنابراین اولین اولویت شما ، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید ، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید ، اما اگر این کار ، خروج شما را از محل به تأخیر میاندازد ، امنیت خود را به خطر نیندازید . افرادی که در آتش گیر افتاده اند ، به سرعت دچار هراس

میشوند. شما به عنوان ارایه کننده کمکهای اولیه، می توانید با آرا م کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید میکند، از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنید. هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید. تنها موقعی میتوانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان را به این کار باز کرده باشد.

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید. پس از ورود به محل حریق یا اشتعال، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزیی میتواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید میکند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید. هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمیدهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)، یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه) و اکسیژن هوا. برای شکستن این مثلث حریق باید یکی از این اجزا را حذف کنید. به عنوان مثال: سوییچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشینها ی دیزلی بزرگ خارج کنید.

تمام مواد سوختنی را که میتوانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید. درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود. شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده میکنید یا به آن مشکوک میشوید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید. سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود. به دنبال راههای خروج از آتش و محلهایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمانهای دیگری مواجه میشوید، نشانه های مربوط به راههای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید. کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن؛ افراد را تشویق کنید که خونسرد

اما سریع ، ساختمان را از طریق نزدیکترین خروجی امن ترک کنند .اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.

• آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید: "توقف ، انداختن روی زمین و چرخاندن". در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم ، وی را در یک پارچه کلفت بپیچید. از وحشت زده شدن ، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید .هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند. مصدوم را به زمین بیندازید. در صورت امکان ، با یک کت ، پرده ، پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشادبافت) ، فرش یا سایر پارچه های کلفت، مصدوم را محکم بپیچید. مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند. اگر آب یا مایع غیرقابل اشتعال دیگری در دسترس است ، مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار!

هرگز از مواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید. اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود، با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین ، آتش را خاموش کنید.

دود و گاز

آتش سوزی در فضای بسته ، جو خطرناکی ایجاد میکند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسید کربن و گازهای سمی آلوده شده باشد .هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم میشود، باز نکنید .این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید. اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید .فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید.

• انواع آتش

کلاس A: جامدات از جمله کاغذ ، چوب ، پلاستیک ، فرش ، و اثاثیه

کلاس B : مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین ، بنزین ، روغن

کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان ، بوتان

کلاس D : فلزات از جمله آلومینیوم ، مگنزیوم

کلاس E : الکتریکی (برق)

کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

• انواع مختلف اطفای کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشند. مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم. چهار نوع مشهور آن:

• آب

• گاز دی اکسید کربن

• فوم

• پودر خشک

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفای حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفای حریق نشانه گذاری می شوند.

آب

۱. برای آتش کلاس A استفاده نمایند

۲. برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد

۳. آب تحت فشار می باشد

۴. آمپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن

۱. برای آتش های کلاس B، C، E استفاده نمایند

۲. برچسب یا نوار مشکی دارد

۳. نازل سخت و پلاستیکی دارد

۴. نشانگر فشار ندارد

پودر فشک

۱. برای آتش های کلاس **A, B, C, D و E** استفاده می شود ،
۲. برچسب یا نوار آبی رنگی دارد
۳. ذرات پودر تحت فشار می باشند
۴. نشانگر فشار سنج دارد

فوم

۱. برای آتش های کلاس **A و B** استفاده می شود
۲. برچسب یا نوار کرم رنگی دارد
۳. طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سر کنندگی نیز دارد.

شیمیایی تر

۱. برای آتش نوع **F** استفاده نمایید
۲. دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است
۳. با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند.

انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

- انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطیها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها ، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک:

از سالها قبل گاز کربنیک (**CO 2**) به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک ، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز، **CO2** غیرقابل احتراق ، بی بو ، خنثی خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیه نمی باشد. وزن آن سنگین تر از هواست ، لذا در صورت پرتاب روی حریق ، اکسیژن را خارج و خود جا نشین آن می گردد . حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود. **CO2** جامد یا یخ خشک در ۱۰۰- درجه زیر صفر دست می آید که در ۷۹- درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید.

خاموش کننده های مولد کف :

کف مورد مصرف برای اطفای حریق ، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد ، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد . وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوژنه

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکا نیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز **CO2** دارد ، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جا نشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد . این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.

مدیریت بحران

حوادث طبیعی و خطرهای ناشی از آن بخش جدا نشدنی از طبیعت و محیط زیست ما انسانهاست. حوادث طبیعی در ۱۰ سال گذشته ۴۰۰ میلیارد دلار خسارت اقتصادی ایجاد کرده اند و در ۲۰ سال گذشته موجب مرگ ۳ میلیون نفر از جمعیت جهان شده اند. بنا بر آمار موجود مردم کشورهای در حال توسعه ۱۲ بار بیشتر در معرض خطر حوادث طبیعی قرار دارند. در کشور ما تنها در ۱۳ زلزله بزرگ ۴۰ سال گذشته ۱۳۹ هزار تن جان باخته اند. کشور ایران به علت وسعت، موقعیت جغرافیایی و تنوع اقلیمی جزء یکی از کشورهای بلاخیز دنیا است. و از این جهت رتبه ششم را در دنیا دارا می باشد. از ۴۰ نوع بلای طبیعی شناخته شده، ۳۱ نوع آن در ایران اتفاق می افتد. آگاهی از توانمندیهای هریک از حرفه های شرکت کننده در برنامه مقابله با بحران موجب استفاده اثربخش از منابع انسانی موجود و در نتیجه کاهش و کنترل آثار مخرب بحران می گردد.

تعریف بحران

حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید؛ و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

مدیریت بحران

علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آنها بتوان از بروز بحرانها، پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز آن، در خصوص کاهش اثرات آن، آمادگی لازم، امداد رسانی سریع، و به بهبودی اوضاع اقدام نمود.

به طور کلی انواع بحرانهای معمول و مطرح در دنیا، بدین قرار می باشند: زمین لرزه، آتشفشان، موجهای دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان، شکافتن زمین، آتش سوزی طبیعی جنگلها و بیشه ها، خشکسالی، بیماریهای شایع، تصادفات عمده، شورشهای اجتماعی، و بحرانهای ناشی از جنگ

خصوصیات بحران

- ۱- بحران بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است، تا یک حالت مزمن، با وجود آنکه زمان غیرمشخص می‌باشد.
- ۲- بحران موجب تغییر رفتار و سلوک می‌شود، و اکثراً آثار پاتولوژیکی مانند: یأس، کاهش بهره‌وری، فرار از مسئولیت و عذرتراشی دارد.
- ۳- بحران هدف‌های اشخاص درگیر را مورد تهدید قرار می‌دهد.
- ۴- بحران یک وضعیت نسبی ادراکی است، یعنی رویدادی که ممکن است به وسیله یک طرف بحران تشخیص داده شود، و برای طرف دیگر ممکن است غیرقابل تشخیص باشد.
- ۵- بحران در ارگانیسم بدن فشار ایجاد می‌کند، و موجب خستگی و تشویش می‌گردد.

موقعیت‌های بروز حادثه (Situation)

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

۱) حوادث غیرمترقبه خارجی

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

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

هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علا نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

۲) حوادث غیرمترقبه داخلی

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

✕ بمب گذاری

✕ گروگان گیری

✕ قطع ارتباطات

✕ قطع برق یا آب

✕ آتش سوزی

✕ سیل

✕ مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو

✕ قطع گازهای درمانی

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

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر

۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می‌کند.

۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.

۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می‌باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.

۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد.

مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی شامل مراحل زیر می‌باشد.

۱. مرحله تهیه برنامه : (Preparation phase) این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می باشد .

۲. مرحله آمادگی : (Preparation Phase)

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

ایجاد کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی

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

۱. ریاست بیمارستان و قائم مقام او

۲. مسئول امنیت / آتش سوزی بیمارستان

۳. نمایندگان بخش اورژانس (شامل پزشکان و پرستاران)

۴. سوپروایزر بیمارستان

۵. نماینده پرستاران ارشد بیمارستان

۶. مدیر بیمارستان

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

۸. نماینده پاتولوژی (شامل مسئول بانک خون)

۹. مسئول داروی بیمارستان

۱۰. نماینده خدمات آمبولانس

۱۱. رابط مطبوعات بیمارستان

۱۲. نمایندگان دیگر بخش های بیمارستان به ویژه اگر بخش های مزبور نقش موثری در مقابله با حوادث غیرمترقبه داشته باشند (بخش جراحی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، داخلی، زنان)

۱۳. نماینده بخش مددکاری اجتماعی

۱۴. نماینده خدمات سلامت روان بیمارستان

۱۵. مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید. برقراری ارتباط با دیگر موسسات فعال در بخش سلامت و همکاری و هماهنگی با آنها از وظایف این کمیته

است. بیمارستان باید از ظرفیت عملکرد دیگر بیمارستان‌ها و موسسات از جمله پلیس، آتش نشانی، EMS و موسسات داوطلب مطلع باشد. برنامه بیمارستانی حوادث غیرمترقبه باید بتواند در هماهنگی با دیگر موسسات پاسخ بیمارستان را هدایت نماید.

کدهای بیمارستان

کد احیای بزرگسال: ۹۹

کد احیای اطفال و نوزادان: ۸۸

کد بحران: 111

کد نگهبانی: 110

کد آتش نشانی: ۱۲۵

کد مادر پرخطر: 55

تعیین (زنجیره مسئولیت حوادث غیرمترقبه)

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

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مترون بیمارستان
- ریاست اورژانس بیمارستان

برنامه ریزی مدیریت بحران در زمان وقوع حادثه در بیمارستان

اعلام کد 111 (بحران)

فعال سازی اطاق مدیریت بحران و اعضای تیم بحران در چارت نصب شده در برد اطاق بحران
اطلاع به ریاست بیمارستان (فرمانده حادثه) و یا جانشین ایشان و تا رسیدن مسئولین سوپروایزر
کشیک به عنوان فرمانده حادثه محسوب خواهد شد .

اطلاع به مسئولین کمیته بحران

اطلاع به مدیر بیمارستان

تربا بیماران

- الف : منطقه قرمز در اورژانس ← بیماران بسیار بد حال
ب : منطقه زرد ← بیمارانی که نیاز به چند ساعت بستری دارند
ج : منطقه سبز ← بیمارانی که نیاز به بستری ندارند و فقط ویزیت می شوند .

آماده سازی منطقه زرد :

تهیه برانکارد از بخشها و لنز آنها جهت بستری بیماران
تهیه ملحفه و البسه و پتو از واحد لنز از استوک بحران - تهیه مانومتر و کپسول اکسیژن
ارتباط مداوم با مسئول ستاد حوادث غیر مترقبه دانشگاه شهید بهشتی و در صورت عدم حضور ایشان
کشیک ستاد :
تعیین پرسنل مناطق (شامل پزشک - پرستار - خدمات)
پاکسازی جلوی درب بیمارستان و درب پذیرش از اتومبیل های پارک شده توسط نگهبان کشیک.
مسئولیت انتظامات تا رسیدن ارشد انتظامات وامنیت به عهده سر نگهبان کشیک می باشد .

تعیین مرکز عملیات اضطراری

(Incident Command Center) یا (Emergency Operation Center)

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می آیند. این مرکز
محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش های
بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد. مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین
بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش های داخلی و جراحی، آزمایشگاه ها، داروخانه، بانک خون، مدارک

پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان‌های منطقه و نیز کمیته محلی دفاع شهری ارتباط داشته و هماهنگی‌های لازم را صورت دهد.

