

کتابچه توجیهی بدو ورود پرسنل جدیدالورود

مجتمع آموزشی و درمانی خیرین سلامت



تهیه شده توسط :

مدیریت خدمات پرستاری

آنچه باید فراگیران در رابطه با سنجه های استاندارد اعتباربخشی بدانند:

۱. آگاهی از رسالت، چشم انداز و ارزش های مرکز آموزشی درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی

۲. آگاهی و عمل به مفاد منشور حقوق بیمار

۳. پوشیدن لباس فرم و نصب اتیکت شناسایی (dress code)

۴. معرفی خود قبل از انجام هر اقدامی به بیمار یا همراه وی

۵. آگاهی و عمل به استانداردهای ایمنی بیمار و ۹ راه حل ایمنی

۶. آگاهی و عمل به استانداردهای پرونده نویسی

۷. آگاهی و عمل به خط مشی حداقل های قابل قبول شرح حال و خلاصه پرونده

۸. آگاهی از کنترل عفونت، ایمنی و مدیریت خطر و مربوط به اعتباربخشی

۹. آگاهی از شرح وظایف و محدوده فعالیت طبق شرح وظایف ابلاغی

۱۱. شرکت در دوره های مرتبط استانداردهای اعتباربخشی با هماهنگی واحد آموزش

۱۱. آگاهی از کتابچه های توجیهی عمومی و اختصاصی

۱۲. آگاهی از دستورالعمل های ایمنی و سلامت شغلی

در صورت دریافت هرگونه اطلاعات بیشتر به دفتر بهبود کیفیت مراجعه نمایید.

فهرست مطالب

تاریخچه: ۷

۸	بخش های بستری، اورژانس و اتاق عمل:
۱۱	نقشه بیمارستان:
۱۲	معرفی مسئولین مرکز آموزشی و درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی:
۱۴	مقدمه:
۱۵	پرستاری:
۱۵	تغییر و تحول وسایل بخش:
۱۶	کاربرد وسایل بخش:
۱۶	تکریم ارباب رجوع:
۱۷	ساعات کار:
۱۷	مرخصی سالیانه:
۱۸	مرخصی کمتر از یک روز:
۱۸	استفاده از فرجه تعطیلی (OFF):
۱۸	استفاده از پاس شیر:
۱۹	بیماری و حادثه:
۱۹	برنامه ماهیانه:
۲۰	آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت:
۲۱	آیین نامه نحوه پوشش مرکز آموزشی و درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی:
۲۲	روند ارتقای شغلی کارمندان دولت:
۲۴	راز داری و حفظ اسناد:
۲۴	انواع تخلفات اداری در ماده ۸ قانون:
۲۹	سلسله مراتب سازمانی:
۲۹	نمودار سلسله مراتب سازمانی:
۳۰	امکانات رفاهی - مذهبی:
۳۲	ارتقای سطح کیفی و کمی فعالیتهای آموزشی و پژوهشی در مرکز آموزشی درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی:
۳۲	آموزش:
۳۳	آموزش به بیمار:
۳۳	حداقل های آموزش به بیمار:
۳۴	دستورالعمل ترخیص ایمن:



دستورالعمل ترخیص ایمن: ۳۵

توجه: ملاک آگاهی و اجرای این تکنیک توسط پرستار: ۳۶

اصول کنترل عفونت در بیمارستان..... ۳۸

شایعترین نوع عفونت های بیمارستانی:..... ۳۹

عوامل مستعد کننده بیمار به عفونت محل عمل..... ۴۲

محیط اتاق عمل..... ۴۴

نظام سندرمیک..... ۴۶

احتیاطات استاندارد:..... ۵۱

منشور حقوق بیمار..... ۷۵

شاخص های مورد بررسی در بیمارستان: ۷۸

۹ راه حل سازمان جهانی بهداشت جهت ایمنی بیمار..... ۷۹

گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران: ۸۰

روش اجرایی نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری ، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون..... ۸۰

روش اجرایی مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون..... ۸۱

دستورالعمل دارو دهی..... ۸۲

دارو دهی ایمن:..... ۸۴

اخذ رضایت آگاهانه از گیرنده خدمت توسط پزشک معالج همراه با مهر و امضاء..... ۸۴

انواع ثبت در پرونده..... ۸۸

تقسیم کار و شرح وظایف اعضاء گروه کد ۹۹..... ۹۶

روش انجام کار توسط اعضاء گروه کد: ۹۷

احیای مادر باردار و احیا با مایعات ، خون و فرآورده ها در خونریزی مامایی..... ۹۷

شرح وظایف پرستاران بخش در قبل از حضور اعضاء کد: ۹۸

دستورالعمل ارائه مراقبت به شیوه موردی..... ۱۰۱

روش مراقبت موردی (Case Method)..... ۱۰۱

SBAR چیست؟..... ۱۰۴

مدیریت خطر و Risk management..... ۱۰۷

مدیریت بحران..... ۱۰۹

آتش نشانی..... ۱۱۱



فصل اول

آشنایی کلی با بیمارستان

تاریخچه:

مرکز آموزشی درمانی نکویی هدایتی فرقانی قم که به بیمارستان نکویی معروف است در یکی از خیابان های پر ترافیک شهر با بافت قدیمی قرار گرفته است و اولین بار در سال ۱۳۳۴ به همت مرحوم نکویی جهت مداوای بیماران تأسیس گردید. سپس با توجه به نیاز جامعه در سال ۱۳۴۷ با همت مرحوم میرزا حسین هدایتی ساختمانی جهت زایشگاه تأسیس و به بهره برداری رسید.

همچنان با رشد جمعیت و نیازهای روز افزون به دستور حضرت آیت ... العظمی مرعشی نجفی (ره) و با همت سید جواد جدا بخش رادیولوژی بیمارستان بنا و راه اندازی گردید. در سال ۱۳۷۵ به دنبال سفر تاریخی مقام معظم رهبری به شهر مقدس قم و با استفاده از اعتبارات اعطایی از ناحیه دفتر معظم له بخش تصویربرداری بیمارستان و در سال ۱۳۸۶ با همت مرحوم رحیمی بخش سوانح سوختگی تأسیس و با دست پر برکت آیت ... نوری همدانی افتتاح گردید.

ساختمانهای مختلف مرکز آموزشی درمانی نکویی هدایتی در زمانهای مختلف با توجه به نیازهای مختلف جامعه، کاربری های جداگانه ای داشته اند.

به عنوان مثال بخش زایشگاه میرزا حسین هدایتی در ابتدا جهت ارائه خدمات در زمینه زنان و زایمان احداث گردیده بود ولی با توجه به افزایش نیاز جامعه و احداث زایشگاه ایزدی در نزدیکی این مرکز، کاربری زایشگاه هدایتی تغییر یافته و اکنون بخشهای جراحی زنان، جراحی اعصاب مردان، اتاقهای عمل و ICU در این ساختمان، خدمات مورد نیاز را به مراجعان محترم ارائه می نمایند.

در بهمن ماه سال ۱۳۹۵ پروژه ۴۵۰ تخت خوابی ساختمان فرقانی که با نیات خیرخواهانه شادروان حاج محمد فرقانی در سال ۱۳۷۶ آغاز شده بود، تکمیل و تجهیز و افتتاح گردید.

بخش های بستری، اورژانس و اتاق عمل:

• اورژانس: (طبقه همکف ساختمان فرقانی)

اورژانس این مرکز شامل تحت نظر مردان، تحت نظر زنان، اتاق سوچور، اتاق گچ و اتاق CPR می باشد. بیماران به صورت مستقیم و یا توسط ۱۱۵ به این مرکز مراجعه می نمایند. با توجه به شناخته شده بودن اورژانس این مرکز در سطح شهر و تعداد مراجعین، از حساسیت و اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

• سی سی یو: (طبقه همکف ساختمان فرقانی)

این بخش با ۶ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج و تأیید پزشک بیهوشی / مقیم امکان پذیر می باشد.

• آی سی یو ۱: (طبقه اول ساختمان فرقانی)

این بخش با ۸ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج و تأیید پزشک بیهوشی مقیم امکان پذیر می باشد. به جز بیماران سوختگی، سایر بیمارانی که نیاز به آی سی یو دارند در این بخش بستری می شوند.

• آی سی یو ۲: (طبقه اول ساختمان فرقانی)

این بخش با ۹ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج و تأیید پزشک داخلی مقیم امکان پذیر می باشد. انواع Case های داخلی و نرولوژی که نیاز به آی سی یو دارند در این بخش بستری می شوند. در صورت تکمیل ظرفیت بخش آی سی یو ۱ و وجود تخت خالی در این بخش، سرریز بیماران آی سی یو ۱ در این بخش بستری می گردد.

• اتاق عمل جنرال: (طبقه اول ساختمان فرقانی)

با ۶ اتاق عمل فعال در خدمت بیماران می باشد. آمادگی خدمت رسانی به انواع Case های جراحی، ارتوپدی، ترمیمی، سوختگی و نروسرجری را دارد و به صورت ۲۴ ساعته فعال می باشد.

• اتاق عمل زنان و زایمان: (طبقه دوم ساختمان فرقانی)

با ۲ اتاق عمل فعال در خدمت بیماران می باشد. آمادگی خدمت رسانی به انواع Case های جراحی زنان و زایمان را دارد و به صورت ۲۴ ساعته فعال می باشد.

• NICU: (طبقه دوم ساختمان فرقانی)

این بخش با ۱۷ تخت فعال پذیرای نوزادان نارس و با مشکلات تنفسی و آنومالی های خاص می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج فوق تخصص نوزادان و اطفال مقیم امکان پذیر می باشد.

• بخش تحت نظر زنان و زایمان: (طبقه دوم ساختمان فرقانی)

این بخش با ۲۳ تخت فعال پذیرای مادران باردار می باشد. انواع Case های مادران باردار که در سرویس متخصص زنان قرار می گیرند و نیاز به خدمات مراقبتی مامائی دارند، در این بخش بستری می شوند.

• بخش جراحی ارتوپدی مردان: (طبقه سوم ساختمان فرقانی)

این بخش با ۴۴ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های جراحی و ترمیمی (الکتیو، اورژانس) در این بخش بستری می شوند.

بخش جراحی جنرال زنان (طبقه سوم ساقتمان فرقانی)

این بخش با ۳۶ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های جراحی های زنان (الکتیو ، اورژانس) در این بخش بستری می شوند.

• بخش جراحی اعصاب : (طبقه چهارم ساقتمان فرقانی)

این بخش با ۲۴ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های نورسرجری و ترمیمی (الکتیو ، اورژانس) در این بخش بستری می شوند.

• بخش داخلی : (طبقه چهارم ساقتمان فرقانی)

این بخش با ۴۰ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های داخلی و نرولوژی (الکتیو ، اورژانس) در این بخش بستری می شوند.

• بخش جراحی زنان و زایمان : (طبقه پنجم ساقتمان فرقانی)

این بخش با ۳۵ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های مادرها پس از زایمان (Post Partom) و جراحی های زنان که در سرویس متخصص زنان قرار می گیرند در این بخش بستری می شوند.

• بخش اطفال و نوزادان : (طبقه پنجم ساقتمان فرقانی)

این بخش فعلا با ۲۴ تخت در قسمت اطفال و ۲۰ انکوباتور و فتوتراپی نوزادان پذیرای بیماران می باشد. انواع Case های کودکان و نوزادان در این بخش بستری می شوند.

بخش سوختگی مردان و زنان (طبقه اول ساقتمان ریمی)

این بخش بستری می شوند. بخش سوختگی زنان ۸ تخت و سوختگی مردان نیز ۸ تخت فعال دارد.

• آی سی یو سوختگی : (طبقه اول ساقتمان ریمی)

این بخش با ۴ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج و تأیید پزشک بیهوشی مقیم امکان پذیر می باشد. انواع Case های سوختگی که نیاز به آی سی یو دارند در این بخش بستری می شوند.

• روانپزشکی زنان : (طبقه اول ساقتمان نگویی)

این بخش با ۳۲ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج امکان پذیر می باشد. انواع Case های روانپزشکی در این بخش بستری می شوند.

• روانپزشکی مردان 1 : (طبقه همکف ساقتمان نگویی)

این بخش با ۳۲ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج امکان پذیر می باشد. انواع Case های روانپزشکی در این بخش بستری می شوند.

• روانپزشکی مردان 2 : (طبقه همکف ساقتمان نگویی)

این بخش با 25 تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج امکان پذیر می باشد. انواع Case های روانپزشکی در این بخش بستری می شوند.

• درمان ناباروری (طبقه همکف ساقتمان ریمی)

این بخش که در سال ۹۶ در این مرکز فعال گردیده است ، پذیرای بیمارانی که نیاز به مشاوره و درمان نازائی هستند ، در شیفت صبح می باشد. این واحد همچنین دارای دو اتاق عمل فعال در شیفت صبح می باشد.

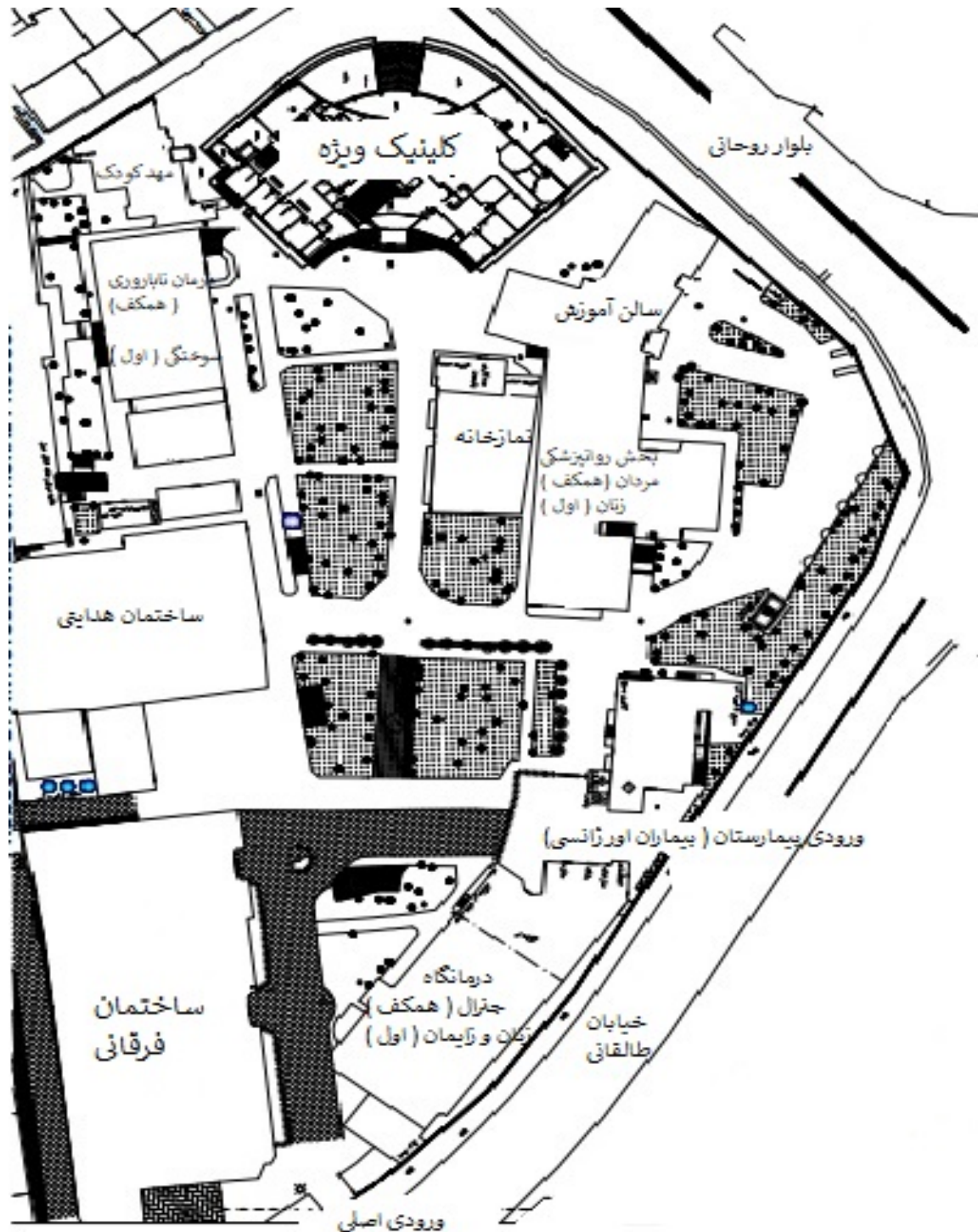
و بخش های پاراکلینیک شامل:

- آزمایشگاه (طبقه منفی یک ساختمان فرقانی)
- رادیولوژی (طبقه همکف ساختمان فرقانی و طبقه همکف کلینیک ویژه)
- سی تی اسکن (طبقه منفی یک ساختمان فرقانی)
- سونوگرافی (طبقه منفی یک ساختمان فرقانی)
- فیزیوتراپی (طبقه منفی یک کلینیک ویژه)

در حال حاضر این بیمارستان با ۴۱۰ تخت فعال در حال خدمت رسانی به این بخش با ۳۲ تخت فعال پذیرای بیماران می باشد. پذیرش و ترخیص بیمار از این بخش با دستور پزشک معالج امکان پذیر می باشد. انواع **Case** های روانپزشکی در این بخش بستری می شوند. ملت شریف استان قم و دیگر هموطنان می باشد.

استان قم به دلیل موقعیت خاص جغرافیایی که در مسیر شاهراه مواصلاتی شمال به جنوب و شرق به غرب کشور با بار ترافیکی بالا قرار گرفته است از اهمیت و حساسیت ویژه ای در رسیدگی به مصدومان حوادث جاده ای برخوردار می باشد و توسعه و احداث بزرگراه های منتهی به شهرستان قم نقش مؤثری در کاهش میزان تصادفات جاده ای داشته و دارد و بیمارستان نکویی با توجه به تخصص هایی که دارد سهم بسزایی در درمان مصدومین جاده ای به عهده دارد.

نقشه بیمارستان:



معرفی مسئولین مرکز آموزشی و درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی

ریاست: دکتر جواد حکیم الهی فوق تخصص نوزادان

معاون درمان: دکتر مسعود دامن پاک متخصص بیهوشی

معاون آموزشی: دکتر رقیه آهنگری فوق تخصص پریناتولوژی

مدیریت: جناب آقای دکتر غلامحسینی

مدیر پرستاری: جناب آقای عباس ملکی

مسئول دفتر بهبود کیفیت: اکبر صادقی دهنوی کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد مدیریت

سوپروایزرها:

امیر زارعی: سوپروایزر بالینی

حسین کریمی: سوپروایزر بالینی

احمد سوری: سوپروایزر بالینی

مجید گلشیری: سوپروایزر بالینی

فریبا قاسمی : سوپروایزر بالینی

مریم قطبی : سوپروایزر بالینی

کریم حاجی : سوپروایزر بالینی

گوهرسادات موسوی : سوپروایزر بالینی

محمد حسین رادمرد: سوپروایزر بالینی

سعیده آقاگلی: سوپروایزر آموزشی

طاہره حسینی خو: سوپر وایزر آموزش سلامت

مرضیه اولاد: کارشناس کنترل عفونت

فصل دوم

قوانین و مقررات اداری

مقدمه:

کلیه افرادی که در بخش های پرستاری مرکز آموزشی درمانی نکویی - هدایتی، فرقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم انجام وظیفه می نمایند باید قوانین و مقررات مربوط به بیمارستان را رعایت نموده و در اجرای آنها کوشا باشند. بنابراین از کلیه پرسنل انتظار می رود که مقررات مندرج در این راهنما را به دقت مطالعه کرده و بکار گیرند و در محیط کار رفتار محترمانه و دوستانه و مسالمت آمیز توأم با حسن نیت و همکاری با یکدیگر داشته باشند و از غرض ورزی های بی مورد، سوء ظن، اخلال 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 بروز اختلاف نظر و خدای ناکرده درگیری لفظی با همکاران، ضمن تسلط بر اعمال و گفتار خود و پرهیز از هرگونه گفتار و رفتار نابجا و دور از شأن، مشکل را با رعایت سلسله مراتب اداری و از طریق مسؤؤل بخش و در صورت لزوم مراجعه به مدیر خدمات پرستاری مرتفع نمایید.

تعیین نوع بخش به صلاحدید دفتر پرستاری و بر اساس نیاز بیمارستان و بخش ها صورت خواهد گرفت. امکان دارد در طول مدت خدمت یک فرد، براساس نیاز های به وجود آمده، بخش محل خدمت تغییر یابد. پرسنل طرحی یک ماه قبل از به پایان رسیدن طرح نیروی انسانی، به سرپرستار مربوطه یادآوری نمایند تا جایگزینی لازم صورت گیرد.

سعی کنید در چند روز اول که جهت **Orientation** مشغول فعالیت می شوید قسمت های مختلف بیمارستان را بشناسید، با اصول اولیه کار در بخش، کار با دستگاه ها و روتین کار در بخش آشنا شده و پروتکل ها و دستورالعمل های موجود در بخش را مطالعه نموده تا در روند کار دچار مشکل نشوید.

در صورتی که طبق نظر سوپروایزر نیاز باشد که در یک شیفت در بخش دیگری انجام وظیفه نمایید با دفتر پرستاری همکاری نمایید و نهایت تلاش خود را در جهت رفع مشکل بخش های دیگر به کار گیرید، زیرا سوپروایزر مسؤؤل ایجاد تعادل در قسمت های مختلف بیمارستان می باشد.

پرستاری :

حرفه ای است تخصصی با نقش های چندگانه و دارای وظایف عمومی و اختصاصی . هدف پرستار ارائه خدمات پرستاری به بیماران و افراد نیازمند مراقبت ، در طیف سلامت به جهت تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی می باشد .

مسئولیت:

سرپرستی و نظارت مستمر برحسب اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری، جزئی از شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری می باشد.

کلیه افراد موظفند وظایف و مسئولیت های محوله را به نحو کامل و احسن انجام دهند و مقررات، خط مشی ها و روشهای تعیین شده پرستاری را رعایت نمایند. اشتباه و خطا در دارو دادن و یا درمان بیمار، سقوط بیمار و به طور کلی هر اتفاق غیر عادی باید به مسؤول بخش یا مسؤول شیفت و پزشک مربوطه اطلاع داده شود و توجهات لازم از بیمار جهت جلوگیری از ایجاد عوارض در وی به عمل آید. جهت پیشگیری از بروز خطای مشابه در سایر پرسنل و بررسی علل و عوامل مؤثر در بروز خطا، توصیه می گردد فرم ثبت خطای پزشکی را تکمیل نموده و به مسؤول ایمنی بیمارستان تحویل دهید. بدیهی است در صورت گزارش خطا به ایشان ضمن مخفی ماندن نام گزارشگر، تنبیهی در این زمینه متوجه فرد نمی گردد.

تقسیم کار با تأکید بر روش **Case method** در ابتدای شیفت مشخص می گردد. مسؤول شیفت موظف است بیماران را بر بالین ایشان و کلیه وسایل را از مسؤول شیفت قبل تحویل گرفته و در طول شیفت نظارت کامل بر کار پرسنل درمانی و خدماتی از جهت انجام صحیح و به موقع وظایف و مسئولیت های محوله، رعایت یونیفرم، رعایت بهداشت و موازین کنترل عفونت، حضور به موقع و فعال در بخش و بالین بیماران، نظارت بر ساعت استراحت شبانه و اخلاق و برخورد ایشان با بیماران و مراجعین داشته باشد. به طور خلاصه می توان گفت در شیفت های عصر و شب و در زمان عدم حضور مسؤول بخش، مسؤول شیفت عهده دار تمام مسئولیت های مربوط به بخش می باشد.

تغییر و تحول وسایل بخش:

وسایل موجود در بخش اموال بیمارستان و بیت المال هستند و حفظ آنها وظیفه تک تک پرسنل می باشد و در صورت مفقود شدن یک وسیله کلیه پرسنل موجود در شیفت مربوطه مسؤول پاسخگویی و تأمین آن هستند. پس در ابتدای



شیفت وسایل موجود در بخش، تک تک و با دقت کافی چک شود و پس از اطمینان از سلامت وسایل موجود، دفاتر مربوطه مهر و امضا شود. کلیه پرسنل باید در استفاده صحیح از وسایل موجود نهایت دقت را نموده و در صورت مشاهده موارد خلاف اصول صحیح نگهداری، مراتب را به مسؤول مربوطه گزارش دهند و در صورت مواجهه با دستگاه معیوب روی آن برچسب « خراب است » زده شود و پیگیری های لازم به عمل آید. اطمینان از سلامت و صحت کارکرد دستگاه ها در ابتدای شیفت، ضامن رسیدگی مطلوب به بیماران در شرایط خاص و بحرانی مانند کد احیا می باشد.

در استفاده از وسایل مصرفی مانند باند و گاز و سرنگ و... نهایت دقت و صرفه جویی به عمل آید. در نگهداری از داروها و جلوگیری از پرت آنها دقت لازم و کافی به عمل آید. داروهای مخدر نیز از نظر تعداد پر و مصرف شده به دقت تحویل گرفته شده و به منظور جلوگیری از هرگونه سوء استفاده، در مکان امن نگهداری گردد.

کاربرد وسایل بخش:

ضمن مراقبت کامل از وسایل بخش، نحوه به کارگیری و نگهداری از کلیه وسایل موجود در بخش را بیاموزید. در صورت عدم آگاهی از نحوه عملکرد دستگاهها، از برگه های آموزشی نحوه کار با دستگاه، سرپرستار یا پرستاران خبره کمک بگیرید و از دستکاری دستگاهها جداً خودداری کنید. اکثر دستگاهها دارای سیستم دیجیتالی بوده و ممکن است با زدن یک کلید اشتباه، خراب شده و یا تنظیمات آن دچار اختلال شود و نیاز به تعمیر یا **Setting** مجدد از طریق شرکت مربوطه با هزینه های گزاف پیدا نماید.

تکریم ارباب رجوع:

کلیه افراد باید در نظر داشته باشند که بیماران و همراه بیمار به دلیل شرایط خاصی که در آن به سر می برند وضعیت روحی مناسب ندارند و ممکن است تعدادی نیز به دلیل شرایط بحرانی بوجود آمده، تحریک پذیری زیادی داشته باشند و یا رفتارهای غیرعادی از خود بروز دهند، بنابراین باید تحت هر شرایط با نهایت متانت، ادب و احترام و طبق منشور حقوق بیمار (که در پیوست موجود است) با آنها رفتار شود. در موارد ضروری، پس از اطلاع به سوپروایزر از نگهبان بیمارستان کمک خواسته و از درگیر شدن مستقیم با بیمار و همراه بیمار اکیداً خودداری کنید.

پس از ورود بیمار به بخش، خود و سرپرستار را به نام به بیمار معرفی نموده و قسمت های مختلف بخش (از قبیل تخت بستری، سرویس بهداشتی و ...) را به وی نشان داده و شماره داخلی بخش را در اختیار وی قرار دهید. در بدو پذیرش، منشور حقوق بیمار، پمفلت های آموزش به بیمار و مقررات بخش و بیمارستان را به بیمار و همراهان وی ارائه نمایید و سعی نمایید محیطی آرام برای بیمار فراهم نمایید.

ساعات کار:

ساعات موظف کار ۴۴ ساعت در هفته می باشد. پرسنل مشمول قانون ارتقای بهره وری بر اساس سختی کار بخش مربوطه، سابقه کاری و نوبت کاری، مشمول حداقل ۲ و حداکثر ۸ ساعت کاهش ساعت کار در هفته می باشند.