تعیین علائم و نشانه‌ها (signs)

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

فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازبینی شده و در صورت اتمام

تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند. این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی‌ها و جراحیهای ارتوپدی باشد.

برقراری ارتباط داخلی و خارجی

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

نقل و انتقال (Transportation)

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

تهیه و توزیع کتابچه ها و دستورالعمل های اجرایی

نیروهای اجرایی برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی و روسای بخشهای بیمارستان باید کتابچه های خاصی برای هر بخش و مسائل ویژه آن در جریان پاسخ به حوادث غیرمترقبه داشته باشند. این کتابچه ها باید حاوی دستورالعمل های واضح و قابل اجرا برای تعیین افراد مسئول، سلسله مراتبی فرماندهی، جانشین های مسئولین و ارتباط با دیگر بخشها باشند. این دستورالعمل ها می تواند بصورت کارتهای معینی در تمام اتاقهای بیمارستان تعبیه شود و چگونگی فعال نمودن زنگ خطر آتش سوزی، استفاده از وسایل اطفای حریق و شیوه تخلیه بیمارستان را به افراد نشان دهند.

• آموزش پرسنل

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

مرحله اعلام خطر (Alert Phase)

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

هشدار حوادث غیرمترقبه:

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

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

ارزیابی شدت حادثه غیرمترقبه (Assessment of Disaster Severity)

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

- ۱) برآوردی از تعداد بیماران
- ۲) برآوردی از شدت جراحات و بیماری آنها
- ۳) وضعیت کنونی فعالیت دپارتمان اورژانس
- ۴) وضعیت کنونی پرسنل (تعداد و ترکیب) دپارتمان اورژانس
- ۵) سرشماری تعداد بیماران و پرسنل بیمارستان
- ۶) وضعیت کنونی پرسنل ICU و اتاق عمل
- ۷) نیاز بیماران حادثه دیده به خدمات تخصصی مانند آلودگی با مواد مضر، مواجهه با پرتوهای رادیواکتیو
- ۸) شرایط ویژه بیمارستان مانند بیمارستان تخلیه شده

حوادث غیرمترقبه مختلف سطوح آمادگی و پاسخ متفاوت بیمارستان را می‌طلبند. بر پایه ارزیابی فوق سطح فعال شدن برنامه (Levels of Plan Activation) توسط مسئول فرماندهی بیمارستان تعیین می‌گردد. وی می‌تواند پس از فعال شدن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان یا دریافت اطلاعات بیشتر و دقیق تر به اصلاح تصمیم خود مبادرت نماید. این سطوح عبارتند از:

• **وضعیت هشدار:** در این مرحله به علت در دست نبودن اطلاعات کافی تعیین دقیق سطح فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان غیرممکن است ولی تأثیر آن بر بخش اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان قابل پیش بینی است. اقدامات مقتضی در این مرحله برقراری ارتباط مداوم با مراکز خارج از بیمارستان و آمادگی بالقوه برای پاسخ بعدی است. در این وضعیت مسئول فرماندهی حادثه بیمارستان به ارزیابی و پایش مستمر موقعیت پرداخته و در صورت نیاز با واحدهای تخصصی بیمارستان مشورت می‌نماید.

سطح ۱- پیاده شدن (Implementation) برنامه آمادگی اضطراری بخش اورژانس: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی باشد و بخشهای حمایت قادر به پاسخ مناسب بدون عارضه مهمی باشند، بیمارستان می‌تواند برنامه آمادگی اضطراری را صرفاً در بخش اورژانس پیاده نماید.

سطح ۲- پیاده شدن مختصر (partial) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در صورتیکه منابع موجود در بخش اورژانس بیمارستان بیمارستان برای رسیدگی به تعداد قربانیان کافی نباشد ولی منابع اضافی اندکی مورد نیاز باشد می‌توان برنامه آمادگی اضطراری بیمارستان را بطور مختصر پیاده نمود. اینکه این برنامه تا چه پیاده شود به تصمیم گیری اعضای مرکز عملیات اضطراری بیمارستان بستگی دارد.

سطح ۳- پیاده کامل (Total) برنامه آمادگی اضطراری بیمارستانی: در این وضعیت برای رسیدگی به تعداد زیاد قربانیان به تمامی منابع موجود در بخش اورژانس و بخش اعظمی از منابع حمایتی نیاز است.

عملیات واحد تلفن مرکزی بیمارستان

واحد تلفن مرکزی بیمارستان بلافاصله پس از انتقال هشدار حوادث غیرمترقبه باید برنامه ارتباطات داخلی و خارجی بیمارستان را اجرا نماید. خطوط تلفن باید برای تماسهای اضطراری آزاد باشند و تماسهای خارج از بیمارستان در اختیار این مرکز قرار می‌گیرد. برای ارتقاء خدمات ارتباطی توصیه می‌شود تماسهای تلفنی براساس اولویت به سه دسته زیر تقسیم شوند:

- (۱) تماسهایی که در ارتباط با حادثه غیرمترقبه می‌باشند.
- (۲) تماسهایی که از طرف مطبوعات برای دریافت اطلاعات انجام می‌شود.

۳) تماسهایی که از طرف بستگان بیماران انجام می گیرد.

سازماندهی فضای پذیرش بیماران (Incoming Patient Area)

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

مشخص نمودن پرسنل:

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

تفصیص منابع به فضای پذیرش بیماران:

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

آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

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

آماده سازی بخش همراهی:

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

آماده سازی بخش اورژانس:

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

آماده سازی دیگر بخشها و خدمات بیمارستان:

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

آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان:

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

آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم

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

آماده سازی بخشهای اداری:

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

آمادگی واحد امنیت (مراست) بیمارستان:

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

آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

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

آمادگی خدمات عمومی بیمارستان:

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

مرحله پاسخ اورژانسی (Emergency Response Phase)

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

تریاز در بدو ورود بیماران به بیمارستان

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

تشخیص هویت و ثبت اطلاعات

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود. فرمهای ثبت اطلاعات، کارتهای تشخیص هویت و کارتهای تریاز باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می گیرند باید جهت جمع آوری ضروری ترین اطلاعات طراحی شده باشد. کارتهای

تریاز از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

فضاهای درمانی بیمارستان

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

سیستم ارجاع بیماران

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

نگهداری و تشخیص اجساد:

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

• برنامه های حوادث غیرمترقبه خاص

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

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

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

مدیریت خطر

آنچه در این محور مورد توجه است شامل سلامت و ایمنی، کاهش ریسک بالینی، پایش شکایات، خط مشی ها و روش های اجرایی به روز شده، سیستم های گزارش دهی و پیگیری رویدادهای نامطلوب است.

تعاریف

مخاطره: هر وضعیت واقعی یا بالقوه که می تواند باعث صدمه، بیماری یا مرگ افراد، آسیب یا تخریب یا از دست دادن تجهیزات و دارایی سازمان شود.

ریسک: احتمال مخاطره یا عواقب بد، احتمال قرار گرفتن در معرض آسیب

شدت: نتیجه قابل انتظار از لحاظ درجه صدمه، آسیب به اموال و یا دیگر موارد مضر که می تواند اتفاق بیفتد.

• انواع خطاها

۱-خطاهای مرحله برنامه ریزی :

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت ها رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود. این دسته از خطاها بعلت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان و کادر درمان در خصوص وضعیت بیمار، روشهای درمان و تجویز دارو هستند.

تجویز زود هنگام آسپرین بمنظور درمان **MI** سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این نوع دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد. تجویز آنتی بیوتیک برای بیمارانی که آلرژی دارند یک خطای پزشکی در مرحله برنامه ریزی بحساب می آید.

۲- فطاهای مرملة اجرا :

این خطاها، به صورت غیر عمد حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند.

Slips (لغزش ها): این خطا وقتی رخ می دهد که در طی انجام وظایف روتین وقفه ای ایجاد می شود. مثلاً وقتی هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده شود.

Lapse (سهوها): وقتی اتفاق می افتد که از یک گاید لاین پیروی نمی شود. به طور مثال وقتی یک فرد مراقب سلامت با یک وضعیت پیچیده بالینی مواجه شده و از گاید لاین به علت آن که برای مشکل پیش رو به راحتی قابل استفاده نیست، پیروی نمی کند.

Slip و Lapse روزانه رخ می دهند و معمولاً مشکلات زیادی را باعث نمی شوند خطاهای نوع **Slip** مسئول ۹۰٪ خطاهایی است که در حوزه مراقبت های سلامت رخ می دهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه کننده خدمات درمانی در آن قرار دارد.

این نوع خطاها (**Slip و lapse**) در حوزه مراقبت های سلامت می توانند نتایج مهمی برای بیماران بدنبال داشته باشند. برای مثال قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب ممکن است باعث ده برابر شدن دوز دارو شود. یا کشیدن یک مایع در سرنگ که برای استفاده خوراکی آماده شده است ممکن است به صورت وریدی مصرف شود.

خطاهای اجرایی در نتیجه عوامل متعددی رخ می دهند از جمله: حواس پرتی، وقفه در عملکرد های روتین ، استرس و فراموشی. این عوامل نیز دلایلی دارند مانند:

۱. عدم حمایت کافی قوانین، سیاست ها و رویه ها برای کاهش خطاهای پزشکی، برای مثال عدم وجود خط مشی برای چک کردن مجدد محاسبه دوز داروهای پرخطر.
۲. کمبود دانش و آگاهی واطلاعات در وضعیت یا موقعیتی نا آشنا و نامانوس که ارائه کنندگان خدمات سلامت با آن روبرو می شوند. برای مثال زمانی که پرستاری مشغول به فعالیت در واحدی جدید با فعالیت های غیر تکراری و نا آشنا که آموزش کافی برای آن ندیده است، می شود، متعاقب آن با مشکلات متعددی مواجه می شود. علاوه بر آن، نداشتن دانش و آگاهی پرسنل در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی نیز سبب حدوث خطا در بالین بیمار می شود.
۳. زمانی است که ارائه کننده خدمات سلامت، مهارت موردنیاز برای اعمال یک مداخله مشخص درمانی را به علت نداشتن تحصیلات و تجربه در آن زمینه خاص، نداشته باشد و نتیجتاً خطایی که رخ می دهد، سبب انجام نادرست عملکرد می شود.

• انواع خطا

• خطای فعال (Active) / خطای مخفی (latent)

خطای فعال: خطایی است که توسط عاملین اصلی کار اتفاق می افتد و اثرات آن تقریباً بلافاصله احساس می شود. معمولاً از این خطاها تحت عنوان "خطاهای انسانی" یاد می شود. مثل "پزشک، روی عضو اشتباه جراحی می کند".

خطای پنهان(مخفی): خطایی است که در طراحی سازمان، ساختار، محیط، تجهیزات، فرایندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت و یا تربیت نیروها اتفاق می افتد، ولی اثرات این خطا برای مدتها در سازمان نهفته و خاموش می ماند. معمولاً از این خطاها تحت عنوان "خطاهای سیستمی" نام برده می شود. این دسته از خطاها که اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سالها مخفی بمانند، تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکارا کند.

نمونه ای از خطاها پنهان(مخفی):

۱. عملکرد بی ثبات و متغیر داروخانه ها در انبارداری دارو هایی که اسامی مشابه یا اشکال مشابه دارند.
۲. نبود سیاست هایی برای برچسب زدن دارو ها با نام های ژنریک و تجارتي.
۳. عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوز اذدارو برای داروهای پرخطر یا بیماران آسیب پذیر.
۴. استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

• حوادث ناشی از بروز خطا

- حادثه ناگوار: حادثه ای است که موجب مرگ یا آسیب جدی به بیمار شده، یا کارکرد سازمان را مختل نموده باشد. به عنوان مثال هنگامی که پرستار اتاق عمل فراموش می کند گازهای استریل درون حلق کودکی را که تحت عمل جراحی آدنکتومی قرار گرفته است خارج کند و در نتیجه راه هوایی کودک مسدود شده و فوت کند، یک رخداد ناگوار و فاجعه آمیز رخ داده است.

- حادثه بدون عارضه: حادثه ای است که بالقوه می توانست ضرر رسان باشد ولی منجر به هیچ گونه زیان واقعی نشده است. عدم ضرر رساندن ممکن است ناشی از ماهیت جبرانی فیزیولوژی انسان یا صرفاً از روی شانس باشد. به عنوان مثال اگر در بیماری که تا به حال پنی سیلین دریافت نکرده، به هر دلیلی تست حساسیت به پنی سیلین قبل از تزریق آن به بیمار انجام نشود ولی بیمار از روی خوش شانس به پنی سیلین حساسیت نداشته و پس از تزریق آن دچار شوک آنافیلاکسی نشود، یک رخداد بدون آسیب اتفاق افتاده است.

- موارد نزدیک به خطا: مواردی هستند که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا (به صورت برنامه ریزی شده یا بدون برنامه شده) از بروز پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شده باشد. در مثال اول اگر پرستار به موقع متوجه اشتباه خود شده، گازها را از حلق کودک خارج نماید و کودک از مرگ نجات پیدا کند یک مورد نزدیک به خطا رخ داده است.

مراحل فرایند مدیریت خطر بالینی

- مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب
- مرحله دوم: شناسایی ریسک
- مرحله سوم: آنالیز خطر
- مرحله چهارم: برخورد با خطر
- مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

شیوه های مقابله با خطر

الف-کنترل فطر:

در مورد خطرهای غیر قابل حذف، گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، گایدلاین ها و... برداشته شود. مانند استفاده از گایدلاین برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب- پذیرش فطر:

در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ه- اجتناب از فطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵٪ گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰٪ گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس با بسته بندی دارویی به گونه ای که دارو ها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د- کاهش و یا به حداقل رساندن فطر:

درموقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم. این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنماهای بالینی و آموزش به پزشکان.

ه- انتقال فطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، می توان آنها را پوشش داد

• یادگیری از خطاها

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش خطاها و حوادث است. گزارش خطاها و حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشند. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری ها ست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند. جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد از جمله شامل بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران و سیستم های فعال نظارتی باشند.

• گزارش دهی خطاها:

گزارش دهی اجباری :

(سیستم های گزارش دهی اجباری بیشتر برای خطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند، به کار می روند . این گونه خطاها که توسط فرآیند ممیزی قابل کشف هستند و سازمان حق دارد که درمورد آنها اطلاع داشته باشد).

گزارش دهی اختیاری:

(سیستم های گزارش دهی اختیاری برای شناسایی خطاهایی که به آسیب جدی منجر نشده اند، (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) به کار می روند)

گزارش دهی اجباری :

(سیستم های گزارش دهی اجباری بیشتر برای خطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند، به کار می روند . این گونه خطاها که توسط فرآیند ممیزی قابل کشف هستند و سازمان حق دارد که درمورد آنها اطلاع داشته باشد).

گزارش دهی اختیاری:

(سیستم های گزارش دهی اختیاری برای شناسایی خطاهایی که به آسیب جدی منجر نشده اند، (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) به کار می روند)

وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران که نیاز به گزارش فوری دارند:

- ☐ سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- ☐ انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
- ☐ مرگ و یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان
- ☐ ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.
- ☐ جاماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
- ☐ تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد.
- ☐ عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ☐ ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری
- ☐ خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ
- ☐ آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- ☐ شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

- ☐ عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
- ☐ تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی درباره زمانی کوتاه
- ☐ سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

در صورت مواجه با موارد فوق موضوع سریعاً به سوپر وایزر کشیک اطلاع داده شود.

ویژگیهای فرهنگی و بومی منطقه

شهرستان رباط کریم در جنوب غربی استان تهران واقع شده و با وسعتی معادل ۲۷۵ کیلومتر مربع در طول جغرافیایی ۵۱°۴' و عرض جغرافیایی ۳۵°۲۸' قرار گرفته و ارتفاع آن از سطح دریا ۱۰۵۰ متر می باشد و از شمال به شهرستانهای شهریار و کرج، از جنوب به شهرستانهای ری و اسلامشهر، از شرق به شهرستان بهارستان و از غرب به شهرستان ساوه محدود است.

از لحاظ ویژگی های جغرافیایی این شهرستان مخروط افکنه یا جلگه آبرفتی پایکوهی می باشد که روی مخروطه افکنه کرج قرار گرفته و با شیبی از شمال به جنوب به طرف شرق گسترش یافته و شیب غربی آن نسبت به شیب شمالی کمتر می باشد. کوهها عموماً در جنوب غرب این منطقه واقع شده و معروف ترین سلسله کوههای رباط کریم در مجاورت روستای شهرآباد قرار گرفته و قله مخروطی شکل آن به نام تخت رستم می باشد که ارتفاع آن از سطح دریا ۱۲۱۰ متر می باشد و عموماً دارای دره های خشک و از جنس آتشفشانی بوده و بیشتر از نوع بازیک و رنگ آنها سیاه و سنگهای اسیدی نیز در آن کم و بیش دیده می شود. رود شور در جنوب این شهرستان جریان دارد. منطقه رباط کریم به صورت دشت حاصلخیز به عنوان بخشی از فلات مرکزی ایران و در مسیر راه ارتباطی اقوام اولیه ساکن فلات مرکزی بوده است.

شهرستان رباط کریم از هزاران سال قبل، از مراکز مهم تمدن و زندگی بوده و آثار متعدد باستانی که در سال ۶۹ و اواخر سال ۷۳ در حوالی رباط کریم از شش هزار سال قبل تا دوران قاجاریه به دست آمده مبین این ادعاست مضافاً بر اینکه در حوالی بازارک در محلی معروف به چاله بازارک کارشناسان باستان شناسی بر این باورند که روستا یا شهری در زیر خاک مدفون شده است. منطقه رباط کریم طی اعصار گذشته جزء ملک ری و یکی از قریه های آباد آن روزگار بوده و در منابع و متون تاریخی نیز همواره بر این مسئله صحه گذاشته است.

رباط کریم به دلیل واقع شدن بر سر راه « جاده ابریشم » و راه زیارتی خراسان به بغداد از قدیم الایام دارای اهمیت و توجه بوده است و از این روست که کهن ترین و بی نظیرترین کاروانسراهای ایران مانند کاروانسرای سنگی در این منطقه ساخته می شود و به تدریج با متروکه شدن آن کاروانها و رجالی که از این راه رفت و آمد می کردند به فکر ساختن یک کاروانسرای دیگر به نام کاروانسرای فتحعلی شاهی افتاده و چون رباط کریم از طبیعت زیبا و مصفا ، باغها و مزارع فراوان و رودخانه های پر آب برخوردار بوده از این رو این امر ظاهراً با گذر خواجه کمال ، خواجه حرمسرای فتحعلی شاه قاجار از رباط کریم این امر تحقق می یابد.

در مجموع در این شهرستان ۳۲ اثر تاریخی شامل کاروانسراها، بقاع متبرکه، امامزادگان، تپه های باستانی، یخدان، آسیاب آبی، قلعه و ... می باشد که همگی مبین سابقه کهن این منطقه است.

شهرستان رباط کریم شامل سه شهر رباط کریم، نصیر شهر و شهر جدید پرند و سه دهستان به نامهای منجیل آباد، امامزاده ابوطالب و وهن آباد می باشد.

از لحاظ مسائل نژادی، قومی و قبیله ای و گویشهای زبانی در بخش مرکزی مردم شهر رباط کریم و روستاهای دهستان وهن آباد فارسی زبان بوده و از نظر فرهنگی به فرهنگ مردم «ری» نزدیک می باشند و روستاهای دهستان امامزاده ابوطالب هم فارس زبان بوده ولی روستاهای دهستان منجیل آباد ترک زبان می باشند . همچنین در شهر رباط کریم جمعیت یزدی ها نیز قابل ملاحظه است . کردها ، لرها ، گیلک ها و مازنی ها از اقوام دیگر ساکن در این شهرستان می باشند .

شهر رباط کریم و روستاهای بخش مرکزی بیشتر به زبان فارسی محاوره می نمایند البته شایان ذکر است هم اکنون به دلیل مهاجرت زیاد هم میهنان آذری زبان به این منطقه زبان ترکی جایگاه قابل ملاحظه ای در شهرستان دارد.

از سوی دیگر شهر جدید پرند در این شهرستان بر مبنای ضرورت اسکان بخشی از سرریز جمعیت شهری تهران ایجاد گردیده است و به موجب جایگاه و موقعیت مناسب آن شامل آزادراههای ارتباطی مناسب و دسترسی آسان به آزادراههای تهران - ساوه و تهران - قم، پروژه های بزرگ همجوار همانند فرودگاه بین المللی امام خمینی^(۵) ، مراکز علمی همانند دانشگاه آزاد و دانشگاه پیام نور، هوای صاف و به دور از آلودگی های تهران، همچنین برنامه ریزی جهت اجرای پروژه هایی نظیر پروژه تفریحی، ورزشی، گردشگری و اقامتی به نام سرزمین ایرانیان ، مجموعه ورزشی کارتینگ، نمایشگاه بین المللی و ایجاد شهرک صنعتی و ... قطعاً یکی از بهترین شهرهای ساخته شده در دهه های اخیر قلمداد خواهد شد.

علاوه بر آن تخصیص سهمیه ۱۱۰ هزار واحد مسکن مهر به شهر جدید پرند و فعالیت چشمگیر دولت خدمتگزار در اجرای وعده واگذاری مسکن به محرومین که الحمداله در مراحل پایانی ساخت مسکن و واگذاری آن به متقاضیان قرار دارد، باعث گردیده است تمایل به سرمایه گذاری در شهر جدید پرند و خرید مسکن و متعاقب آن اسکان شهروندان افزایش یافته و در آینده ای نزدیک با واگذاری ساختمانهای تکمیل شده مسکن مهر، وفق جمعیتی پیش بینی شده برای این شهر مبنی بر اسکان ۷۰۰ هزار نفر محقق خواهد شد.