پرسنل مکلف هستند کلیه ساعات کار خود را بر حسب نیاز بیمارستان و در شیفتهای مورد نیاز کامل نمایند. برنامه درخواستی ماه بعد (OFF، مرخصی و موارد خاص) قبل از تنظیم برنامه به سرپرستار اعلام تا در صورت امکان پس از تأمین نیاز بخش در نظر گرفته شود. ممکن است به دلایل متعدد بعضی از برنامه های درخواستی محقق نشود. هر یک از پرسنل می توانند حداکثر تا سه مورد جابجایی شیفت پس از تأیید سرپرستار و دفتر پرستاری داشته باشند، بدیهی است جابجایی بیش از سه مورد در هر ماه تأثیر منفی در نمره کارانه دارد. جابجایی باید با پرسنل همپراز و همجنس انجام شود تا در امر رسیدگی به بیماران اختلال ایجاد نشود.

- مجموع ساعات کارکرد در یک ماه، نباید از ساعت کاری موظف کمتر باشد، در غیر اینصورت ضمن تأثیر منفی در نمره کارانه، در صورت تکرار برابر مقررات برخورد و در ارزشیابی سالیانه نیز منظور می گردد.
- ساعات ورود؛ شیفت صبح: ۰۷:۰۰؛ شیفت عصر: ۱۳:۰۰ و شیفت شب: ۱۹:۰۰ می باشد.
- ساعات خروج؛ شیفت صبح: ۱۴:۰۰؛ شیفت عصر: ۲۰:۰۰ و شیفت شب: ۰۸:۰۰ می باشد.
- یک ساعت **overlap** شیفت ها به منظور تغییر و تحول بالینی بخش می باشد و کلیه پرسنل موظف به حضور فعال در راند بالینی بخش می باشند.
- حضور فیزیکی با یونیفرم در بخش تا حداقل ۱۵ دقیقه مانده به پایان شیفت، حتی در صورت اتمام وظایف و مسؤولیت ها الزامی می باشد و در صورت خروج از بخش ترک محل خدمت محسوب می گردد.
- شرط خروج از بیمارستان اتمام وظایف محوله بدون کم و کاستی و تحویل آن به شیفت بعدی می باشد.

مرخصی سالیانه:

مرخصی استحقاقی هر پرسنل ماهیانه ۲/۵ روز می باشد. در صورت اطمینان از داشتن استحقاق، برگه مرخصی تکمیل و پس از موافقت و امضای مسؤول بخش، شخصا به دفتر پرستاری مراجعه کرده و در صورت امضا و موافقت مدیر خدمات پرستاری، به کارگزینی بیمارستان تحویل گردد. این فرایند باید قبل از استفاده از مرخصی صورت گیرد. طبق ماده ۳ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری، به پرسنل شاغل در بخش سوختگی و روانپزشکی علاوه بر مرخصی استحقاقی، ماهیانه ۲/۵ روز مرخصی تعلق می گیرد که ذخیره نمی گردد و تا پایان سال باید استفاده شود. ذخیره مرخصی سالیانه برای پرسنل رسمی و پیمانی به تناسب مدت خدمت، حداکثر ۱۵ روز در سال است.



پرسنل قراردادی تبصره ۳، باید در طول سال تمام مرخصی خود را استفاده نمایند. استفاده از مرخصی را به ماههای پایانی سال و یا طرح موکول ننمایید چون ممکن است به دلیل کمبود نیرو یا دیگر شرایط با مرخصی موافقت نگردد. در صورت کمبود پرسنل و یا نیاز بخش ممکن است با مرخصی موافقت نگردد و یا با تغییر تاریخ درخواست، طبق نیاز بخش، موافقت گردد. قبل از تعیین تاریخ اعمال جراحی الکتیو، همانند درخواست مرخصی استحقاقی، اطلاع به مسؤول بخش و دفتر پرستاری و توافق در مورد تاریخ آن الزامی می باشد. مرخصی استحقاقی تا ۵ روز در کارانه تأثیری ندارد و بیش از ۵ روز، به ازای هر روز، یک روز از کارکرد کسر می گردد.

مرخصی کمتر از یک روز:

استفاده از مرخصی ساعتی فقط در مواقع ضروری و در ساعتی که حجم فعالیت بخش زیاد نباشد امکان پذیر می باشد. سعی شود انجام امورات شخصی به ساعات خارج از شیفت کاری موکول شود. شرط استفاده از مرخصی ساعتی، موافقت و هماهنگی با سرپرستار یا مسؤول شیفت و تأیید دفتر پرستاری می باشد. قبل از تعویض لباس و حضور در دفتر پرستاری به صورت تلفنی از موافقت سوپروایزر اطمینان حاصل فرمایید. درخواست پاس اول وقت امکان پذیر نبوده و مانند تأخیر در ورود محاسبه می گردد. مجموع ساعات مرخصی ساعتی استفاده شده در طول سال از مرخصی استحقاقی کسر می گردد.

استفاده از فرجه تعطیلی (OFF):

حداکثر از سه روز فرجه تعطیلی پشت سر هم می توان استفاده کرد که با هماهنگی سرپرستار بخش در برنامه منظور می گردد. فرجه تعطیلی به برنامه ماه بعد منتقل نمی گردد و همچنین نمی توان از سه روز OFF انتهای یک ماه متصل به سه روز OFF ابتدای ماه بعد استفاده نمود. در صورت عدم رضایت سرپرستار از عملکرد پرسنل، می تواند فرصت استفاده از سه روز OFF پشت سرهم را به وی ندهد.

استفاده از پاس شیر:

کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان، تا سن ۲۴ ماهگی فرزندشان، در هر شیفت کاری با هماهنگی سرپرستار و تأیید دفتر پرستاری به مدت یک ساعت از پاس شیر استفاده نمایند. تنظیم ساعت استفاده از پاس شیر باید با نظر سرپرستار و در ساعاتی که تراکم کار بخش کمتر است انجام شود.

بیماری و حادثه:

به منظور ارائه مراقبت های لازم و کافی به بیماران و جلوگیری از بروز مشکل در امر خدمت رسانی مطلوب به ایشان ، گزارش کسالت یا بروز اتفاق غیر منتظره که مانع از حضور فرد در محل کار خود شود باید قبل از فرا رسیدن شیفت کاری (حداقل طی شیفت قبل) به مسؤول بخش یا مسؤول شیفت و سوپروایزر اطلاع داده شود و در صورت بیماری، گواهی پزشک در اولین صبح روز کاری به رویت مدیر خدمات پرستاری رسانده شود. بدیهی است عدم اطلاع به موقع یا عدم ارائه گواهی پزشک به منزله غیبت محسوب شده و طبق مقررات برخورد می گردد. لازم به ذکر است به ازای هر روز استعلاجی یک روز از کارکرد در طرح کارانه کسر می گردد.

استعلاجی بیش از سه روز پرسنل مشمول بیمه خدمات درمانی (پرسنل رسمی) پس از رویت مدیر خدمات پرستاری و اخذ معرفی نامه مربوطه از کارگزینی بیمارستان باید به تأیید کمیسیون پزشکی دانشگاه که در دانشگاه علوم پزشکی در روزها و ساعات خاصی برگزار می گردد رسانده شود و پس از تأیید ایشان تحویل کارگزینی بیمارستان گردد.

حقوق و مزایای پرسنل مشمول استفاده از بیمه تأمین اجتماعی (پرسنل قراردادی، طرحی و پیمانی) در ایام مرخصی استعلاجی بیش از سه روز، قطع و از طریق بیمه مذکور پرداخت می گردد. بنابراین جهت جلوگیری از تضییع حقوق مربوطه، گواهی پزشک باید حداکثر در سه روز اول استعلاجی به امور اداری تحویل و پس از انجام مراحل اداری به اداره بیمه ارسال گردد.

برنامه ماهیانه:

برنامه ماهیانه دربیست و پنجم هر ماه باید به دفتر پرستاری تحویل گردد و پرسنل باید قبلاً هماهنگی و همکاری لازم جهت تنظیم برنامه درخواستی خود را با سرپرستار بخش به عمل آورند. **OFF** بیش از سه روز در برنامه از نمره طرح کارانه کسر می گردد. مرخصی استحقاقی با شرایطی که گفته شد در برنامه منظور می گردد و در ایامی که تعداد متقاضی جهت استفاده از مرخصی زیاد می باشد بنابر صلاحدید مسؤول بخش و در نظر گرفتن شرایطی مانند استفاده یا عدم استفاده از مرخصی در ایام مشابه، مرخصی درخواستی در برنامه منظور می گردد.

تعداد شبکاری بنابر نیاز بخش و به صلاحدید مسؤول بخش می باشد. پرسنل باید نهایت همکاری را در تنظیم برنامه ماهیانه از جهت تعداد و زمان مرخصی و **OFF** و ایام تعطیل و تعداد شبکاری و ... با مسؤول بخش داشته باشند.



آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

ماده یک) کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده و ساعات ورود و خروج خود را در سیستم حضور و غیاب (کارتکس) ثبت نمایند.

ماده دو) ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر بدون کسب مجوز قبلی ، تاخیر در ورود محسوب گردیده و با مستخدمی که تاخیر در ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می شود:

الف) تاخیر در ورود تا دو ساعت در همراه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور می گردد .

ب) تاخیر در ورود بیش از دو ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت و فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تاخیر خواهد بود.

ماده سه) خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر نیز تعجیل در خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت های الف و ب ماده دو خواهد بود .

ماده چهار) تاخیر در ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر در هر صورت جزء مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:

الف) وقوع حادثه و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم ، همسر و ...

ب) احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع

ماده پنج) به مستخدمی که در هر ماه بیش از چهار بار تاخیر در ورود و یا تعجیل در خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت تاخیر مزبور به بیش از چهار ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تاخیر برای ماه اول و دوم کتبا " اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خاطی بمیزان ۳۰٪ و برای ماه چهارم بمیزان ۵۰٪ و برای ماه پنجم بمیزان ۱۰۰٪ و بمدت یماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد

آئین نامه نحوه پوشش مرکز آموزشی و درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی:

پوشش پرسنل گروه پرستاری، هنگام ورود به بیمارستانها ی آموزشی و محیط های بالینی باید دارای ویژگیهای زیرباشد:

- پرسنل پرستاری آقا (بخش های بالینی) : لباس اسکراب سرمه ایی
- پرسنل پرستاری آقا (بخش های ویژه و سوختگی) : لباس اسکراب آبی
- پرسنل گروه پرستاری آقا (بخش اتاق عمل) : لباس اسکراب سبز
- پرسنل پرستاری خانم (بخش های بالینی) : مانتو، شلوار و مقنعه سرمه ایی
- پرسنل پرستاری خانم (بخش های ویژه و سوختگی) : مانتو، شلوار آبی و مقنعه سرمه ایی
- پرسنل گروه پرستاری خانم (بخش اتاق عمل و بلوک زایمان) : مانتو، شلوار و مقنعه سبز
- پرسنل مامایی : مانتو سفید و شلوار و مقنعه مشکی
- بهیار مرد: روپوش و شلوار سفید
- بهیار خانم: مانتو و شلوار سفید، مقنعه مشکی
- پرسنل کمک بهیار و کمک پرستار آقا: اسکراب کرمی با سرآستین و سرجیب یاسی
- پرسنل کمک بهیار و کمک پرستار خانم: مانتو و شلوار کرمی با مقنعه، سرآستین و سرجیب یاسی
- روپوش دانشجویان بایدسفید، تمیز، مرتب، بلند، راحت، دارای آرم نشان دانشگاه، ضخیم و دکمه بسته باشد.
- خانم ها، از مقنعه های بلند استفاده کنند و حجاب اسلامی مناسب باضوابط شرعی رارعايت نمایند. پوشاندن مو به صورت کامل مورد تاکیداست.
- جورابها باید متناسب باشند واز نپوشیدن جوراب خودداری شود.
- کفشها باید غیر قابل نفوذ و قابل شستشو، راحت، جلوبسته، پنجه پهن، تمیز و دارای رنگ ملایم و متعارف باشد.
- از پوشیدن دم پای در محیط های بالینی باید خودداری شود.
- از روپوش، وشلوارتنگ وچسبان، کوتاه ودراندازه غیرمعمولی با رنگ های تند نباید استفاده شود.
- از تی شرت ولباسهای ورزشی حاوی تصاویر و نوشته های نامتناسب با عرف پرهیزشود.
- در مدت حضور در محیطهای بالینی، همراه داشتن اتیکت معتبر و عکس دار حاوی حرف اول نام، نام خانوادگی الزامی است.
- در محیط های بالینی، از به کاربردن وسایل آرایشی وزیورآلات مانند دست بند، گردن بند، انگو، انگشتر(طلا) به جز حلقه ی ازدواج(و عطرهای تند و حساسیت زا) باید خودداری شود.
- ناخن ها باید کوتاه، تمیز، بدون لاک باشد. استفاده از ناخنهای مصنوعی و ناخن بلند به دلیل افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به بیماران مناسب نیست.

➤ آقایان نباید موهای خود را به صورت های غیرمتعارف و بلندتر از حد معمول نگاه دارند.

روند ارتقای شغلی کارمندان دولت

نحوه ارتقای کارمندان در طبقات و رتبه های جدول حق شغل :

رتبه عالی	رتبه خبره	رتبه ارشد	رتبه پایه	رتبه مقدماتی	
-	-	۲۰ سال	۸ سال	.	مدت تجربه لازم برای مشاغل تاسطح کاردانی
۲۴ سال	۱۸ سال	۱۲ سال	۶ سال	.	مدت تجربه لازم برای مشاغل تاسطح کارشناسی و بالاتر

(۱) ارتقا به رتبه پایه :

- ✓ کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع نمره ارزیابی عملکرد کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ✓ گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی مصوب

(۲) ارتقا به رتبه ارشد :

- ✓ کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز میانگین نمره ارزیابی عملکرد کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ✓ گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی مصوب

(۳) ارتقا به رتبه خبره :

- ✓ کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز میانگین نمره ارزیابی عملکرد کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ✓ گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی مصوب
- ✓ تایید کمیته مربوطه

(۴) ارتقا به رتبه عالی :

- ✓ کسب حداقل ۹۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی عملکرد کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی

✓ گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی مصوب

✓ تایید کمیته مربوطه + مستند سازی تجربیات

راز داری و حفظ اسناد:

یکی از جنبه های اخلاقی حرف پزشکی رازداری در مقابل اسرار بیمار است و باید از هرگونه ابراز شفاهی و کتبی و افشاء اسرار به دیگران حتی بستگان درجه یک بیمار خودداری شود. بیمار می تواند به دلیل افشای اسرار خود از کادر درمانی شکایت نماید.