ظرفیت ها و پتانسیل های موجود

۱. همجواری با فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) .
۲. استقرار بیش از ۲۰۰۰ واحد صنعتی در دو شهرک صنعتی مصوب نصیرشهر و پرند و در مناطق صنعتی شهید زواره ای، کاظم آباد ، ده حسن، سپیدار،
۳. قرار گرفتن در مسیر آزاد راههای تهران - ساوه و آزاد راه تهران - قم ، جاده ترانزیتی تهران - ساوه ، راه آهن تهران - جنوب و راه آهن تهران - قم.
۴. وجود ۳ دانشگاه در شهرستان با ۲۸۰۰۰ نفر دانشجو
۵. وجود ۹ هزار هکتار زمین زیر کشت با ۱۷۰۰۰۰ تن محصولات زراعی
۶. اجرای چندین پروژه ملی انتقال آب نظیر کانال محمدیه ، کانال نواب و وجود منابع و ذخایر مطمئن و پایدار آب .
۷. استقرار سیلوی ۱۲۰ هزار تنی در مجتمع شهید مدرس.
۸. احداث نمایشگاه های بین المللی کشور در شهر جدید پرند .
۹. خط مترو در حال احداث و ایجاد ارتباط سریع و بدون ترافیک با شهر تهران .
۱۰. وجود زیر ساختهای مطمئن و مناسب مخابراتی ، برق ، انرژی و
۱۱. دسترسی آسان به بازار و مراکز عرضه تولیدات و محصولات مراکز صنعتی .
۱۲. وجود مراکز نظامی و انتظامی (لشکر ۲۳ تکاور ، گروه ۳۳ توپخانه ، گروه ۹۹ پدافند هوایی)

میزان جمعیت

براساس سرشماری نفوس و مسکن در سالجاری جمعیت شهرستان رباط کریم ۱۹۳۰۰۰ اعلام شده است که از این جمعیت ۷۱۶۳۲ نفر در شهر رباط کریم ، ۲۶۱۵۴ نفر در نصیرشهر ، ۲۳۷۶۹ در شهر جدید پرند و ۵۷۷۶۸ نفر نیز در روستاهای تابعه شهرستان ساکن هستند .

قوانین امور اداری

• دیر آمدن و غیبت های غیر موجه

- ۱- ساعات حضور در محل کار بر حسب شیفت صبح ۱۴/۰۰ - ۷/۱۵، شیفت عصر ۲۰ → ۱۳:۳۰، و شیفت شب ۸:۱۵ → ۱۹:۱۵ خواهد بود در صورت تاخیر ابتدا اخطار شفاهی و در صورت تکرار اخطار کتبی با درج در پرونده به صلاحدید صورت می گیرد.
- ۲- چنانچه شخص بدون اطلاع قبلی (به هر علت که باشد) در شیفت خود حاضر نشود، طبق مقررات با وی رفتار خواهد شد و از کارانه آن ماه به ازای غیبت در هر شیفت کسر خواهد شد.

• مرخصی سالیانه

۱. ذخیره مرخصی سالیانه حداکثر ۱۵ روز در سال است ولی برای پرسنل قراردادی حتماً باید در طول سال استفاده گردد. پرسنل رسمی و پیمانی می توانند در سال ۱۵ روز مرخصی ذخیره داشته باشند. مرخصی استحقاقی به میزان ۳۰ روز در سال و ۲/۵ روز در ماه می باشد. ضمناً پرسنل با موافقت مسئول بخش می توانند از مرخصی های خود به میزان دلخواه استفاده کنند.
۲. امکان استفاده از مرخصی بدون حقوق به دلیل کمبود نیرو طبق بخشنامه ۹۴/د/۴۵۸۶ مورخ ۱۳۹۴/۰۶/۲۱ امکان پذیر نمی باشد به جز در موارد استثناء استعلاجی جزء ساعات کارکرد موظف حساب می شود.
۳. در زمان استفاده از مرخصی استعلاجی تعطیل رسمی تعلق نمی گیرد.

۴. به تعطیل رسمی و تعطیل هفتگی مرخصی استعلاجی تعلق نمی گیرد مثلا اگر پرسنلی در روز شنبه مرخصی استعلاجی بیاورد و در همان روز تعطیل باشد به او مرخصی استعلاجی تعلق نمی گیرد.
۵. استعلاجی جزء ساعات کارکرد موظف حساب می شود .
۶. به ساعات اضافه کاری مرخصی استعلاجی تعلق نمی گیرد.
۷. سختی کار با توجه به بخش مربوطه خواهد بود .
۸. میزان شبکاری در هفته براساس بخشنامه ارسالی از مرکز می باشد ولی براساس نیاز بیمارستان قابل تغییر بوده و در مواقع خاص اضافه خواهد شد.

• مرخصی کمتر از یک روز:

جهت استفاده از مرخصی ساعتی حتی الامکان در ساعتی که حجم فعالیت بخش زیاد نباشد می توانند از مرخصی استفاده نمایند که باید با هماهنگی و امضاء مسئول مربوطه در شیفت صبح و سوپر وایزر در عصر و شب باشد، حتی المقدور از گرفتن پاس اول وقت و آخر وقت خودداری شود: زیرا در مراقبت از بیماران تاثیر گذار بوده و این مورد در ارزشیابی سالیانه و ماهیانه تاثیر منفی خواهد داشت.

• مرخصی زایمان:

مرخصی زایمان با نامه پزشک معالج به مدت ۹ ماه و گواهی مربوطه پس از انجام مراحل در اولین فرصت تحویل کار گزینی گردد. استفاده از استعلاجی بیش از سه روز در ماه برای پرسنل (قراردادی-پیمانی) امکان پذیر نیست .

• استفاده از پاس شیر :

پرسنل حق دارند تا ۲۴ ماهگی فرزندشان در هر شیفت کاری با هماهنگی مسئولین مربوطه به مدت یک ساعت از پاس شیر استفاده نمایند (حتی الامکان در ساعتی که تراکم کار واحد کم باشد).

• پایان مدت دوره فدمت :

در موارد عدم صلاحیت و ضعف در نوع کار و انجام وظایف محوله طبق مقررات جاری دانشگاه اقدام خواهد شد ، تعیین نوع بخش و انجام وظایف به صلاح دید مسئول مربوطه و براساس نیاز بیمارستان و بخش صورت

خواهد گرفت ترک ناگهانی و بدون اطلاع محل خدمت جرم محسوب شده و مطابق مقررات با فرد خاطی برخورد می شود .

لازم است زمان به پایان رسیدن طرح نیروی انسانی از یک ماه قبل به سرپرستار مربوطه یادآوری شود تا جایگزینی لازم صورت گیرد .

• تخلفات اداری

تخلفات اداری به قرار زیر است:

۱. اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری ۲. نقض قوانین و مقررات مربوطه ۳. ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل ۴. ایراد تهمت و افترا ، هتک حیثیت ۵. اخاذی ۶. اختلاس ۷. تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص ۸. ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری ۹. تکرار در تاخیر وود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز ۱۰. تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی ، ایراد خسارات به اموال دولتی ۱۱. افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری ۱۲. ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه ۱۳. سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری ۱۴. کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده ۱۵. سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر ۱۶. ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری ۱۷. گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هرگونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می شود. ۱۸. تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند. ۱۹. تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری ۲۰. رعایت نکردن حجاب اسلامی ۲۱. رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی ۲۲. اختفا ، نگهداری ، حمل ، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر ۲۳. استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر ۲۴. داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت های آموزشی و تحقیقاتی ۲۵. هرنوع استفاده غیر مجاز از شوون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی ۲۶. جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی ۲۷. دست بردن در سوالات ، اوراق ، مدارک و دفاتر امتحانی و افشای سوالات امتحانی یا تعویض آنها ۲۸. دادن نمره یا امتیاز ، برخلاف ضوابط ۲۹. غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی ۳۰. سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری ۳۱. توقیف ، احتقاء ، بازرسی یا باز کردن پاکتها و محولات پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی

۳۲. کارشکنی و شایعه پراکنی ، واردار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارات به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی ۳۳. شرکت در تحصن ، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی در اعمال فشار های گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی ۳۴. عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند. ۳۵. همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی ۳۶. عضویت در سازمانهایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها ۳۷. عضویت در گروههای محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها ۳۸. عضویت در تشکیلات فراماسونری

استخدام :

رابطه استخدامی در بیمارستان به چند شکل می باشد :

۱-استخدام رسمی

۲-استخدام پیمانی برای مدت معین

۳-استخدام قراردادی برای مدت معین

۴-استخدام طرحی (پزشک و پیرا پزشک) و ضریب کا(پزشک)

۵-شرکتی

تبدیل وضعیت :

تبصره ۱: استخدام در بدو ورود به صورت پیمانی یا قراردادی و یا شرکتی است تبدیل وضعیت قراردادی به پیمانی مستلزم قبولی درآزمون استخدامی می باشد
* در خصوص استخدام شرکتی نیز با صلاحدید دانشگاه و در صورت اعلام نیاز از طریق بیمارستان امکان پذیر خواهد بود آن هم صرفاً" در رشته های خاص درمانی ،
* در مورد تبدیل وضعیت پیمانی به رسمی بر اساس دستورالعملی است که از سوی هیات امناء دانشگاه تصویب می شود .

* در حال حاضر مجوز جذب نیروی قراردادی وجود ندارد .

تبصره ۲: مستخدمین پیمانی حداقل ۳ سال و حداکثر پس از ۶ سال خدمت پیمانی در صورت داشتن شرایط ، برابر دستورالعمل مصوب هیات امناء به مستخدم رسمی آزمایشی تبدیل وضع می شوند در صورت عدم احراز شرایط مصوب برای تبدیل وضعیت به رسمی آزمایشی ، تمدید قرارداد پیمانی مقدور نمی باشد
تبصره ۳ : طول دوره رسمی آزمایشی حداقل یک سال و حداکثر دو سال است و کارمند با شرایط ذیل به مستخدم رسمی تبدیل خواهد شد

- ۱- حصول اطمینان از ،لیاقت علمی ، کاردانی ، علاقه به کار ، خلاقیت ، نوآوری ، روحیه خدمت به مردم ، تکریم ارباب رجوع ،ارتقاء سطح رضایت مندی آنان و رعایت نظم و انضباط اداری از طریق کسب امتیاز لازم با پیشنهاد رئیس بیمارستان و تایید مسئولین بیمارستان
- ۲- طی دوره های آموزشی و کسب امتیاز لازم
- ۳- تایید گزینش

* در صورتی که در پایان دوره آزمایشی ، کارمند شرایط ادامه خدمت و یا تبدیل به استخدام رسمی را

کسب ننماید با وی به یکی از روش های ذیل رفتار خواهد شد

- ۱- اعطاء مهلت یک سال دیگر برای احراز شرایط لازم (در هر حال مدت خدمت آزمایشی کارمند با احتساب این مهلت از ۳ سال تجاوز نخواهد کرد)
- ۲- قطع رابطه استخدامی

* تداوم ادامه قرارداد و تمدید آن با کارکنان قراردادی و شرکتی مشمول رضایت از عملکرد فرد (حرفه ای و رعایت قوانین اداری و شئون اسلامی و تایید هسته گزینش می باشد)
جذب پرسنل طرحی و ضریب کا :

بعد از ثبت نام در سایت وزارتخانه ، نیازمند اخذ اعلام نیاز و مکاتبات لازم همراه با مستندات مکفی اموراداری با معاونت درمان و دانشگاه خواهد بود که بعد از صدور معرفینامه مشمولان قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان از سوی دانشگاه شروع کار و بقیه اقدامات صورت خواهد پذیرفت .

* ساعت کار کارمندان چهل و چهار ساعت در هفته براساس ساعت کارو شیفت های موظف می باشد

- ۱- ساعات حضور در محل کار بر حسب شیفت ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰ صبح ، بعد ازظهر ۱۳ تا ۲۰ ، بعد از ظهر و شب ۱۹:۱۵ تا ۸:۱۵ صبح خواهد بود و ساعت صبح کار ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰ می باشد

- ۲- تمامی کارمندان موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری ،خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد براساس نیاز مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود

- ۳- چنانچه شخص بدون اطلاع قبلی (به هر علت که باشد) در محل کار یا شیفت خود حاضر نشود ، غیبت محسوب می شود که با توجه به موجه و غیر موجه بودن عدم حضور طبق مقررات با وی رفتار خواهد شد

• **واحدهایی که جهت انجام امور مختلف به آن نیاز دارید**

-تشکیل پرونده پرسنلی و ثبت اثر انگشت جهت حضور و غیاب فرد به واحد اموراداری

- صدور کارت شناسایی و تکمیل فرم تعهد به واحد حراست بیمارستان
- جهت هماهنگی سرویس به واحد خدمات
- عضویت در بسیج بیمارستان به واحد روابط عمومی و بسیج
- جهت ارائه پیشنهادات و انتقادات سازنده خود می توانید نظرات خود را به کمیته طرح تکریم ارائه و یا از صندوق انتقادات و پیشنهادات و سامانه ارسال پیامک بیمارستان استفاده و همچنین نظرات جامع و کاربردی خود را به رابط نظام پیشنهادات بیمارستان ارائه نمایید.
- جهت ارائه شکایات خود می توانید به واحد رسیدگی به شکایات بیمارستان مراجعه نمایید.
- جهت دریافت کارت سامان و بیمه تکمیلی و توجیه در خصوص امکانات رفاهی به مسئول رفاهی مراجعه نمایید.

قوانین و مقررات بخشها

۹. رعایت موازین شرعی و اسلامی در محیط کار
۱۰. ساعت کاری ۴۴ ساعت در هفته می باشد که براساس قانون بهره وری با توجه به سابقه کار بخش و این ساعت کاهش می یابد
۱۱. تحویل و تحول بخش در هر شیفت بر بالین بیمار انجام گیرد.
۱۲. تحویل و تحول بخش صبح ها بین ساعت ۷:۳۰ الی ۸:۱۵ صبح ، عصرها بین ساعت ۱۳:۳۰ الی ۱۴:۳۰ و شبها بین ساعت ۱۹:۱۵ الی ۲۰ انجام شود.

• قوانین مربوط به آموزش

۱. کلیه پرسنل طرحی و جدیدالورود بایستی فایل های آموزشی موجود در بخش را مطالعه نمایند (توجیهی بدو ورود- کتابچه ایمنی و سلامت - اعتبار بخشی و....).
۲. کنفرانسهای تعیین شده داخل بخشی جهت هر پرسنل بایستی در وقت تعیین شده اجرا گردد.
۳. در صورتی که در دعوت نامه کنفرانسهای داخل بیمارستانی اسامی افراد قید شده باشد ، حضور آن افراد الزامی است و در صورت عدم حضور از ضریب کیفی کارانه همان ماه کسر خواهد شد.
۴. ضرورت شرکت در کلاس های آموزشی و جلسات ماهیانه و تاثیر بسزای آن در ارزشیابی سالیانه

۵. ارزیابی عملکرد پرسنل بالین (سوپروایزر-سرپرستار-پرستار-بهبیار-کمک بهیار-کمک پرستار-خدمات) و ارزشیابی سالیانه توسط مسئولین هر واحد بر اساس چارت از پیش تعیین شده
۶. انجام آزمون توانمندی و صلاحیت از پرسنل جدیدالورود و انجام ارزیابی براساس نتایج آزمون ها
۷. چک لیست ارزیابی توانمندی و صلاحیت پرسنل جدیدالورود را حتما مطالعه فرمایید و موارد ذکر شده در آن را فرا بگیرید و پایش توسط سرپرستار و پرستار خبره انجام میشود.
۸. نتایج پایش توسط سوپروایز آموزشی ارزیابی خواهد شد و اقدامات بعدی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی انجام خواهد شد.

قوانین پوشش

قوانین پوشش

کلیه افرادی که در بیمارستان وزایشگاه فاطمه الزهراء(س) رباط کریم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام وظیفه می نمایند باید به قوانین و مقررات بیمارستان آگاهی کامل داشته باشند و آن را رعایت نموده و در اجرای آن کوشا باشند. پوشش کلیه پرسنل در بدو ورود به بیمارستان باید پوشش اداری باشد.

کلیه افراد باید در نظر داشته باشند که بیماران و همراه بیمار بدلیل شرایط خاصی که در آن به سر می برند تحریک پذیری زیادی دارند و بنابراین باید با نهایت متانت ، ادب و احترام و طبق منشور حقوق بیمار ، تحت هر شرایط با آنها رفتار مناسب صورت گیرد و در موارد ضروری و پس از اطلاع به سوپر وایزر از نگهبان بیمارستان کمک خواسته و از درگیر شدن مستقیم با بیمار و همراه بیمار اکیداً خود داری کنند. پس از ورود بیمار به بخش ، قسمتهای مختلف بخش (از قبیل تخت بستری، سرویس بهداشتی ، خروجی اضطراری و...) و سر پرستار را به وی معرفی و شماره داخلی بخش را در اختیار وی قرار دهید .

یونیفرم و پوشش مناسب:

یونیفرم در رده های مختلف پرستاری - اداری برای مشخص کردن گروه های مختلف می باشد.

پرستاران خانم: مقنعه سورمه ای ، شلوار سورمه ای ، مانتو سورمه ای ، کفش مشکی
 پرستاران آقا: بلوز و شلوار اسکراب سورمه ای
 بهیاران: کفش ، جوراب، شلوار، مانتو و مقنعه سفید
 کمک بهیاران: کفش و جوراب و مانتو و شلوار کرم رنگ
 خدمات: روپوش و شلوار طوسی و در خانمها مقنعه طوسی
 منشی: روپوش قهوه ای
توجه:

- استفاده از کفش روباز و دمپایی به دلیل رعایت موازین کنترل عفونت ممنوع و کفش باید جلو بسته باشد.
 - نصب اتیکت پرسنلی جهت کلیه پرسنل الزامی می باشد
پوشش مناسب فوهران:

۱. پوشش کامل بدن به جز کفین دست و قرص صورت
۲. عدم استفاده از هرگونه آرایش در انظار عمومی
۳. استفاده از رنگ های مناسب جهت پوشش و عدم استفاده از مانتو تنگ ، چسبان و کوتاه
۴. آشکار نبودن زیور آلات در انظار عمومی

برادران:

۱. عدم استفاده از شلوار های تنگ ، پیراهن آستین کوتاه و تنگ
۲. عدم استفاده از لباسهای دارای تصاویر و نوشته های نامناسب
۳. عدم استفاده از الگوها و مدل های نامناسب سرو صورت الزامی می باشد.

اخلاق و رفتار اداری و اسلامی

در محیط کار رفتاری محترمانه و دوستانه و مسالمت آمیز توأم با حسن نیت و همکاری با یکدیگر داشته باشند از غرض ورزیهای بی مورد ، سوء ظن اخلاقی در کار یکدیگر، اهمال و سستی در انجام وظیفه که عامل اصلی نارضایتی های محیط کار می باشد دوری کرده و دیگران را نیز تشویق به اعمال صحیح نمایند در موارد برخورد افراد نباید مسائل را بطور فردی با یکدیگر مطرح نمایند . بلکه با رعایت سلسله مراتب به سرپرست مربوطه مراجعه و تنها در صورت لزوم به مدیریت مراجعه نمایند و با توجه به اهمیت رعایت طرح انطباق دقت لازم را در مورد جدابودن محل فعالیت پرسنل خانم و آقا و یارانه خدمات درمانی به بیماران داشته باشند.

دفتر بهبود کیفیت و امور اداری و دفتر پرستاری
بهار 1404

"قوانین و موارد اختصاصی هر بخش"

معرفی بخش CCU و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر بیات.

سرپرستار: سرکار خانم محترم اسدی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم ستاری.

فضای فیزیکی بخش CCU

بخش CCU شامل یک اتاق ایزوله فعال با یک تخت و سالن شامل هفت تخت می باشد. ایستگاه پرستاری بر تمامی بیماران احاطه داشته و هر تخت در یک یونیت جهت نظارت بهتر پرستار قرار دارد که جهت

حفظ حریم بیمار بین یونیتها در صورت نیاز با پرده پوشانده می شود، همه یونیتها به گیج اکسیژن مجهز است.

این بخش شامل یک اتاق کثیف، انبار وسایل، حمام، اتاق ملحفه و اتاق ایزوله مجهز به حمام و سرویس بهداشتی جداگانه است.

قوانین موجود در بخش CCU

- ✓ با توجه به مصوبه تیم اجرایی بیمارستان، پذیرش بیماران الکتیواز ساعت ۱۴-۱۳ انجام می شود.
- ✓ در بخش CCU ملاقات بیماران محدود و در ساعت ۱۶-۱۵ با صلاحدید مسئول شیفت و نظارت واحد نگهداری انجام می شود.
- ✓ استفاده از موبایل توسط بیمار ممنوع است.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ به بیمار آموزش در رابطه با استراحت مطلق بودن و دستشوئی رفتن داده شده و بیمار به محض ورود به بخش مانیتور گردیده، علائم حیاتی کامل همراه با فشار از ۲ دست گرفته می شود.
- ✓ سرم های دارویی مورد نیاز با توجه به فشار خون بیمار وصل می گردد.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ نوار قلب بدو ورود از بیمار گرفته می شود.
- ✓ از همراهان بیمار یک شماره موبایل و یک شماره ثابت گرفته می شود و در کاردکس نوشته می شود.
- ✓ تماس تلفنی همراهان نیز از ساعت ۲ عصر تا ۱۰ شب می باشد.
- ✓ در صورت نرمال بودن وضعیت بیمار در همان بدو ورود بیمار توزین می گردد.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح میدهد.
- ✓ تمامی مدارک و داروهای مصرفی بیماران با سابقه بیماری قبلی و دفترچه بیمه بیمار باید تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ از آوردن گل طبیعی و اطفال به داخل بخش جلوگیری شود.
- ✓ پتو جهت استراحت همراه بیمار روی زمین انداخته نشود.

- ✓ زمان پایین آمدن از تخت طبق هماهنگی، با پرستار بیمار باشد در ابتدا بیمار لبه تخت بنشیند، پاها را آویزان کند، مدتی صبر کند پس به آرامی از تخت پایین بیاید.
- ✓ بیمار بدون هماهنگی با پرستار از بخش بیرون نرود.
- ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
- ✓ توصیه رژیم غذایی متناسب با نوع بیماری به بیمار خصوصاً در بیماران دیابتی.
- ✓ ویزیت بیماران از ساعت ۹ صبح آغاز می شود.
- ✓ زمان سرو صبحانه ساعت ۶-۶/۳۰ صبح، سرو نهار ۱۲/۳۰-۱۳/۳۰ و سرو شام ۱۸/۳۰-۱۹/۳۰ می باشد.
- ✓ به تمامی بیماران، حین ترخیص برگه آموزش حین ترخیص، خلاصه پرونده و نسخه دارویی، اقدامات پاراکلینیکی و کلیشه ها و برگه های آموزشی داده می شود.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش ICU و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر نوروزی.

سرپرستار: سرکار خانم آزاده مرادی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم آذربایجانی.

فضای فیزیکی بخش ICU

بخش ICU شامل دو اتاق ایزوله، یک اتاق دیالیز و سالن می باشد که در کل شامل ۱۶ تخت فعال می باشد.

ایستگاه پرستاری بر تمامی بیماران احاطه داشته و هر تخت در یک یونیت جهت نظارت بهتر پرستار قرار دارد که جهت حفظ حریم بیمار بین یونیتها در صورت نیاز با پرده پوشانده می شود، همه یونیتها به گیج اکسیژن، مانیتور، ونتیلاتور، پمپ سرنگ و تشک مواج مجهز است.