بدون شک پرونده پزشکی یکی از مهمترین مدارک و حاوی حساس ترین اطلاعات پزشکی و بهداشتی - درمانی افراد می باشد که حفظ محرمانگی اطلاعات مندرج و اسناد و مدارک موجود در آن از اولویت بالایی برخوردار است. کلیه مشاهدات، ارزیابی ها و اقدامات درمانی ثبت شده در پرونده، تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید در دسترس افراد غیر مسؤول یا بستگان بیمار قرار داده شود و لازم است کادر درمانی با متانت و آرامش، مانع دسترسی اقوام و همراهان بیمار به پرونده بالینی بیمار شوند.

انواع تخلفات اداری در ماده ۸ قانون:

۱) اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری:

هر فعل یا ترک فعلی که مغایر با شئونات شغلی یا اداری مستخدم دولت است مشمول این بند قرار می گیرد،

ممکن است مستخدم دولت در حین انجام وظیفه مرتکب فعلی گردد که به حیثیت شغلی وی خدشه وارد شود یا عملی در خارج از اداره انجام دهد که شان اداری و صنفی وی را زیر سؤال ببرد مانند سرقت، کلاهبرداری، دادن رشوه، کشیدن چک بلامحل و یا اشتغال به کارهایی که حیثیت شغلی او را خدشه دار سازد.

۲) نقض قوانین و مقررات مربوط

۳) ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تأخیر در انجام امور قانونی آن ها بدون

دلیل

۴) ایراد تهمت و افترا، هتک میثیت:

هرگاه کارمند دولت دروغ و یا عمل مجرمانه ای را به شخص حقیقی نسبت دهد و به توهین و هتک حیثیت افراد مبادرت نماید متخلف محسوب می شود

۵) افاذی:

چنانچه کارمند دولت به قصد تصاحب مال افراد به نفع خود یا دیگری مبادرت به تهدید مالی، جانی یا شرفی فرد یا افرادی نماید مشمول این تخلف قرار می گیرد.

۶) افتلاس:

اختلاس عبارت از تصاحب نامشروع و غیرقانونی مال متعلق به دولت و عموم از ناحیه مأموریکه حسب وظیفه قانونی آن مال به او سپرده شده است.

جرائم در حکم اختلاس:

➤ استفاده غیر مجاز از وجوه صندوق

➤ اتلاف عمدی وجوه و اموال

➤ تصرف غیرقانونی:

اگر کارمند اموال دولتی را اعم از منقول و غیرمنقول که بر حسب وظیفه به آنها سپرده شده است مورد استفاده غیرمجاز قرار دهد بدون آنکه قصد تملک آنها را به نفع خود یا دیگری داشته باشد متصرف غیرقانونی محسوب می شود .

۷ تبصیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص

۸ ترک خدمت در فلال ساعات موظف اداری

۹ تکرار در تافیر ورود به محل خدمت یا تکرار فروج از آن بدون کسب مجوز:

کلیه کارکنان دستگاههای اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده ، مگر آن که از سوی مقام ذیصلاح دستگاه برای ورود و خروج هر یک از آنان کتبا "ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

کارکنان موظفند قبل از استفاده از مرخصی و یا مأموریت ساعتی، برگ درخواست که به تأیید مسؤول مربوطه رسیده به تایمکس تحویل و بعد از آن اقدام به زدن کارت خود نمایند در غیر اینصورت مأموریت و مرخصی فوق به عنوان تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج تلقی می گردد.

مرخصی استحقاقی کمتر از یک روز جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت این نوع مرخصی معادل ساعت موظف یک روز کاری درماه می باشد.

۱۰ تسامع در مفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی ، ایراد خسارات به اموال دولتی

۱۱ افشای اسرار و اسناد محرمانه

۱۲ ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه

۱۳ سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری:

نخستین تکلیفی که قانون استخدام کشوری برای مستخدمین دولت تعیین کرده است رعایت سلسله مراتب اداری است ((مستخدم مکلف است در حدود قوانین و مقررات احکام و اوامر رؤسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نماید. اگر مستخدم حکم یا امر مقام مافوق را بر خلاف قوانین و مقررات تشخیص دهد مکلف است کتبا مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهد، در صورتی که بعد از این اطلاع مقام مافوق کتبا اجرای دستور خود را تأیید کرد مستخدم مکلف به اجرای دستور صادره خواهد بود.)) کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده

۱۴ کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده

۱۵ سهل انگاری (وسا و مدیران در ندادن گزارش تفلفات کارمندان تمت امر



- ۱۶) ارائه گواهی یا گزارش فلاف واقع در امور اداری
- ۱۷) گرفتن وجهی غیر از آن چه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف (شوه خواری تلقی می شود).
- ۱۸) تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا فودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند
- ۱۹) تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
- ۲۰) رعایت نکردن مجاب اسلامی
- ۲۱) رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی
- ۲۲) افتفا، نگهداری، ممل، توزیع و فرید و فروش مواد مفدر
- ۲۳) استعمال یا اعتیاد به مواد مفدر
- ۲۴) داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت های آموزشی و تمقیقاتی
- ۲۵) جعل یا مفدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
- ۲۶) مهر یا تمبر یا علامت یکی از شرکتهای یا موسسات یا ادارات دولتی یا نهادهای انقلاب اسلامی
- ۲۷) دست بردن در سوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی، افشای سوالات امتحانی یا تعویض آن ها.
- ۲۸) دادن نمره یا امتیاز، بر فلاف ضوابط.
- ۲۹) غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی

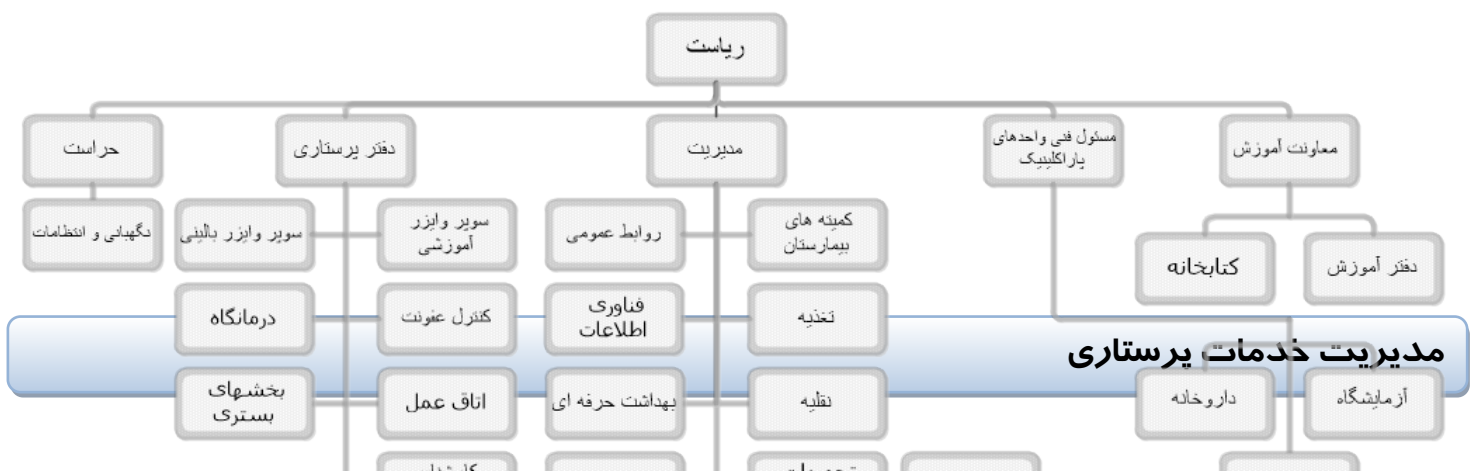
برای استفاده از مرخصی استحقاقی، لازم است درخواست مرخصی روزانه که به تأیید مدیر مربوطه رسیده باشد (مرخصی استحقاقی باید قبل از استفاده اخذ شود. مگر در موارد خاص) در اولین فرصت به اموراداری ارائه شود در غیر اینصورت غیبت غیر موجه تلقی می گردید عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از ۳ روز تجاوز ننماید و مستند به عللی از قبیل آنچه که ذیلاً ذکر شده موجه شناخته می شود:

- بیماری وی
 - صدمات ناشی از حوادث که به او یا پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان وی وارد آمده باشد . بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان وی
 - فوت همسر یا اقربای نسبی یا سببی تا طبقه سوم
 - دارا شدن فرزند
 - ازدواج او و فرزندانش
 - احضار مستخدم توسط مراجع قضایی برای ادای شهادت و انجام تحقیقات
- هرگاه مستخدم شاغل، بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد.
- ۳۰) سو استفاده از مقام و موقعیت
- ۳۱) توقیف ، افتفا، بازرسی یا باز کردن پاکتها و معمولات پستی یا معدوم کردن آن ها و استراق سمع بدون مجوز قانونی
- ۳۲) کارشکنی و شایعه پراکنی ، وادار ساختن یا تمریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تمصیل مقاصد غیر قانونی
- ۳۳) شرکت در تمصن ، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی ، یا تمریک به برپایی تمصن ، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تمصیل مقاصد غیر قانونی
- ۳۴) عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند
- ۳۵) همکاری با ساواک منمله به عنوان مامور یا منبع فبری 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 آن ها
- ۳۷) عضویت در گروه های مبارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آن ها
- ۳۸) عضویت در تشکیلات فراماسونری

سلسله مراتب سازمانی:

رعایت سلسله مراتب سازمانی در تمام امور مربوط به محل کار الزامی می باشد. ریاست، مدیر بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر و مسؤول بخش سلسله مراتب اداری بیمارستان هستند. رفتار توأم با احترام و حفظ حریم جایگاه و شخصیت سلسله مراتب اداری گفته شده الزامی می باشد.

نمودار سلسله مراتب سازمانی:



امکانات رفاهی – مذهبی:

- ۱) اقامت در هتل طرف قرارداد در مشهد مقدس
- ۲) اعطای تسهیلات بانکی به صورت ویژه و بدون سپرده گذاری
- ۳) بیمه تکمیلی جهت کارمندان رسمی، پیمانی و قراردادی تبصره ۳ و ۴
- ۴) صندوق ذخیره کارکنان دولت جهت کارمندان رسمی و پیمانی
- ۵) قرارداد با اماکن ورزشی جهت استفاده پرسنل از امکانات ورزشی و کلاس های ورزشی
- ۶) برگزاری مسابقات ورزشی و فرهنگی دوره ای مانند کتاب خوانی، طناب کشی، تیراندازی، فوتبال، شنا، دارت، تنیس روی میز و... و اهدای جوایز
- ۷) کوهنوردی
- ۸) برگزاری اردوهای تفریحی، زیارتی به صورت خانوادگی و مجزا
- ۹) معرفی فرزندان کارکنان با معدل بالا از طریق مجله سالیانه و اهدای جوایز

- (۱۰) برگزاری جشن ها و مراسمات مذهبی، ملی
- (۱۱) کتابخانه عمومی و امکان استفاده تمام پرسنل از اینترنت پرسرعت
- (۱۲) سرویس ایاب و ذهاب
- (۱۳) برگزاری نماز جماعت و ادعیه از قبیل زیارت عاشورا

فصل دوم

آموزش و پژوهش

ارتقای سطح کیفی و کمی فعالیتهای آموزشی و پژوهشی در مرکز آموزشی درمانی نکویی، هدایتی، فرقانی

آموزش:

کارکنان جدید الورد می بایست در ابتدای شروع به کار با مطالعه کتب پرستاری، ضمن کسب آشنایی و شناخت هر چه بیشتر نسبت به انواع **Case** های رایج در بخش مربوطه، فرآیند های پرستاری و مراقبت های پرستاری لازم از این بیماران، داروهای پرمصرف بخش، پروسجرهای رایج، مبحث علمی و به روز شده **CPR** و اقدامات پایه و پیشرفته در **CPR** و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی بخش را به طور کامل فراگیرند. سوپروایزر آموزشی بیمارستان در راندهای روزانه میزان آشنایی پرسنل را در مورد مسائل پیشگفت مورد ارزیابی قرار می دهد که نتایج آن در نمرات طرح کارانه و ارزشیابی پایان سال تأثیر داده می شود.

همچنین فعالیت های آموزشی در طول سال، طبق برنامه ریزی های انجام شده توسط مسؤول بخش و سوپروایزر آموزشی، الزامی است. یکی از ملاک های مهم ارزشیابی پایان سال، داشتن فعالیت های آموزشی در طول سال می باشد، ضمن اینکه این فعالیت ها در نمرات طرح کارانه نیز تأثیر داده می شود. از جمله فعالیت های آموزشی می توان به موارد ذیل اشاره کرد:



- ارائه کنفرانس های درون بخشی
- شرکت در کنفرانس های درون بخشی
- انتقال دانش و اطلاعات به سایر همکاران
- شرکت در کلاس های آموزشی
- شرکت در آزمون های دوره ای درون بیمارستانی
- همکاری با مربیان و دانشجویان دانشکده پرستاری
- تهیه پمفلت و جزوات آموزشی جهت بخش

گذراندن دوره های آموزشی مصوب که توسط آموزش ضمن خدمت دانشگاه برگزار می گردد، برای نیروهای قراردادی، رسمی و پیمانی به میزان حداقل ۴۰ ساعت و حداکثر ۱۰۰ ساعت در سال الزامی می باشد.