این بخش شامل یک اتاق کثیف، انبار وسایل، حمام، اتاق ملحفه و اتاق های ایزوله مجهز به حمام و سرویس بهداشتی جداگانه است.

این بخش دارای آسانسور جهت حمل بیمار می باشد.

قوانین موجود در بخش ICU

- ✓ در وقت پذیرش بیمار یک نفر از خانواده بیمار به عنوان رابط بیمار با بخش تعیین می شود و توضیحات لازم درباره حال بیمار به ایشان داده می شود و اطلاع رسانی از حال بیمار از طریق این رابط به سایر بستگان انجام می گردد نه از پرسنل بخش ICU.
- ✓ در بدو ورود بیمار به بخش کلیه اشیاء قیمتی (طلا و جواهرات)، موبایل، پول، لباسهای شخصی بیمار، تحویل همراه بیمار داده می شود تا به منزل برده شود و بخش هیچ مسئولیتی در قبال وسایل بیمار نخواهد داشت.
- ✓ در بدو ورود بیمار حتما دفترچه بیمه بیمار تحویل بخش داده شود.
- ✓ همراه بیمار در بدو ورود باید دستمال مرطوب، دستمال کاغذی، پوشینه بزرگسال را تهیه و تحویل بخش دهد.
- ✓ مدت زمان ملاقات بیماران در بخش ICU نیم ساعت و از ساعت ۱۳-۱۲/۳۰ می باشد، به جز تعطیلات رسمی.
- ✓ اجازه ملاقات بیماران در از غیر ساعات تعیین شده به هیچ عنوان مقدور نیست.
- ✓ افراد ملاقات کننده فقط بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) می باشد و از پذیرش سایر بستگان معذوریم.
- ✓ در وقت ترخیص بیمار، تمام وسایل بیمار به همراهان تحویل داده می شود و بخش بعد از ترخیص هیچ مسئولیتی در قبال وسایل بیمار ندارد.
- ✓ به تمامی بیماران، حین ترخیص برگه آموزش حین ترخیص، خلاصه پرونده و نسخه دارویی، اقدامات پاراکلینیکی و کلیشه ها و برگه های آموزشی داده می شود.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی اتاق عمل و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: جناب آقای دکتر جواد انصاری.

سرپرستار: سرکار خانم اعظم زارع.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم اسدپور.

فضای فیزیکی اتاق عمل

اتاق عمل شامل سه اتاق می باشد که در هر اتاق یک تخت فعال جراحی قرار دارد. یک اتاق ریکاوری که شامل دو تخت می باشد. در این محل کلیه جراحی های جنرال انجام می شود.

این بخش شامل یک اتاق کثیف، انبار وسایل، اتاق اسکراپ، پکینگ ارتوپدی، پکینگ جنرال، پاییون خانمها، رختکن آقاییون و پزشکان و سرویس بهداشتی جداگانه است.

قوانین موجود در اتاق عمل

- ✓ قوانین ساعت ورود و خروج توسط پرسنل رعایت شود.
- ✓ واشینگ هفتگی اتاق عمل در روزهای شنبه .
- ✓ واشینگ روزانه در پایان هر شیفت.
- ✓ رعایت پوشش لباس فرم مخصوص اتاق عمل، توسط کلیه پرسنل.
- ✓ رعایت موازین اخلاقی.
- ✓ جلوگیری از ایجاد سر و صدا و آلودگی صوتی.
- ✓ چک کردن وسایل اتاق عمل و تجهیزات و استوک.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش اطفال و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر اسماعیلی.

سرپرستار: سرکار خانم حبیبه محمدی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم ارجمند.

فضای فیزیکی بخش اطفال

بخش اطفال شامل شش اتاق اطفال با ۱۸ تخت و یک واحد نوزادان با ۱۶ تخت می باشد. در این بخش یک اتاق استراحت مادر و نوزاد، دو تریتمنت، یک اتاق رست پرسنل، اتاق کثیف، اتاق تمیز، انبار، تی شوی خانه، حمام و سرویس بهداشتی در انتهای بخش می باشد.

قوانین موجود در بخش اطفال

- ✓ با توجه به مصوبه تیم اجرایی بیمارستان، پذیرش بیماران الکتیواز ساعت ۱۴-۱۳ و ترخیص از ساعت ۱۳-۱۲ انجام می شود.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ آموزش بد ورود، حین بستری و حین ترخیص و بعد از ترخیص به تمامی بیماران داده می شود.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ بعلت وجود دوربین مدار بسته و پرسنل مرد در بخش حتما حجاب اسلامی را رعایت نمایند.
- ✓ مادران گرامی حتما رو پوش صورتی بر تن داشته باشند.
- ✓ کلیه بیماران به هیچ عنوان حق خروج از بخش را ندارند مگر با صلاحدید مسئول شیفت و یا جهت اقدامات درمانی.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح میدهد.
- ✓ برای حفظ سلامتی خود و سایر بیماران لطفا نظافت را رعایت نموده و زباله ها در سطل آشغال آبی رنگ ریخته شود.
- ✓ غذاهای اضافه و نان خشک در یخچال نگهداری نشود و درون سطل های آبی رنگ ریخته شود و از انداختن پوشک و زباله های عفونی در سطل آبی اکیدا خودداری نمایند.
- ✓ سرویس بهداشتی و حمام انتهای سالن در سمت راست می باشد.
- ✓ از انداختن پد بهداشتی در چاه سرویس بهداشتی اکیدا خودداری نمایند در صورت افتادن حتما برداشته و در سطل زباله بیاندازید.
- ✓ پوشک کودکان بعد از تعویض حتما در سطل زباله سرویس بهداشتی انداخته شود.
- ✓ شست و شوی لباس در بخش ممنوع میباشد.
- ✓ شست و شوی صحیح دست و رعایت بهداشت فردی انجام شود.
- ✓ تخت ها حتما ملحفه داشته باشند و تمیز و مرتب باشند.
- ✓ از بردن کودکان به اتاق های دیگر و راه رفتن در سالن اکیدا خودداری شود.
- ✓ به هیچ عنوان از درب اضطراری رفت و آمد نکنید.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشد.

- ✓ از آوردن گل طبیعی به داخل بخش خودداری شود.
 - ✓ محافظ های کنار تخت همیشه بالا کشیده شده باشند و مراقب باشید، کودکان از تخت سقوط نکند.
 - ✓ از ابتدای بستری تا زمان ترخیص، دستبند شناسایی باید به دست بیمار بسته باشد.
 - ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
 - ✓ ویزیت بیماران از ساعت ۹-۱۱ صبح آغاز می شود و متخصص اطفال روزانه متغییر می باشد.
 - ✓ زمان سرو صبحانه ساعت ۶-۶/۳۰ صبح، سرو نهار ۱۲/۳۰-۱۳/۳۰ و سرو شام ۱۸/۳۰-۱۹/۳۰ می باشد.
 - ✓ ساعت ملاقات همه روزه در بخش اطفال از ۱۵ تا ۱۶/۳۰ می باشد و در بخش نوزادان ملاقات ممنوع می باشد.
 - ✓ وسایل شخصی مورد نیاز بیمار که لازم است نزد وی باشد شامل: کاغذی، دمپایی، لیوان، قاشق، بشقاب و
 - ✓ اگر مشکل بیمه دارید با منشی بخش آقای تقی زاده هماهنگ کنید.
 - ✓ منشور حقوق بیمار که بروشور آن در سالن نصب شده و پمفلت آن در بدو ورود به بیمار تحویل داده میشود را مطالعه نمایید.
 - ✓ به تمامی بیماران، حین ترخیص برگه آموزش حین ترخیص، خلاصه پرونده و نسخه دارویی، اقدامات پاراکلینیکی و کلیشه ها و برگه های آموزشی داده می شود.
 - ✓ هنگام ترخیص حتما پتو و ملحفه خود را تحویل دهید.
- (رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش جراحی و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: جناب آقای دکتر جواد انصاری.

سرپرستار: سرکار خانم عصمت رضایی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم چهار ارکان.

فضای فیزیکی بخش جراحی

بخش جراحی شامل ۴۰ تخت فعال می باشد. ایستگاه پرستاری در ابتدای بخش قرار دارد. اتاق تریتمنت و اتاق استراحت پرسنل نیز در این محدوده قرار دارد. در این بخش یک اتاق کثیف، یک اتاق تمیز، انبار وسایل و تی شوی خانه نیز وجود دارد.

در این بخش در صورت تمایل بیماران اتاق های VIP نیز وجود دارد

قوانین موجود در بخش جراحی

- ✓ با توجه به مصوبه تیم اجرایی بیمارستان، پذیرش بیماران الکتیواز ساعت ۱۴-۱۳ و ترخیص از ساعت ۱۳-۱۲ انجام می شود.
- ✓ جهت تشکیل پرونده بستری همراه داشتن کپی کارت ملی مددجو الزامی است.
- ✓ در رضایت نامه: اثر انگشت پدر بیمار الزامی است، در صورت مطلقه بودن مادر یا فوت پدر، حضانت نامه الزامی است.
- ✓ بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند می توانند از حضور یک همراه در حین بستری برخوردار باشند.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح میدهد.
- ✓ تمامی مدارک و داروهای مصرفی بیماران با سابقه بیماری قبلی و دفترچه بیمه بیمار باید تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ از آوردن گل طبیعی و اطفال به داخل بخش خودداری شود.
- ✓ زمان پایین آمدن از تخت طبق هماهنگی، با پرستار بیمار باشد در ابتدا بیمار لبه تخت بنشیند، پاها را آویزان کند، مدتی صبر کند پس به آرامی از تخت پایین بیاید.
- ✓ بیمار بدون هماهنگی با پرستار از بخش بیرون نرود.
- ✓ از ابتدای بستری تا زمان ترخیص، دستبند شناسایی باید به دست بیمار بسته باشد.
- ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
- ✓ توصیه رژیم غذایی متناسب با نوع بیماری به بیمار خصوصا در بیماران دیابتی.
- ✓ ویزیت بیماران از ساعت ۹ صبح آغاز می شود.

✓ زمان سرو صبحانه ساعت ۶/۳۰-۶ صبح، سرو نهار ۱۳/۳۰-۱۲/۳۰ و سرو شام ۱۹/۳۰-۱۸/۳۰ می باشد.

✓ در تمام طول بستری دفترچه بیمار نزد خودش نگهداری شود.

✓ ساعت ملاقات همه روزه از ۱۵:۳۰ تا ۱۶:۳۰ می باشد.

✓ در صورت داشتن تلفن همراه، زیورآلات و لوازم باارزش مسئولیت بر عهده بیمار می باشد.

✓ در صورت داشتن عمل جراحی، بدون اطلاع پرستار، از خوردن و آشامیدن پرهیزید.

✓ در بیماران تصادفی داشتن کپی کارت ملی الزامی است.

✓ در بیماران تصادفی از ابتدای زمان بستری پیگیری کרוکی با هماهنگی منشی بخش انجام میشود.

✓ منشور حقوق بیمار که بروشور آن در سالن نصب شده و پمفلت آن در بدو ورود به بیمار تحویل داده میشود را مطالعه نمایید.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بلوک زایمان و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر بنفشه امینی خواه.

سرپرستار: سرکار خانم مهری خالوباقری.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم بهبودی.