آزمون های توانمندی دوره ای کارکنان با توجه به نقش ها و مسؤولیت های آنان در طول سال برگزار می گردد که پرسنل موظف به شرکت در آنها می باشند. شرکت و یا عدم شرکت در این آزمون ها و نتایج آن تأثیر مستقیم در کارانه و ارزشیابی پایان سال دارد.

آموزش به بیمار

سیاست های کلی آموزش بیمار و همراه وی و مددجویان خدمات درمانی این مرکز:

الف. مدیریت هدفمند و یکپارچه آموزش ها برای بیماران و همراهان در کلیه بخش های بالینی :

ب. تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقاء سطح کیفی خدمات و تسریع در روند بهبودی و خودمراقبتی :

ج. مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه مددجویان مراجعه کننده به این مرکز

سوپروایزر آموزش سلامت و سایر کارکنان در خصوص آموزش های خودمراقبتی (سرطان، دیابت و پرفشاری خون و ..) و متناسب با تقویم سلامت فعالیتهایی را انجام می دهند.

حداقل های آموزش به بیمار:

الف: حداقل های آموزشی بدو پذیرش:

نکته: در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش دیگر، آموزشها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.

ب: حداقلهای آموزشی در طول بستری:

ج: حداقلهای آموزشی حین ترخیص:

- نوع رژیم غذایی
- نوع و نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل
- وضعیت حرکتی بیمار در منزل
- نحوه مراقبت و پانسمان زخمها در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری
- نحوه پیگیری نتایج معوقه اقدامات پاراکلینیکی (آزمایشگاهی، پاتولوژی، ام آر ای، غربالگری و)
- علائم هشداردهنده بیماری جهت مراجعه مجدد
- زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک

نکته: آموزشهای ارائه شده فوق در فرم آموزش زمان ترخیص به صورت مکتوب با امضای بیمار/همراه و با مهر و امضای پرستار/ماما در پرونده بیمار نگهداری و نسخه اصلی آن تحویل بیمار و کپی فرم با امضاء دریافت کننده آموزش در پرونده بایگانی میشود. عدم دریافت امضاء از بیمار یا همراه به منزله عدم ارائه آموزش است.

دستورالعمل ترخیص ایمن:

دستورالعمل ترخیص ایمن به منظور بهبود مراقبتهای ارائه شده به بیماران و خانوادهها و ارتقای فرایند ترخیص تدوین شده است.

با توجه به اهمیت فرایند ترخیص؛ چارچوب اسمارت به منظور اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص تدوین شده است.

تکنیک SMART (Signs-Medications-Appointments-Results-Talk with me)



۱. علائم (Signs): علائم و نشانه‌های مهمی که باید به آن‌ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه‌هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن‌ها را به بیمارستان گزارش کنند.
۲. داروها (Medications): سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان زمان داروها
۳. زمان ویزیت بعدی (Appointments): پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.
۴. نتایج (Results): ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش‌ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.
۵. توصیه‌ها یا صحبت‌های لازم (Talk with me): توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه‌کنندگان ایجاب می‌کند که در زمینه‌هایی که لازم است گفتگوهایی با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود.

طبق استاندارد ب- ۱-۱۲ جهت ارتقا ترخیص بیماران استفاده از ابزارهای استاندارد (SMART) توصیه می‌شود. آموزش "مراقبت از خود"، درمان‌های نگهدارنده، پی‌گیری/مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب حتی در مورد ترخیص با میل شخصی از حداقل الزامات ترخیص ایمن می‌باشد. ترخیص ایمن مفهومی همه‌جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران است و شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقاء سلامت، مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است، لذا اطلاع از این تکنیک و به کارگیری آن جهت ترخیص ایمن از زمان ثبت درخواست ترخیص توسط پزشک یا رضایت شخصی بیمار تا انتقال بیمار به خارج از بیمارستان و ثبت آن در گزارش پرستاری ترخیص لازم می‌باشد.

دستورالعمل ترخیص ایمن:

۱. پرستار/ماما مسئول دستور ترخیص بیمار را در پرونده بیمار بعد از کنترل مهر و امضا می‌نماید.
۲. در صورتی که بیمار با میل شخصی ترخیص می‌گردد اخذ رضایت با میل شخصی توسط پزشک و پرستار الزامی می‌باشد.
۳. پرستار/ماما مسئول اقدامات درمانی لازم را جهت ترخیص بیمار انجام می‌دهد.

۴. پرستار/ماما مسئول آموزشهای لازم حین ترخیص را با زبان ساده و قابل فهم به بیمار طبق تکنیک SMART ارایه میدهد
۵. پرستار/ماما مسئول موارد آموزش داده شده را با زبان ساده و قابل فهم را در برگه آموزش به بیمار ثبت می کند.
۶. پرستار/ماما مسئول موارد آموزش داده شده را در گزارش حین ترخیص ثبت می نماید و به تکنیک SMART اشاره می نماید.
۷. پرستار/ماما مسئول آموزشهای لازم را جهت انتقال ایمن بیمار از تخت به ویلچیر یا برانکار یا خارج شدن از تخت با پای خود را به بیمار و همراه بیمار ارایه می دهد .
۸. پرستار/ماما مسئول بر نحوه انتقال بیمار و خارج شدن از بخش نظارت و از نحوه خروج ایمن بیمار تا درب خروجی بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.
۹. در صورت نیاز به برانکار و ویلچیر جهت انتقال بیمار وظیفه انتقال به عهده بیمار بر می باشد و پرستار/ماما مسئول نظارت بر انتقال می باشد.
۱۰. پرستار/ماما مسئول در صورت نیاز به برانکار و ویلچیر از کربند مهار فیزیکی جهت سقوط استفاده می نماید.
۱۱. حداقل موارد آموزشی لازم جهت ارایه به بیمار و ثبت در برگه آموزش به بیمار و گزارش حین ترخیص موارد زیر می باشد:

A. نوع رژیم غذایی

B. نوع و نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل

C. وضعیت حرکتی بیمار در منزل

D. نحوه مراقبت و پانسمان زخمهادر صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری

E. نحوه پیگیری نتایج معوقه اقدامات پاراکلینیکی (آزمایشگاهی، پاتولوژی، ام آر ای، غربالگری و)

F. علائم هشداردهنده بیماری جهت مراجعه مجدد

G. زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک

توجه: ملاک آگاهی و اجرای این تکنیک توسط پرستار :

۱. پرسش از بیمار در مورد آموزش های حین ترخیص

۲. ثبت خلاصه ای از موارد ذکر شده در گزارش حین ترخیص با اشاره بر تکنیک SMART



۳. تکمیل فرم آموزش بیمار حین ترخیص می باشد.

بیماران که دستور ترخیص دارند و به هر دلیل بیمارستان را ترک نکرده اند (تسویه حساب نموده یا ننموده اند) :

(۱) پرستار در ابتدای گزارش پرستاری به مرخص بودن بیمار و حضور بیمار در بخش اشاره می کند.

(۲) پرستار در اولین گزارش پرستاری پس از ترخیص بیمار اطلاع رسانی به سوپروایزر، مددکار، حراست و رابط حقوقی بیمارستان را بیان میکند.

(۳) پرستار مسئول بیمار سوپروایزر را از شرایط بیمار و دلیل عدم خروج از بیمارستان مطلع می کند.

(۴) سوپروایزر به حراست، مددکار اجتماعی و رابط حقوقی بیمارستان، ترخیص بیمار و علت عدم ترک ایشان را اطلاع می دهد.

(۵) سوپروایزر مشخصات کامل بیمار و دلیل عدم خروج بیمار را در فرم مربوطه ثبت می کند.

(۶) پرستار مسئول بیمار مطابق با سایر بیماران بستری، دستورات مراقبت از منزل بیمار را طبق دستور ترخیص پزشک پی گیری و اجرا کرده و گزارش پرستاری را در ادامه گزارش پرستاری قبلی ثبت می نماید.

فصل سوم

اصول کنترل عفونت در بیمارستان

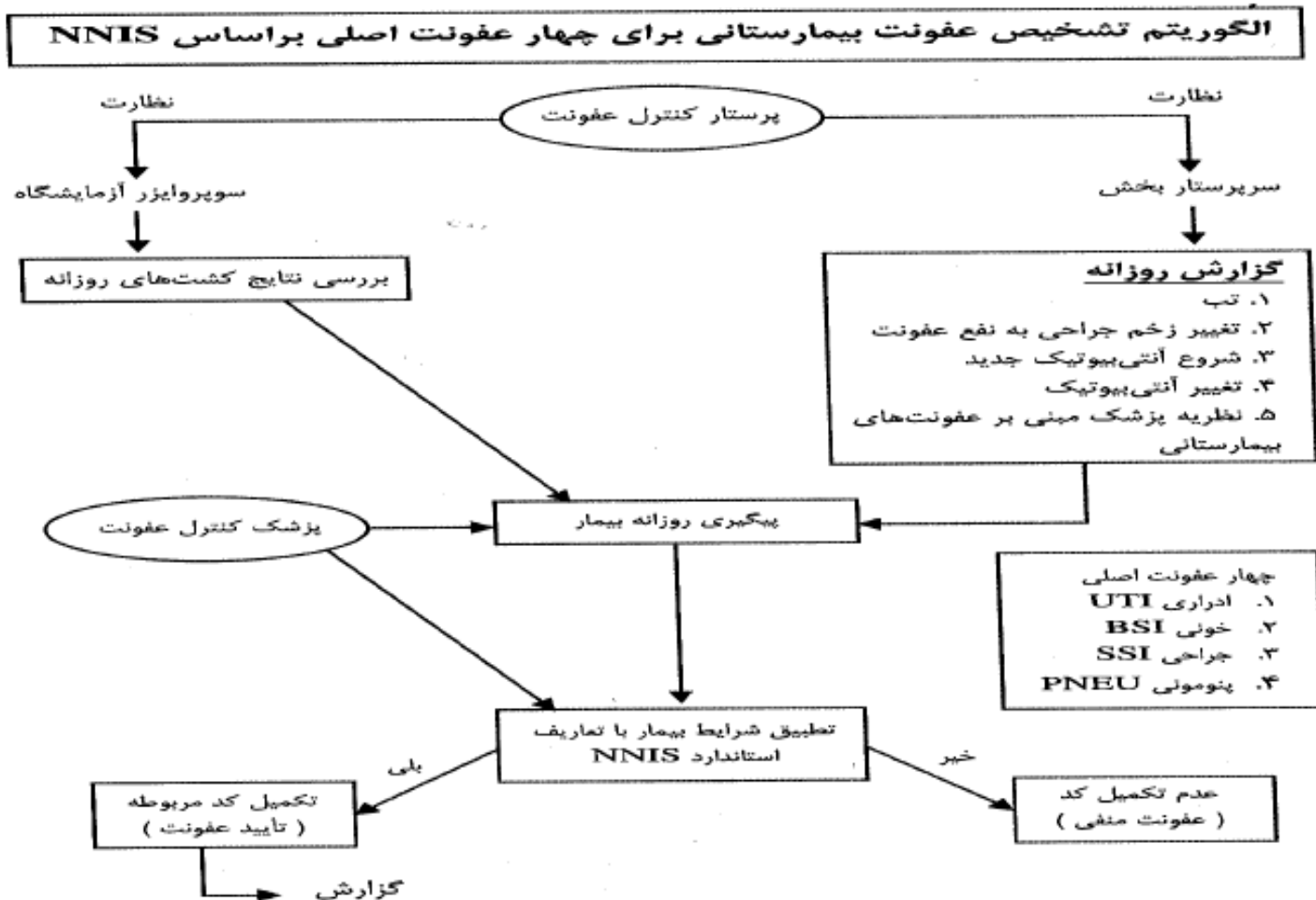
اصول کنترل عفونت در بیمارستان

تعریف عفونت‌های بیمارستانی

عفونت بیمارستانی عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش‌های بیماری‌زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می‌شود.

در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.

حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان و یا بعد از مرخص شدن بیمار بروز کند. معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد. به دنبال انجام پروسیجر درمانی یا تعبیه ابزار پزشکی باشد.



شایعترین نوع عفونت‌های بیمارستانی:

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

عوامل مستعد کننده بیماران در ابتلاء به عفونت‌های بیمارستانی:

- سن: بیمار (نوزادان، افراد مسن)
- بیماری زمینه‌ای: مانند نارسایی عضو (سیروز کبدی، دیابت ملیتوس، بیماری مزمن انسدادی ریه، نارسایی کلیه)، سرطان، نوتروپنی
- نقص ایمنی: مادرزادی یا اکتسابی (ایدز، درمان با داروهای سرکوب‌کننده دستگاه ایمنی، سوء تغذیه).
آسیب‌پذیری در مقابل عفونت‌های ویروسی

- اختلال در سد دفاعی جلدی: مخاطی بدنبال تروما، سوختگی، جراحی، اندوسکوپي، کاتترها، بیماری‌های پوستی و مخاطی
- بیهوشی، ایجاد خواب آلودگی: (Sedation) که باعث سرکوب سرفه یا کاهش تهویه ریوی می‌گردد.

چه علائمی ما را مشکوک به عفونت بیمارستانی می‌کند؟

عفونت ادراری

تب، تکرر ادراری، سوزش ادراری، درد سوپراپوبیک با لمس این ناحیه، فوریت ادراری، پیوری، کشت ادراری مثبت، تشخیص بالینی پزشک و شروع درمان آنتی بیوتیکی. در بیماران زیر یک سال: هیپوترمی، آپنه، برادی کاردی، ناآرامی در موقع ادرار کردن، بی حالی، استفراغ

پیشگیری:

رعایت بهداشت دست و رعایت نکات آسپتیک

کاتترهای ادراری فقط در مواردی به کار روند که اندیکاسیون‌های واضحی داشته باشند

تعویض روتین کاتتر توصیه نمی‌شود. تنها در زمانی که اندیکاسیون بالینی وجود داشته باشد (مانند عفونت، انسداد یا باز شدن سیستم بسته، کاتتر)

حفظ جریان ادرار و پیشگیری از انسداد جریان و پیچ خوردگی و خم شدن کاتتر

کیسه ادرار در تمام مدت پایین تر از سطح مثانه و به هیچ عنوان روی زمین قرار نگیرد.

از تماس شیر خروجی کیسه ادرار با سطوح غیراستریل جلوگیری شود. ظرف جمع آوری ادرار برای هر بیمار تمیز شود.

رعایت احتیاطات استاندارد، شامل استفاده از دستکش و....

رعایت بهداشت پرینه با استفاده از نرمال سالین توصیه می‌شود.

عفونت ذات الریه (پنومونی):

سمع رال-شروع خلط چرکی یا تغییر ویژگی خلط- کشت راه هوایی (تراشه/تراک) مثبت-وجود انفیلتراسیون جدید یا پیشرونده

وجود حفره یا افیوژن پلور-در بیماری که حداکثر یک سال سن دارد: آپنه، تاکیکاردی، برادیکاردی، خس خس کردن سینه،

سرفه ویا وجود رونکای

(VAP) پنومونی مربوط به استفاده از ونتیلاتور (Ventilator Associated Pneumonia)

پنومونی که ۴۸ ساعت پس از لوله‌گذاری ایجاد می‌شود. آسپیراسیون اوروفارنژیال ذرات ریزو بزرگتر میکروارگانیسم‌ها مهمترین عامل است زیرا بیشترین کلونی‌زایی باسیل‌های گرم منفی در گلو و تراشه می‌باشد. تجمع کلونی‌ها پشت زبان و

زیر حنجره و نشت آن اطراف کاف لوله تراشه نیز دومین راه ورود باکتری‌ها می‌باشد. از جمله عوامل موثر در انتقال باکتری در این بیماران عبارتند از: دست‌ها یا لباس پرسنل، گرد و غبار هوا و آب همه می‌تواند حامل میکروارگانیسم باشند. نبولایزهای آلوده که برای مرطوب ساختن راه هوایی به کار می‌روند نیز منجر به انتقال باکتری از مسیر آئروسول می‌گردند. ساکشن لوله تراشه می‌تواند منجر به انتقال باکتری از راه دست پرسنل و تجهیزات آلوده گردد.

پیشگیری

رعایت بهداشت دست و تکنیک آسپتیک

وقتی لوله‌گذاری ضروری است بایستی از خروج ناخواسته و بی دلیل و لوله‌گذاری مجدد و مکرر خود داری گردد.

بررسی روزانه بیمار و پیگیری آمادگی بیمار جهت جدا شدن از دستگاه و کاهش انفوزیون سداتیوها

مراقبت از حفره دهان، دندان‌ها و زبان و لثه به طور پیوسته (هر ۸ ساعت) انجام گردد.

ساکشن متناوب ترشحات دهانی به روش استاندارد و تخلیه ترشحات حنجره قبل از تغییر پوزیشن

توجه به فشار کاف لوله در بزرگسالان جهت جلوگیری از انتقال ترشحات دهانی به ریه‌ها بسیار مهم است

زاویه سر تخت بین ۳۰ - ۴۵ درجه باشد. مخصوصاً در هنگام تغذیه، دهانشویه و...افزایش تحرک بیمار (تحرک وینینگ بیمار را آسان‌تر می‌کند.)

نظافت صحیح تجهیزات تنفسی:

حتی الامکان در نبولایزر از آب مقطر استریل استفاده کنید (نه آب غیر استریل)

بین دو بیمار آمبوبگ و نبولایزر را کاملاً شستشو داده و استریل یا حداقل ضدعفونی سطح بالا کنید.

ساکشن را با پوشیدن دستکش استریل انجام دهید. سوند ساکشن را بعد از هر بار استفاده دور بیندازید.

تیغه‌های لارنگوسکوپ حداقل نیاز به ضدعفونی در سطح بالا (high level) دارند. این تیغه‌ها را بعد از شستشو با مواد شوینده آنزیماتیک با محلول‌های ضدعفونی‌کننده سطح بالا ضدعفونی و سپس با آب استریل یا الکل ۷۰ درصد آبکشی کرده خشک کنید و سپس در ظرف مخصوص قابل ضدعفونی نگهداری کنید.

فلومترهای اکسیژن باید خالی نگهداری شده و در زمان استفاده در آن‌ها آب مقطر ریخته شود. تاریخ ریختن آب مقطر نیز باید روی فلومتر ثبت شود. در صورت استفاده، روزانه و در صورت عدم استفاده هفته‌ای یکبار شستشو و ضدعفونی شود. فلومتر اکسیژن باید فاقد جرم باشد.

عفونت خون

رشد پاتوژن در کشت خون-تب(دمای بالای ۳۸ درجه سانتی گراد)- لرز یا هیپوتانسیون(فشار سیستولیک کمتر از ۹۰)

اولیگوری-شروع درمان سپسیس توسط پزشک در کودکان زیر یکسال: تب، هیپوترمی، آپنه، برادی کاردی پیشگیری

رعایت بهداشت دستها (شستشو با آب و صابون یا الکل راب) قبل و بعد از لمس محل کارگذاری کاتتر، قبل و بعد از کارگذاری کاتتر، جابجایی، دست زدن به کاتتر، ترمیم یا پانسمان کاتتر داخل عروقی ضروری است. کارکنانی که کارگذاری و مراقبت از کاتتر را به عهده دارند باید کاملا در این خصوص آموزش ببینند. استفاده صرفا یک باره از تجهیزات یک بار مصرف تزریقات (یک سرنگ برای یک بیمار برای یک بار استفاده) رعایت نکات آسپتیک در حین تزریق و کاتتریزاسیون عروقی، ضدعفونی صحیح پوست بیمار قبل از کاتتریزاسیون

عفونت محل جراحی

ترشح چرکی از محل برش جراحی -جداسازی ارگانیسم از مایع یا بافت محل برش وجود علائم: حساسیت و دردناکی، ورم موضعی، قرمزی یا گرمی، تب پزشک عمدا زخم را باز کرده باشد.

عفونت سطحی برش جراحی اولیه یا ثانویه **SIP/SIS: Superficial Incisional Primary/Secondary SSI**

عفونت طی ۳۰ روز از عمل اتفاق بیفتد و عفونت فقط پوست و زیرجلد را درگیر کرده باشد و یکی از موارد زیر:

ترشح چرکی از سطح برش جراحی - کشت مثبت از بافت یا مایعی که به طریقه ی آسپتیک از محل برش سطحی گرفته شده

برش سطحی توسط جراح باز گردد و بیمار یکی از این موارد را داشته باشد: تب، درد یا تندرns موضعی، تورم موضعی، قرمزی یا گرمی تشخیص عفونت برش سطحی جراحی توسط پزشک معالج، یا جراح عفونت عمقی برش جراحی اولیه یا ثانویه **DIP/DIS**

بسته به نوع عمل، عفونت طی ۳۰ یا ۹۰ روز از تاریخ عمل اتفاق بیفتد و بافت نرم عمق برش جراحی (مثلا فاسیا و لایه عضلانی) درگیر باشد و یکی از موارد زیر:

ترشح چرکی از عمق برش جراحی

عمق برش خودبخود باز شود و یا توسط جراح باز گردد، و بیمار یکی از این موارد را داشته باشد: تب، درد یا تندرns موضعی

آبسه یا سایر شواهد عفونت عمق برش جراحی در معاینه مستقیم، در حین عمل، یا هیستوپاتولوژی، و یا تصویربرداری

عفونت فضا یا ارگان خاص متعاقب عمل جراحی **Organ/Space SSI**

بسته به نوع عمل، عفونت طی ۳۰ یا ۹۰ روز از تاریخ عمل اتفاق بیفتد و عفونت هر قسمتی از بدن (غیر از پوست، فاسیا و لایه عضلانی) را درگیر کرده باشد و یکی از موارد زیر:

ترشح چرکی از درن که در ارگان یا فضای خاص قرار داده شده است. کشت مثبت از بافت یا مایعی که به طریقه ی آسپتیک از ارگان یا فضای خاص گرفته شده، آبنه یا سایر شواهد عفونت ارگان یا فضای خاص در معاینه مستقیم، در حین عمل، یا هیستوپاتولوژی، و یا تصویربرداری

عوامل مستعد کننده بیمار به عفونت محل عمل

ابتلاء به دیابت- سیگار کشیدن- مصرف استروئیدها- سوء تغذیه- اقامت طولانی در بیمارستان قبل از عمل

کلونیزاسیون باکتری در مخاط بیمار یا تیم بهداشتی قبل از عمل - تزریق خون و فرآورده های خونی در حین عمل.

مراقبت های قبل از عمل

حتی الامکان مدت اقامت بیمار در بیمارستان قبل از عمل را کاهش دهید.

قند خون بیماران دیابتی قبل از عمل باید کنترل شده و در حد قابل قبول باشد.

بیماران سیگاری را تشویق به ترک سیگار کنید. در غیر این صورت حداقل ۳۰ روز قبل از عمل الکتیو نباید سیگار بکشند.

در صورتی که عمل جراحی اورژانس نیست، عفونت بیمار باید قبل از عمل درمان شود.

سوء تغذیه؛ شامل دریافت کم پروتئین، انرژی و ریزمغذی ها با تاثیر بر سیستم ایمنی، بیمار را به عفونت زخم جراحی مستعد می سازد.

حمام بیمار با یک محلول آنتی سپتیک قبل از عمل در کمترین فاصله زمانی ممکن انجام شود (حداکثر شب قبل از عمل).

شیو موهای ناحیه عمل در صورت لزوم بلافاصله قبل از عمل و با شیور الکتریکی انجام شود. فقط موهایی را شیو نمایید که در فرآیند جراحی مداخله دارند. برای شیو مو از تیغ استفاده نکنید. در صورت کاربرد شیور برقی باید از سرهای یکبار مصرف استفاده شود.

روش دیگر برای برداشتن مو استفاده از کرم های موبر است از حساس نبودن بیمار به آن اطمینان حاصل شود.

پرپ پوست باید با محلول مناسب و تکنیک مناسب (به صورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط) انجام شود.

حین عمل

هنگام باز کردن ست های استریل و بسته ها، تکنیک آسپتیک باید بوسیله اعضاء تیم جراحی به طور کامل رعایت شود.

ست های استریل در جای مخصوص خود و روی سطوح خشک و تمیز میزهای مختلف باز شوند.

آیا اندیکاتورهای شیمیایی استفاده شده در پک های استریل بطور مناسب تغییر رنگ داده اند؟

آیا پارچه یا مواد بسته بندی انسجام لازم را دارد و پارگی و سوراخ شدگی یا علائم رطوبت روی آن نیست؟

آیا تاریخ انقضاء پک استریل نگذشته است؟

پک های استریل در نزدیک ترین فاصله زمانی به شروع عمل جراحی باز شوند تا ذرات داخل هوا ابزار را الوده نکنند .

تا سطح میکروبی در هوای اتاق عمل بستگی مستقیم به تعداد افرادی دارد که در اتاق تردد می کنند. رفت و آمد پرسنل در حین عمل باید به حداقل برسد.

سیستم تهویه در اتاق عمل باید به گونه ای طراحی و تنظیم شود که کارکنان و بیماران احساس راحتی کنند، کیفیت هوا ثابت بماند و آئروسول ها و ذرات موجود در هوا به حداقل برسد.

اتاق عمل باید دارای فشار مثبت نسبت به راهروها و محیط اطراف باشد.

تمام سیستم های تهویه هوا در اتاق عمل باید دارای دو عدد فیلتر باشند.

تعویض هوا در اتاق عمل باید ۲۰-۱۵ مرتبه در ساعت باشد که ۲۰ درصد از این مقدار باید هوای تازه باشد.

جریان هوا باید از سقف وارد و از کف خارج شود.

استفاده از فیلتر هپا در اتاقهای عمل از نظر قانونی اجباری است. حفظ کیفیت و نگهداری صحیح سیستم تهویه و تعویض فیلترهای این دستگاهها بطور منظم و طبق توصیه کارخانه سازنده ضروری است. زمانی که بیمار به خارج از اتاق عمل منتقل نشده است، تیم استریل و ابزار روی میز مایو باید استریل بمانند.

مراقبت های حین عمل

استفاده از وسایل سرمایشی و گرمایشی موضعی (پنکه، کولر و...) در اتاق عمل مجاز نمی باشد.

درب اتاق عمل را در حین جراحی بسته نگهدارید، مگر برای عبور ابزار، پرسنل و بیمار.

در دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی توصیه شده که بیماران بزرگسال که تحت بیهوشی عمومی قرار می گیرند و انتوبه می شوند، اکسیژن ۸۰ درصد در حین عمل و تا ۶-۲ ساعت بعد از عمل دریافت کنند. این کار میزان SSI را کاهش می دهد.

گرم نگه داشتن بیمار در حین عمل و بعد از آن میزان SSI را کاهش می دهد. هیپوترمی به معنی کاهش دمای بدن بیمار به زیر ۳۶ درجه سانتی گراد معمولاً زمانی اتفاق می افتد که پروسیجر جراحی بیش از دو ساعت طول بکشد.

مایع درمانی هدفدار در حین عمل احتمال SSI را کاهش می دهد. مایع درمانی مناسب در حین عمل با افزایش مایع خروجی قلب و بهبود اکسیژناسیون شریانی، مانع هیپوکسی بافت می شود.

مراقبت‌های بعد از عمل

دمای بدن بیمار را در حد طبیعی نگهدارید.

در صورتی که برش جراحی در انتهای عمل بخیه شود، معمولاً برای مدت ۲۴ تا ۴۸ ساعت با پانسمان استریل پوشانده می‌شود. بعد از ۴۸ ساعت معمولاً پانسمان توسط جراح برداشته و زخم رویت می‌شود. مراقبت بعدی از زخم طبق دستور جراح ادامه می‌یابد (پوشاندن مجدد، باز گذاشتن یا شستشوی زخم).