فضای فیزیکی بلوک زایمان

بلوک زایمان متشکل از: اتاق ادमित که شامل یک تخت معاینه و یک تخت ژنیکو و سرویس بهداشتی بیماران، ۱۷ اتاق لیبر، اتاق ایزوله که شامل یک تخت بستری و یک تخت ژنیکو، اتاق شستشوی سته‌ها، اتاق ستهای تمیز، تی شوی خانه، اتاق فایلها و زونکنها می باشد.

قوانین موجود در بلوک زایمان

- ✓ جهت تشکیل پرونده بستری همراه داشتن کپی کارت ملی و شناسنامه مددجو و یا عقدنامه و حضور همسر الزامی می باشد.
- ✓ منشور حقوق بیمار که بروشور آن در سالن نصب شده و پمفلت آن در بدو ورود به بیمار تحویل داده میشود را مطالعه نمایید.
- ✓ پرستار یا ماما در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ پرستار یا ماما ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ بیماران فقط لباس مخصوص بیمارستان را باید به تن داشته باشند.
- ✓ محافظ های کنار تخت همیشه بالا کشیده شده باشند.
- ✓ از ابتدای بستری تا زمان ترخیص، دستبند شناسایی باید به دست بیمار بسته باشد.
- ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
- ✓ در این بخش به هیچ عنوان همراه بیمار حضور ندارد.
- ✓ داشتن موبایل دوربین دار در بخش ممنوع می باشد.
- ✓ زایشگاه ساعت ملاقات ندارد.
- ✓ همراه داشتن لباس و البسه نوزاد ضروری می باشد.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش داخلی و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر سارا شهپری.

سرپرستار: سرکار خانم عصمت رضایی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم چهارارکان.

فضای فیزیکی بخش داخلی

بخش داخلی که در انتهای بخش جراحی بیمارستان واقع شده است، دارای شش اتاق میباشد و کلا ۱۶ تخت دارد. کلیه تختها مجهز به اکسیژن سانترال می باشند. این بخش شامل یک اتاق کثیف، انبار وسایل، اتاق ملحفه و اتاق ایزوله مجهز به حمام و سرویس بهداشتی جداگانه است.

قوانین موجود در بخش داخلی

- ✓ با توجه به مصوبه تیم اجرایی بیمارستان، پذیرش بیماران الکتیو از ساعت ۱۴-۱۳ و ترخیص از ساعت ۱۳-۱۲ انجام می شود.
- ✓ جهت تشکیل پرونده بستری همراه داشتن کپی کارت ملی مددجو الزامی است.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ آموزش بد ورود، حین بستری و حین ترخیص و بعد از ترخیص به تمامی بیماران داده می شود.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ بیماران فقط لباس مخصوص بیمارستان را باید به تن داشته باشند.
- ✓ کلیه بیماران به هیچ عنوان حق خروج از بخش را ندارند مگر با صلاحدید مسئول شیفت و یا جهت اقدامات درمانی.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح میدهد.
- ✓ برای حفظ سلامتی خود و سایر بیماران لطفا نظافت را رعایت نموده و زباله ها در سطل آشغال آبی رنگ ریخته شود.
- ✓ غذاهای اضافه و نان خشک در یخچال نگهداری نشود و درون سطل های آبی رنگ ریخته شود.
- ✓ بیماران همه روزه توسط متخصص داخلی، عفونی یا قلب و نورولوژی با توجه به بیماریشان ویزیت می شوند.
- ✓ تمامی مدارک و داروهای مصرفی بیماران با سابقه بیماری قبلی و دفترچه بیمه بیمار باید تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ از آوردن گل طبیعی و اطفال به داخل بخش خودداری شود.
- ✓ بیماران CBR (استراحت مطلق)، به هیچ وجه نباید از تخت پایین بیایند.
- ✓ زمان پایین آمدن از تخت، طبق هماهنگی با پرستار بیمار باشد و در ابتدا بیمار لبه تخت بنشیند، پاها را آویزان کند، مدتی صبر کند پس به آرامی از تخت پایین بیاید.
- ✓ محافظ های کنار تخت همیشه بالا کشیده شده باشند.
- ✓ بیمار بدون هماهنگی با پرستار از بخش بیرون نرود.
- ✓ از ابتدای بستری تا زمان ترخیص، دستبند شناسایی باید به دست بیمار بسته باشد.

- ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
- ✓ توصیه رژیم غذایی متناسب با نوع بیماری به بیمار خصوصا در بیماران دیابتی.
- ✓ ویزیت بیماران از ساعت ۹ صبح آغاز می شود.
- ✓ زمان سرو صبحانه ساعت ۶-۶/۳۰ صبح، سرو نهار ۱۳/۳۰-۱۲/۳۰ و سرو شام ۱۹/۳۰-۱۸/۳۰ می باشد.
- ✓ ساعت ملاقات همه روزه از ۱۵/۳۰ تا ۱۶/۳۰ می باشد.
- ✓ کلیه اشیاء قیمتی (طلا و جواهرات)، موبایل، پول، لباسهای شخصی بیمار، تحویل همراه بیمار داده می شود تا به منزل برده شود.
- ✓ نیاز به همراه جهت بیماران توسط سرپرستار و یا مسئول شیفت سنجیده شده و در صورت لزوم فقط یک نفر و فقط در شیفت شب (در صورت لزوم بصورت ۲۴ ساعته)، در بخش حضور خواهد داشت.
- ✓ کلیه همراهان در ساعت ۷ صبح بخش را ترک نموده و در محوطه بیمارستان حضور داشته باشند، مگر در صورتیکه طبق صلاحدید مسئول شیفت، بیماری نیاز به همراه دائمی داشته باشد.
- ✓ وسایل شخصی مورد نیاز بیمار که لازم است نزد وی باشد شامل: دفترچه بیمار، دستمال کاغذی، دمپایی، لیوان، قاشق، بشقاب، فلاسک چای و در صورت نیاز بدین (لگن یکبار مصرف).
- ✓ در تمام طول بستری دفترچه بیمار نزد خودش داخل کمد کنار تختش نگهداری شود.
- ✓ منشور حقوق بیمار که بروشور آن در سالن نصب شده و پمفلت آن در بدو ورود به بیمار تحویل داده میشود را مطالعه نمایید.
- ✓ به تمامی بیماران، حین ترخیص برگه آموزش حین ترخیص، خلاصه پرونده و نسخه دارویی، اقدامات پاراکلینیکی و کلیشه ها و برگه های آموزشی داده می شود.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش دیالیز و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: جناب آقای دکتر زمزمی.

سرپرستار: سرکار خانم جهانبخش.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم صفدری.

فضای فیزیکی بخش دیالیز

بخش دیالیز شامل یک اتاق ایزوله و سالن می باشد که شامل ۱۵ تخت فعال می باشد. ایستگاه پرستاری بر تمامی بیماران احاطه داشته و هر تخت در یک یونیت جهت نظارت بهتر پرستار قرار دارد که جهت حفظ حریم بیمار بین یونیتها در صورت نیاز با پرده پوشانده می شود، همه یونیتها به گیج اکسیژن مجهز است. این بخش شامل یک اتاق کثیف، انبار وسایل، حمام، اتاق ملحفه و اتاق ایزوله مجهز به حمام و سرویس بهداشتی جداگانه است.

قوانین موجود در بخش دیالیز

- ✓ دیالیز بخشی است سرپایی که بیماران با نارسایی کامل کلیه طبق برنامه ی زمانی چهار ساعته و سه روز در هفته دیالیز می شوند.
- ✓ برای انجام دیالیز مدارک زیر مورد نیاز می باشد:
- معرفی نامه دیالیز از واحد بیماریهای خاص معاونت درمان دانشگاه ایران.
- دفترچه بیماری خاص.
- کپی از صفحه اول دفترچه ی بیمه.
- دستور پزشک مربوطه.
- برای پذیرش بیماران در این مرکز هماهنگی با واحد بیماریهای خاص معاونت درمان دانشگاه ایران لازم می باشد {به جز بیماران اورژانسی و بیماران بستری در این بیمارستان}.
- پس از پذیرش و تعیین زمان و روز دیالیز، لازم است شما طبق برنامه تعیین شده در روز و ساعت مقرر برای دیالیز تشریف بیاورید.
- ✓ وسایل مورد نیاز شامل:

- قاشق، لیوان کوچک، دستمال کاغذی، لباس مناسب با آستین گشاد.
- برای جلوگیری از انتشار آلودگی از آوردن وسایل اضافه خودداری فرمایید.
- بهتر است برای دیالیز لباس مخصوص در نظر بگیرید و هر جلسه همان لباس را برتن کنید تا لباسهای دیگر آلوده نشود و از نظر وزنی تفاوتی ایجاد نشود.
- همراه داشتن تلفن همراه ممنوع نمی باشد ولی لازم است فاصله تلفن همراه از دستگاه دیالیز بیش از یک متر باشد، از مکالمه طولانی با آن خودداری شود.
- ✓ در هنگام پذیرش اول با محیط فیزیکی بخش آشنا می شوید.
- ✓ دستگاه در ساعت معین به شما وصل می شود، لذا بهتر است دیرتر و یا خیلی زودتر از ساعت مشخص شده تشریف نیاورید.
- ✓ جهت جلوگیری از بی نظمی برای جا به جایی و یا تغییر ساعت دیالیز و روز دیالیز با مسئول بخش هماهنگ نمایید.
- ✓ در صورت بستری شدن یا مهمان شدن در مراکز دیگر جواب آزمایش ماهانه و فرم مهمان از بخش دیالیز تحویل گرفته و همراه خود داشته باشید.
- ✓ غیبت به هر دلیلی که باشد باید از قبل یا ابتدای شیفت همان روز به بخش دیالیز اطلاع داده شود.
- ✓ بلند صحبت کردن و تردد همراهان در بخش دیالیز باعث اختلال در استراحت بیماران می شود.
- ✓ در صورتی که به مدت یک هفته برای دیالیز نیامدید قبل از آمدن مجدد به مسئول بخش اطلاع دهید.
- ✓ در صورتی که نیاز به دارو دارید نام داروی مصرفی و دفترچه بیمه را روی میز خود بگذارید تا توسط پزشک مربوطه نسخه شود.
- ✓ در صورت بستری شدن در مراکز دیگر خلاصه پرونده را با خود بیاورید.

- ✓ جهت جلوگیری از انتشار آلودگی قبل از شروع دیالیز لازم است محل تزریق سوزنها را با آب و صابون بشوئید.
- ✓ قبل و بعد از دیالیز با ترازو وزن شوید.
- ✓ وزن خشک خود را بدانید.
- ✓ بین دو جلسه دیالیز بیش از سه کیلو گرم وزن اضافه نداشته باشید.
- ✓ داروهای خود را در منزل درست مصرف کنید.
- ✓ رعایت نگهداری و حمل آمپول اریتروپویتین طبق بروشور دارو و با حفظ زنجیر سرما الزامی می باشد.
- ✓ از محل دسترسی عروقی خود در منزل و حین دیالیز مراقبت نمایید.
- ✓ در صورتی که در فواصل بین دیالیز دچار تب، تهوع، لرز، اسهال، سردرد شدید و یا هر مشکل دیگری که داشته اید منتظر جلسه بعدی دیالیز نباشید هر چه سریعتر به مرکز درمانی مراجعه کنید.
- ✓ رژیم غذایی خود را بین جلسات دیالیز رعایت نمایید و از خوردن و آشامیدن حین دیالیز خودداری فرمایید.