داشتن برنامه آموزشی مناسب برای زمان ترخیص بیمار (آموزش نحوه مراقبت از زخم، آموزش علائم هشدار و لزوم اطلاع به تیم بهداشتی در صورت بروز علائم عفونت زخم) بسیار ضروری است.

سطح قند خون را در حد طبیعی نگهدارید.

آنتی بیوتیک بیمار را طبق استانداردها و دستور پزشک، تزریق یا قطع کنید.

محیط اتاق عمل

از روش‌های نظافت که باعث ایجاد مه یا ائروسول و پخش گرد و غبار می‌شوند خودداری شود.

سطوحی که بیشتر لمس می‌شوند (مثل پایه سرم، اهرم تخت، ماشین بیهوشی، کسوه‌های ترالی‌ها، دکمه مانیتورها و...) نیاز به توجه ویژه و نظافت بیشتر دارند. این سطوح باید مابین دو بیمار ابتدا شسته و سپس ضدعفونی شوند.

برای بخش‌های اداری اتاق عمل روش‌های معمول نظافت کفایت می‌کند.

سرویس بهداشتی اتاق عمل باید دو بار در روز و هر زمان که لازم بود انجام شود.

خدمات هنگام نظافت باید از دستکش ضخیم خانگی استفاده کنند. استفاده از گان و ماسک در حین نظافت ضروری نیست، مگر اینکه احتمال پاشیده شدن مایعات وجود داشته باشد.

پسماندهای اتاق عمل باید جمع‌آوری شده و در کیسه‌های غیر قابل نفوذ نگهداری شود.

تمام ابزارهای جراحی چند بار مصرف به اتاق شستشو فرستاده شود.

در پایان هر روز لازم است که یک نظافت کلی در اتاق عمل انجام شود.

اتاق عمل، سینک‌های اسکراب، راهروها و تجهیزات باید بطور کامل تمیز شوند، صرف نظر از این که آیا در ۲۴ ساعت گذشته از آنها استفاده شده است یا نه. تمام سطوحی که زباله باید برداشته و به جای آنها سطل تمیز گذاشته شود.

سیفتی باکس‌ها اگر ۴/۳ آنها پر شده باید بسته و از اتاق عمل خارج شوند (حداکثر ۵ روز).

تمام سطوح از بالا تا پایین باید ابتدا با استفاده از مواد شوینده و سپس محلول ضدعفونی کننده مناسب ضدعفونی شده و اجازه دهید تا خشک شود. استفاده روتین از محلول های ضدعفونی کننده قوی و یا کف زدن سطوح غیرضروری است.

بیماریابی

بیماریابی بعد از ترخیص بیمار در نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی نقش مهمی دارد.

از جمله اقدامات لازم در جهت بیماریابی عفونت محل جراحی:

بازنگری گزارشات میکروبیولوژی و پرونده بیمار

تحقیق و مصاحبه با جراح/ بیمار

مشاهده مستقیم زخم توسط جراح هنگام مراجعه بیمار به درمانگاه یا مطب پزشک

بازبینی آنتی بیوتیک های تجویز شده و گزارشات اتاق عمل

تشویق پزشکان به گزارش موارد عفونت محل عمل که به مطب یا درمانگاه ایشان مراجعه می کنند و یا ارجاع بیمار به تیم کنترل عفونت بیمارستان برای تکمیل فرم های مربوطه.

بررسی تمام موارد پذیرش دوباره برای بیماران جراحی شده تا یک ماه بعد از عمل و برای بیماران دارای وسیله کاشتنی و پروتز تا ۹۰ روز بعد از عمل برای کشف موارد عفونت با استفاده از امکانات نرم افزار HIS بیمارستان

نظام سندرمیک

لیست بیماریهای واگیر و سندرمهای تحت مراقبت:

در صورت مشاهده هریک از بیماریهای واگیر و یا سندرمهای تحت مراقبت به واحد بهداشتی تعیین شده (مرکز بهداشت شهرستان/کارشناس کنترل عفونت) گزارش گردد.

الف: لیست بیماریهای عمده تحت مراقبت کشور (این لیست بنا به مورد و بطور سالیانه به روز رسانی خواهد شد):

گزارش آنی و بلافاصله (کمتر از ۶ ساعت): هاری - آنفلوآنزای پرندگان - تولارمی - طاعون - وبا - سیاه زخم تنفسی - بوتولیسم - زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - تب های خونریزی دهنده - کورونا - تیفوئید مقاوم به درمان - هرگونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها (طغیان یا اپیدمی)

گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت):



فلج شل حاد- تب و بثورات جلدی ماکولوپاپولر- سل ریوی - سیاه سرفه- دیفتری-کزاز- سندرم سرخجه مادرزادی- مننژیت- بستری در بیمارستان بدنبالواکسیناسیون - مالاریا-اسهال خونی- تب دانگی- تب راجعه- تب زرد- جذام -سیاه زخم جلدی- کزاز بالغین- شیتوزومیازیس

گزارش هفتگی(معمول):

سایر انواع سل - انواع هیپاتیت های ویروسی- تیفوئید- بروسلوز - کالآزار جلدی واحشایی - شیگلوزیس- سفلیس- سوزاک - HIV/AIDS کیست هیداتیک-توکسوپلاسموزیس- فاسیولیازیس- لپتوسپیروزیس- پدیکلوزیس و گال - هیپاتیت نوع A

لیست سندرم های واگیر تحت مراقبت

-سندرم فلج شل حاد (مهم ترین تشخیص افتراقی: فلج اطفال-گیلن باره-انواع مسمومیت-گزش حیوانات و حشرات سمی-عوارض واکسیناسیون) :

تعریف : فلج شل ناگهانی یعنی عدم حرکت پا و یا دست بدون سابقه ترومای (ضربه) واضح جسمانی

-سندرم تب و خونریزی (بدون تروما): (مهم ترین تشخیص های افتراقی-**CCHF**مننگوکوکوسمی-تیفوئید-دانگ-تب زرد- ایبولا- چیکونگونیا -سرخک-مالاریای شدید- لپتوسپیروز- سپتی سمی):

تعریف : تب بیش از ۳۸درجه دهانی به همراه یک یا چند علامت زیر)

خونریزی ناشی از تروما نباشد):

۱.خونریزی پوست به صورت کبودی (اکیموز)

۲.خونریزی نقطه نقطه (پتشی) در پوست

۳.خونریزی دستگاه تنفس فوقانی (خونریزی از لثه یا بینی)

۴.خونریزی دستگاه تنفس تحتانی (خلط خونی)

۵.خونریزی دستگاه گوارش (استفراغ خونی ، مدفوع خونی ، مدفوع سیاه)

۶.خونریزی دستگاه ادراری (ادرار خونی)

۷.خونریزی دستگاه تناسلی (خونریزی غیرطبیعی زنانه)

-سندرم تب و راش (بثورات)حاد :

الف : تب و راش حاد ماکولوپاپولر(مهم ترین تشخیص های افتراقی:

مننگو کوکسمی - سرخک - سرخجه - منونو کلئوز عفونی - CCHF چیکون گونیا - دانگ - سفلیس - تیفوس - تیفوئید - راش دارویی -
گزش حشرات):

تعریف: تب بیش از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر به صورت منتشر:

۱. لکه های کوچک و همسطح غیر هم رنگ با پوست (ماکول) معمولاً به صورت

منتشر

۲. دانه های کوچک و برجسته غیر هم رنگ با پوست (پاپول) معمولاً به صورت

منتشر

۳. حال عمومی بد

ب - تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آبله - آبله مرغان - سیاه زخم - تولارمی - لیشمانیوز -
گال):

تعریف: تب بالاتر از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر:

۱. دانه یا دانه های کوچک، برجسته و آبدار در پوست (وزیکول)

۲. برجستگی های بزرگ پوستی حاوی مایع غیر چرکی (تاول) یا مایع

چرکی (پوستول)

۳. بثورات فاقد پوست (زخمهای بدون ضربه یا بریدگی)

۴. حال عمومی بد

- سندرم شبه آنفلوانزا (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آنفلوانزا - پارآنفلوانزا - سیاه سرفه - کورونا ویروس - سارس)

تعریف: تب به همراه سرفه ای که در طی یک هفته اخیر رخ داده باشد.

- سندرم عفونت شدید حاد تنفسی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آنفلوانزا - کورونا - سل - سیاه سرفه - دیفتری -
سرخک - سیاه زخم - تولارمی - طاعون):

تعریف: بروز تب و سرفه در طول یک هفته اخیر به همراه حداقل یکی از علائم زیر:

۱. سیستم تنفسی (تاکی پنه "تنفس تند" ، فرورفتگی عضلات بین دنده ای در

حین تنفس ، تنفس صدادار ، خلط خونی)

۲. سیستم قلبی عروقی (درد قفسه سینه ، افت شدید فشار خون ، اختلال ریتم)



۳. سیستم عصبی (کاهش سطح هوشیاری ، تشنج)

۶- سندرم سرفه مزمن (مهم ترین تشخیص افتراقی: سل)

تعریف: سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر که معمولا همراه با خلط می باشد.

- سندرم مسمومیت غذایی: (مهم ترین تشخیص های افتراقی: مسمومیت با

عوامل شیمیایی-مسمومیت با عوامل باکتریایی، ویروسی، قارچی، انگلی -

مسمومیت با فلزات سنگین-مسمومیت با سموم-تب مالت-مسمومیت با الکل):

تعریف: بروز علائم زیر در ۲ نفر یا بیشتر که از یک منبع غذایی یا آشامیدنیمشترک استفاده کرده اند و علائم بالینی مشابه دارند شامل:

۱. تهوع و استفراغ بعد از مصرف مواد غذایی یا آشامیدنی یا

۲. شکم درد (دل پیچه) بعد از مصرف مواد غذایی یا آشامیدنی

- سندرم اسهال حاد غیرخونی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: اسهالهای

ناشی از عوامل میکربی، ویروسی، پارازیتی- وبا- تب مالت- عوامل شیمیایی):

تعریف: اسهال حاد (غیر خونی) یعنی دفع حداقل ۳ بار مدفوع شل در ۲۴ ساعت بعلاوه : تهوع و استفراغ یا / شکم درد (دل پیچه)

- سندرم اسهال خونی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: شیگلا- آمیبیاز- سالمونلا- فلزات سنگین- سیاه زخم- انواع دیگر وبا)

تعریف: اسهال خونی (وجود خون روشن در مدفوع اسهالی) با یا بدون : تهوع و استفراغ یا / شکم درد (دل پیچه)

- سندرم زردی حاد (مهم ترین تشخیص های افتراقی: انواع هپاتیت- مالاریا- شدید- لپتوسپیروز- بوریلیوز- تب زرد- فاسیولازیس- مسمومیت های شیمیایی- مسمومیت های قارچی):

تعریف: "زردی در سفیدی چشم" یا / زردی زیر زبان یا / زردی ختوسط شکم

- سندرم تب و علائم نورولوژیک (عصبی) (مهم ترین تشخیص های افتراقی:

انواع مننژیت-انواع آنسفالیت- آنفلوانزا- آبله مرغان- هاری- مالاریای مغزی- سیاه زخم- طاعون- مسمومیت "با سرب، جیوه، ارگانوفسفره، حلال های صنعتی"):

تعریف: بروز تب ناگهانی بالای ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر:

سفتی گردن (سختی حرکات گردن) / تشنج / کاهش هوشیاری / تحریک پذیری / سردرد شدید / استفراغ

- سندرم شوک عفونی (مهم ترین تشخیص های افتراقی: مننگوکوکسمی-تیفوئید- بروسلوز- طاعون- آنفلوانزا- کورونا ویروس- سارس- مالاریا- وبای خشک-تب های خونریزی دهنده- سیاه زخم):

تعریف : بیمار بدحال با شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک (به عنوان مثال رویت ترشح چرکی) یا احتمال (استعداد) عفونت مثل نقص ایمنی، سوختگی، ... بعلاوه حداقل دو علامت از ۳ علامت حیاتی ذیل:

۱. تاکی پنه (تنفس تندتر از حد نرمال)

۲. تاکی کاردی (ضربان قلب بیشتر از حد نرمال)

۳. داشتن درجه حرارت کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد (هایپوترمی) یا داشتن

تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد

علائم کمکی:

۱. اختلال عملکرد ارگانهای دور از محل عفونت (بدلیل هیپوپرفیوژن و بروز ایسکمی)

۲. افت فشار خون که با تجویز مقدار کافی مایعات مناسب مثل نرمال سالین، رینگر لاکتات قابل برگشت باشد.

۳. ایسکمی پوست: پرشدگی خون مویرگی بیشتر از ۳ ثانیه یا رنگ پریدگی پوست (در کودکان) (پس از برداشتن فشار انگشت از روی پوست، برگشت رنگ به پوست به حالت اولیه، بیشتر از ۳ ثانیه طول بکشد).

۴. اختلال عملکرد کلیه: (اولیگوری)

۵. اختلال عملکرد مغز: بیقراری، خواب آلودگی، کما (تغییر سطح هوشیاری)

۶. اختلال عملکرد ریه: تنگی نفس، کبودی مخاطها و انتهاها،

۷. سردی انتهای اندامها (گاهی و در مراحل پیشرفته)

- سندرم مرگ ناگهانی غیرمنتظره (مرگ مشکوک) (مهم ترین تشخیص های افتراقی: آنسفالیت-مننژیت-عفونت های شدید-وبا-طاعون-مسمومیت های شدید-مارگزیدگی-مصرف الکل و مواد مخدر):

تعریف: مرگی که بعلت بیماریهای داخلی، تروما، قتل و موارد مشابه نباشد و علائم پوستی از قبیل پتشی، پورپورا، اکیموز، خونریزی در فرد مشاهده می شود):

۱. توقف نبض و تنفس بمدت بیش از ۱۰ دقیقه در فاصله کمتر از ۲۴ ساعت از شروع علائم بیماری:



۲. مرگ غیر منتظره (مرگ ناگهانی که با دلایلی مانند کهولت سن، بیماری مزمن و یا حوادث (تروماها) که مرگ را قابل توجیه میکنند، نداشته باشد)

۳. فاصله بین شروع علائم و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت

- سندرم تب طول کشیده (مهم ترین تشخیص های افتراقی: سل-مالاریا-بروسلوز- تیفوئید- بوریوز- لیتوسپیروز- دانگ- کالاآزار-تب کیو-انواع هیپاتیت-HIV/AIDS)

تعریف: داشتن تب بیش از ۳ روز به همراه یکی از علائم زیر شامل سردردخفیف، درد عضلات، کوفتگی بدن، حال عمومی بد.