- ✓ در صورت مشاهده ی هر گونه نابسامانی و اعتراض به شرایط و عملکرد پرسنل بخش یا شیفت اطلاع داده و از جر و بحث با پرسنل خودداری فرمایید.
- ✓ همکاری لازم را با بخش دیالیز در مورد جا به جایی ساعت و روز و زمان دیالیز داشته باشید.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح میدهد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ از آوردن گل طبیعی و اطفال به داخل بخش جلوگیری شود.
- ✓ زمان پایین آمدن از تخت طبق هماهنگی، با پرستار بیمار باشد در ابتدا بیمار لبه تخت بنشیند، پاها را آویزان کند، مدتی صبر کند پس به آرامی از تخت پایین بیاید.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی درمانگاه و قوانین و مقررات بخش

سرپرستار: سرکار خانم خالقی.

فضای فیزیکی درمانگاه

درمانگاه شامل ۳۰ اتاق میباشد.

طبقه اول ، اتاق آمادگی زایمان و پاییون پرسنل و انبار درمانگاه و اتاق مسئول درمانگاه که همگی در راهروی سمت راست قرار دارند.

در مرکز طبقه اول آبدارخانه و تی شوی خانه، سرویس بهداشتی پرسنل، کلینیک فیزیوتراپی، اتاق نوار مغز و نوار عصب عضله فعال است.

در انتهای راهروی چپ کلینیک های اطفال، چشم، روانپزشک، عفونی، طب فیزیکی، جراحی، پوست، نورولوژی، زنان، آموزش شیردهی، اتاق معاینه زنان، قلب، اکوکاردیوگرافی، نوارقلب، تست ورزش و درمانگاه داخلی فعال است.

طبقه دوم واحد ریاست مدیریت اتاق مدیر پرستاری واحد مالی واحد اداری واحد مددکاری میباشد.

قوانین موجود در درمانگاه

✓ در بدو ورود پرسنل باید آموزشهایی در باره محیط درمانگاه ببینند.

- ✓ وظایف روتین در درمانگاه آموزش داده می شود.
- ✓ نحوه کار با انواع دستگاهها آموزش داده می شود.
- ✓ آموزش سشتن و استریل کردن لوله های آندوسکوپی داده می شود.
- ✓ طرز تهیه و آماده کردن محلولهای آندوسکوپی و نگهداری آن آموزش داده می شود.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش زنان و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: سرکار خانم دکتر بنفشه امینی خواه.

سرپرستار: سرکار خانم مهری خالوباقری.

جانشین سرپرستار: سرکار مولود طاهری.

فضای فیزیکی بخش زنان

بخش زنان شامل ۹ اتاق و ۱۶ تخت فعال می باشد. هر اتاق دارای سرویس بهداشتی فرنگی مجزا میباشد. در انتهای سالن دست راست، سرویس بهداشتی عمومی جهت رفاه حال همراهان تعبیه شده است. این بخش شامل یک اتاق کثیف، یک اتاق تمیز، انبار وسایل، اتاق ملحفه و البسه و اتاق ایزوله و اتاق پره اکلامسی مجهز به حمام و سرویس بهداشتی جداگانه است. همچنین بخش دارای اتاق آموزش شیردهی و واکسیناسیون و تریتمنت و ادمیت نوزادان می باشد.

قوانین موجود در بخش زنان

- ✓ با توجه به مصوبه تیم اجرایی بیمارستان، پذیرش بیماران الکتیواز ساعت ۱۴-۱۳ و ترخیص از ساعت ۱۳-۱۲ انجام می شود.
- ✓ جهت تشکیل پرونده بستری همراه داشتن کپی کارت ملی و شناسنامه مددجو و یا عقدنامه و حضور همسر الزامی می باشد.
- ✓ هنگام پذیرش بیماران پمفلت آموزشی مربوط به بیماری فعلی، تحویل بیمار یا همراهان میشود.
- ✓ آموزش بد ورود، حین بستری و حین ترخیص و بعد از ترخیص به تمامی بیماران داده می شود.
- ✓ منشور حقوق بیمار که بروشور آن در سالن نصب شده و پمفلت آن در بدو ورود به بیمار تحویل داده میشود را مطالعه نمایید.
- ✓ پرستار یا ماما در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرسنل بخش دارای اتیکت جهت شناسائی میباشند.
- ✓ پرستار یا ماما ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ بیماران فقط لباس مخصوص بیمارستان را باید به تن داشته باشند.
- ✓ کلیه بیماران به هیچ عنوان حق خروج از بخش را ندارند مگر با صلاحدید مسئول شیفت و یا جهت اقدامات درمانی.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ آموزش شستن مرتب دست و رعایت مسایل کنترل عفونت و تفکیک زباله را توضیح داده می شود.
- ✓ برای حفظ سلامتی خود و سایر بیماران لطفا نظافت را رعایت نموده و زباله ها در سطل آشغال آبی رنگ ریخته شود.
- ✓ غذاهای اضافه و نان خشک در یخچال نگهداری نشود و درون سطل های آبی رنگ ریخته شود.
- ✓ بیمارانیکه تحت عمل جراحی قرار گرفته اند می توانند از حضور یک همراه در حین بستری برخوردار باشند.
- ✓ تمامی مدارک و داروهای مصرفی بیماران با سابقه بیماری قبلی و دفترچه بیمه بیمار باید تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد.
- ✓ از آوردن گل طبیعی و اطفال به داخل بخش خودداری شود.
- ✓ بیماران CBR (استراحت مطلق)، به هیچ وجه نباید از تخت پایین بیایند.

- ✓ زمان پایین آمدن از تخت، طبق هماهنگی با پرستار یا ماما بیمار باشد و در ابتدا بیمار لبه تخت بنشیند، پاها را آویزان کند، مدتی صبر کند پس به آرامی از تخت پایین بیاید.
- ✓ محافظ های کنار تخت همیشه بالا کشیده شده باشند.
- ✓ بیمار بدون هماهنگی با پرستار یا ماما از بخش بیرون نرود.
- ✓ از ابتدای بستری تا زمان ترخیص، دستبند شناسایی باید به دست بیمار بسته باشد.
- ✓ نگهداری از دستبند شناسایی و توضیح اهمیت آن به بیمار و خارج کردن دستبند در زمان ترخیص.
- ✓ زمان سرو صبحانه ساعت ۶/۳۰-۶ صبح، سرو نهار ۱۳/۳۰-۱۲/۳۰ و سرو شام ۱۹/۳۰-۱۸/۳۰ می باشد.
- ✓ در صورت داشتن عمل جراحی، بدون اطلاع پرستار بخش، از خوردن و آشامیدن پرهیزید.
- ✓ ساعت ملاقات همه روزه از ۱۵/۳۰ تا ۱۶/۳۰ می باشد. (بجز موارد خاص مانند اپیدمی کووید ۱۹)
- ✓ ورود آقایان در ساعات غیر از ملاقات به بخش زنان ممنوع می باشد.
- ✓ در صورت داشتن تلفن همراه، زیور آلات و لوازم با ارزش مسئولیت حفظ و نگهداری بر عهده بیمار می باشد.
- ✓ وسایل شخصی مورد نیاز بیمار که لازم است نزد وی باشد شامل: دفترچه بیمار، دستمال کاغذی، دمپایی، لیوان، قاشق، بشقاب، فلاسک چای و در صورت نیاز بدین (لگن یکبار مصرف) و نوار بهداشتی.
- ✓ در تمام طول بستری دفترچه بیمار نزد خودش داخل کمد کنار تختش نگهداری شود.
- ✓ واکسیناسیون نوزادان متولد شده، در بخش زنان از ساعت ۱۰/۳۰-۱۰ صبح های غیر تعطیل انجام می شود.
- ✓ به تمامی بیماران، حین ترخیص برگه آموزش حین ترخیص، خلاصه پرونده و نسخه دارویی، اقدامات پاراکلینیکی و کلیشه ها و برگه های آموزشی داده می شود.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)

معرفی بخش اورژانس و قوانین و مقررات بخش

مسئول علمی و رئیس بخش: جناب آقای دکتر کاظمی.

سرپرستار: سرکار خانم فاطمه حسینی.

جانشین سرپرستار: سرکار خانم نصیری.

فضای فیزیکی بخش اورژانس

بخش اورژانس شامل یک اتاق بعنوان واحد تریاژ در ورودی بخش، یک سالن که استیشن پرستاری در مرکز آن واقع شده و ۱۸ یونیت در اطراف آن می باشد. ایستگاه پرستاری بر تمامی بیماران احاطه داشته و هر تخت در یک یونیت جهت نظارت بهتر پرستار قرار دارد که جهت حفظ حریم بیمار بین یونیتها در صورت نیاز با پرده پوشانده می شود، همه یونیتها به گیج اکسیژن و ساکشن سانترال مجهز است. اتاقهای دیگر شامل یک اتاق CPR، یک اتاق اطفال با چهار تخت، یک اتاق ایزوله با یک تخت و سرویس بهداشتی مجزا و یک اتاق عمل با یک تخت می باشد. این بخش همچنین دارای یک اتاق کثیف، اتاق تمیز، انبار وسایل، ست شوی خانه و تی شوی خانه می باشد. در بخش سرویس بهداشتی ایرانی موجود می باشد.

قوانین موجود در بخش اورژانس

✓ خوشرویی در برخورد با کلیه کارکنان.

- ✓ آموزش بد ورود، حین بستری و حین ترخیص و بعد از ترخیص به تمامی بیماران داده می شود.
- ✓ پرستار در هر شیفت خود را به بیمار معرفی کرده و قوانین را توضیح میدهد.
- ✓ پرستار ضمن حفظ حریم بیمار و ایجاد احساس امنیت آموزشهای لازم را به بیمار و همراهان میدهد.
- ✓ کلیه اتصالات بیمار از نظر داشتن برچسب تاریخ چک می گردد.
- ✓ همکاری با انتظامات و نگهبانی بخش.
- ✓ عدم پارک اتومبیل در محوطه.
- ✓ عدم تردد همراهان در بخشها و راهروها.
- ✓ حفظ شئونات و رعایت حجاب اسلامی در بیمارستان الزامی است.
- ✓ تحویل شناسنامه و یا کارت شناسایی معتبر و عکس دار هنگام مراجعه بیمار به واحد پذیرش در بدو ورود.
- ✓ حضور والدین پدر یا جد پدری برای بیماران زیر ۱۸ سال ضروری است.
- ✓ تاریخ و دستور بستری پزشک معالج به منزله وجود تخت خالی در بخش مربوطه نیست.
- ✓ پرسنل همگن در کلیه بخش های اورژانس (سرپایی و بستری) در حد امکان اجرا میگردد.
- ✓ هنگام خواب و استراحت محافظ کنار تخت بالا باشد و نحوه استفاده از آن به بیمار آموزش داده شود.
- ✓ خروج بیمار از بخش ممنوع می باشد.
- ✓ وجود دو نوع سلطل زباله در بخش اورژانس که سلطل زباله دارای کیسه زرد رنگ مخصوص زباله های بیمارستانی و عفونی و سلطل با کیسه زباله مشکی رنگ مخصوص زباله های غیر عفونی و معمولی میباشد.
- ✓ رعایت نظافت در داخل بخش و سرویس بهداشتی و حمام.
- ✓ از استعمال دخانیات در کلیه فضاهای بیمارستانی خودداری گردد.
- ✓ نگهداری اشیا گران قیمت شخصی در بخش ممنوع است.
- ✓ نوع رژیم غذایی بیمار توسط پزشک تجویز خواهد شد.

(رعایت قوانین و مقررات بخش و حفظ موازین شرعی و حرمت پرسنل و بیماران الزامی است)