- سندرم تب و تورم غدد لنفاوی (مهمترین تشخیص های افتراقی طاعون-تولارمی)

تعریف: بروز تب به همراه تورم حاد غدد لنفاوی گردن/زیر بغل/کشاله ران:(تب بیشتر از ۳۸ درجه دهانی به همراه حداقل یکی از علائم زیر: بزرگی غددلنفاوی/درد غدد لنفاوی/التهاب غدد لنفاوی)

- سندرم بیماریهای آمیزشی (مهمترین تشخیص های افتراقی سوزاک-سفلیس-زگیل تناسلی)

تعریف: وجود هر یک از علائم زیر:

در نوزادان ترشح چشمی-در خانم ها :درد زیر شکم -ترشح واژینال -در آقایان تورم بیضه -ترشح مجرا-زخم یا زگیل تناسلی - التهاب مقعد -تورم اینگوینال

انواع احتیاطات

احتیاطات بر اساس راه انتقال - احتیاطات استاندارد

احتیاطات استاندارد:

بهداشت دست - تزریقات ایمن - مدیریت خون - مدیریت اقلام پارچه ای - مدیریت پسماند

ضد عفونی ابزار و تجهیزات- بهداشت محیط- وسایل حفاظت فردی

احتیاطات بر اساس راه انتقال:

۱-احتیاط های هوایی (Airborne)

بیماری هایی که رعایت احتیاط های هوایی برای آنها ضرورت دارد (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی و اثبات شده) عبارتند از: سرخک -سندرم تنفسی حاد شدید (SARS)- تب های خونریزی دهنده آبله (small pox) -آبله مرغان (varicella)-سل ریه یا حنجره- زونای منتشر

۱- محل استقرار بیمار: اتاق خصوصی که حاوی فشار هوای منفی کنترل شده نسبت به محیط اطرافش باشد حداقل ۶ بار تبادل و تعویض هوا در ساعت انجام گیرد هوا بصورت مناسبی به بیرون رانده شود یا اگر ممکن نیست قبل از گردش جریان

هوا به سیستم تهویه عمومی، هوای اتاق با یک فیلتر قوی HEPA فیلتر گردد درب اتاق بسته باشد و بیمار در داخل اتاق باقی بماند.

۲- محافظت تنفسی: استفاده N95 تمام افرادی که وارد اتاق بیمار می شوند باید از ماسک شخصی که فیلتر ۵ میکرو داشته و حداقل کارایی ۹۵٪ دارد استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی و باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد.

۳- انتقال و جابجایی بیمار: جابجایی در موارد خاص و ضروری همراه با پوشیدن ماسک

۲- احتیاط های قطره ای (Droplet)

برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت (قطره) از این نوع احتیاط استفاده می شود بدلیل اندازه بزرگ، این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند.

این ذرات حین صحبت کردن، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند.

برای عفونت های زیر احتیاط قطرات ضروری است

۳- احتیاط تماسی (Contact)

برای جلوگیری از انتقال ارگانیسیمهای مهم که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیرمستقیم (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال مییابند رعایت احتیاط تماسی توصیه می شود.

برای عفونت های زیر رعایت احتیاط تماسی ضروری است:

۱- عفونت یا کلونیزه شدن با باکتری های مقاوم به چند دارو در دستگاه گوارش تنفس، پوست یا زخم

۲- عفونت روده با میکروب هایی که در دوز کم توانایی ایجاد عفونت دارند یا برای مدت طولانی در محیط زنده می مانند مثل اسهال، کلتزیديوم دیفیسل

۳- عفونت های انتروویروسی در نوزادان و بچه های کوچک

۴- برای بیمارانی که بی اختیاری مدفوع دارند یا از پوشک استفاده می کنند نوع H7Ecoli یا روناویروس A انتروهموراژیک، شیگلا، هپاتیت



۵- عفونت با Rsv (ویروس سن سیشیال تنفسی)

۶- در نوزادان یا اطفال آدنوویروس

۱- محل استقرار بیمار: بیمار را در یک اتاق خصوصی یا اتاقی که بیمار دیگری دچار عفونت فعال با همان میکروارگانیسم شده و بجز آن عفونت دیگری ندارد جای دهید اگر هیچ یک از این دو روش ممکن نیست با کارشناسان کنترل عفونت مشورت کنید.

۲- وسایل حفاظتی: دستکش و شستن دست: استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل :

پوشیدن دستکش به هنگام ورود به اتاق بیمار

درآوردن دستکش ماقبل از ترک اتاق بیمار (بلافاصله پس از درآوردن دستکش ها اسکراب کنید).

گان: به هنگام ورود به اتاق بیمار، در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار، سطوح محیطی یا وسایل موجود در اتاق ، اگر بیمار بی اختیاری مدفوع یا اسهال دارد، ایلئوستومی، کولستومی شده و یا زخمی دارد که ترشح آن با پانسمان قابل کنترل نیست، باید گان بپوشید. قبل از ترک اتاق ایزوله بیمار، گان را درآورید. بعد از درآوردن گان، مطمئن شوید که لباس شما با سطوح محیطی بالقوه آلوده تماس نمی یابد.

۳- انتقال و جابجایی بیمار : حرکت و انتقال را فقط به موارد و مقاصد ضروری محدود کنید.

۴- کنترل عوامل محیطی: از پاک شدن روزانه لوازم مراقبت از بیمار ، تجهیزات و وسایل مربوط به تختخواب وی و نیز سطوحی که بطور مکرر به آنها دست زده می شود مطمئن شوید.

۵- وسایل مراقبت از بیمار: در صورت امکان وسایلی مانند گوشی، فشارسنج، کمد کنار تختخواب (وسایل غیربحرانی یا noncritical) برای هر بیمار اختصاصی باشد. اگر انجام چنین کاری ممکن نباشد این وسایل را باید کاملاً پاک و گندزدایی کرد و بعد برای بیمار دیگری مورد استفاده قرار داد.

شرایط اتاق ایزوله:

اتاق ایزوله فقط دارای یک تخت باشد (یا حداقل بیماران با بیماری مشابه در آن بستری شوند).

جلوی در اتاق ایزوله گان، ماسک، دستکش، به میزان کافی باشد.

داخل اتاق ایزوله حتماً دارای سرویس بهداشتی مجزا / دستشویی / مایع صابون / هند راب / بتادین باشد. دارای دو سطل (زباله وملافه) باشد.

فردی که داخل می شود در هنگام خروج از اتاق ایزوله (گان، ماسک و دستکش) را خارج کرده و در سطل های مذکور بیاندازد.

بعد از مرخص کردن بیمار حتما اتاق با مواد ضد عفونی مناسب ضد عفونی شود. کلیه وسایل استفاده شده از اتاق جدا شده تمیز و ضد عفونی گردد.

بیماران ایزوله حتی المقدور ممنوع الملاقات باشند. یا با پزشک مربوطه هماهنگ شود. ملاقات کنندگان محدود باشند و به حداقل برسند. تمام ملاقات کنندگان کلیه اصول مثل دست شستن، استفاده از گان، ماسک، دستکش را رعایت کنند

وسایل اتاق ایزوله به هیچ عنوان برای بیماران دیگر استفاده نشود مگر در صورت ضد عفونی و استریل شدن.

درب اتاق بسته باشد و به بیمار توصیه شود تا حد ممکن از اتاق خارج نشود چنانچه بیمار نیاز به خروج از محدوده ایزولاسیون دارد (عکس برداری و....) پرستار مسئول بیمار یا مسئول شیفت یا سرپرستار به بخش هدف جهت رعایت مفاد ایزولاسیون اطلاع رسانی نمایند و حتی الامکان مدت کمتری بیمار در بخش هدف بماند در ایزولاسیون تنفسی (DROPLET) هنگام خروج بیمار از اتاقش، جهت بیمار از ماسک استفاده می شود

وسایلی که قابل استفاده مجدد هستند و با پوست آسیب دیده، خون، مایعات بدن، یا مخاطات در تماس بوده اند، باید قبل از استفاده برای بیمار دیگر، با ماده گندزدای مناسب بیمارستانی، پاک و ضد عفونی شوند. قبل از ضد عفونی کامل این وسایل، نباید آن ها را در اتاق بیماران دیگر یا مناطق تمیز دیگر، قرار داد.

اهمیت رعایت بهداشت دست در بیمارستانها تا ۸۰ درصد از آمار عفونتهای بیمارستانی کاسته می شود.

اهمیت رعایت بهداشت دست در بیمارستانها تا ۸۰ درصد از آمار عفونتهای بیمارستانی کاسته می شود.

انواع میکروب های روی پوست

۱- میکروبهای مقیم (نرمال فلورا) (Resident) مانند استافیلوکوک اپیدرمیس، کوکسی های کوآگولاز منفی، باکتری های کورینه فرم و...

۲- میکروبهای گذرا (Transient) مانند استافیلوکوک آرنوس، نتروکک، MRSA، E. COLI، VRE، ...

۳- فلور عفونی پوست (Infectious) شایعترین میکروبهای این گروه استاف آرنوس و استرپتوکوک بتا همولیتیک

اسکراب جراحی

صرف ۵-۲ دقیقه وقت-خارج نمودن انگشتر، ساعت مچی و دستبند قبل از اسکراب-تمیز کردن زیر ناخن ها با آب روان و صابون به وسیله ناخن شوی یکبار مصرف استریل -انجام اسکراب جراحی با حرکت یک سویه دست ها و آرنج از میان جریان آب -خودداری از برس کشی دست ها به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، در صورت لزوم استفاده از برس یکبار مصرف استریل - محلول اسکراب باید داخل ظرف مناسب و دربسته بوده و در محیط قابل نگهداری باشد



اگر دست به باسیلوس آنتراسیس آلوده است ابتدا باید از صابون آنتی‌میکروبیال استفاده شود. در عمل دوم به بعد، در صورتی که فرد از اتاق عمل خارج شده و کار دیگری انجام داده مثلاً از سرویس بهداشتی استفاده کرده است مجدداً دست با بتادین اسکراب شود. در غیر این صورت پس از عمل دستکش را از دست خارج کرده، دست را با آب و صابون شسته، دست‌ها و ساعد کاملاً خشک شده و سپس با محلول پایه الکل اسکراب شوند.

مراحل پوشیدن وسایل حفاظت فردی

۱- شستن دست‌ها ۲- پوشیدن گان ۳- ماسک ۴- عینک یا شیلد ۵- بهداشت دست ۶- دستکش

مراحل بیرون آوردن وسایل حفاظت فردی

۱- دستکش ۲- بهداشت دست ۳- گان ۴- عینک یا شیلد ۵- بهداشت دست ۶- ماسک ۷- بهداشت دست
یا ۱- دستکش و گان با هم ۲- بهداشت دست ۳- عینک یا شیلد ۴- بهداشت دست ۶- ماسک ۷- بهداشت دست
وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر حسب نوع استفاده به ۳ دسته تقسیم میشوند:

-وسایل بحرانی **Critical**

وسایلی هستند که هنگام کاربرد آنها در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می‌باشند مثل چاقوهای جراحی، سوزن‌های تزریق و بخیه، کاتترهای عروقی و ... این وسایل باید سترون‌سازی شوند

-وسایل نیمه بحرانی **Semi critical**

وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن یا پوست آسیب دیده می‌باشند مانند کاتترهای اداری، اسپکولوم‌های معاینه زبان یا بینی، بانداژها و ... این وسایل باید ترجیحاً سترون‌سازی شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز جهت آنها قابل قبول است.

-وسایل غیر بحرانی **Non critical**

وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند مانند گوشی پزشکی، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون و ... سطوح و محیط بیمارستانی، کف زمین و دیوارها در این گروه قرار می‌گیرند، این وسایل باید شستشو یا گندزدایی سطح متوسط یا پائین شوند.

ایمنی بیمار:

ایمنی بیمار از مسئولیت‌های مهم تیم درمانی است

ایمنی بیمار به معنی پیشگیری از صدمات تصادفی است

نظام ایمنی بیمار سعی می کند بروز اتفاقات و اثر آنها بر بیمار را به حداقل برساند

یکی از عوامل مهم تهدید کننده ایمنی بیماران ابتلاء به عفونت های بیمارستانی است

گام های تزریقات ایمن

رعایت تکنیک آسپتیک-رعایت بهداشت دست-انجام صحیح فرآیند و پروسیجر-آموزش کارکنان-فرهنگ ایمنی

استفاده از ویال و مایع رقیق کننده استریل-آماده سازی صحیح محل تزریق-دفع مناسب پسماندها-ابزار تزریقات که به صورت ایمن طراحی شده اند

تعریف ویال سینگل دوز یا سینگل یوز:

ویال سینگل دوز یا سینگل یوز ویالی شامل یک نوع داروی مایع است که به منظور تزریق داخل عروق (تزریق یا انفوزیون) برای یک بیمار و فقط برای یک مورد تزریق/ یک پروسیجر تولید شده است.

ویال های سینگل دوز یا سینگل یوز به وسیله کارخانه سازنده تحت این عنوان برچسب خورده و معمولاً فاقد مواد نگهدارنده آنتی میکروبیال است. استفاده نامناسب از این ویالها می تواند باعث آلودگی آنها شود.

نمونه هایی از عملکرد غیر ایمن:

استفاده مجدد از ابزار تزریقات

استفاده ناقص از تکنیک آسپتیک هنگام آماده کردن وسایل و تزریق دارو

نیدل استیک کارکنان

تزریقات بیش از حد نیاز

دفع غیر ایمن پسماندهای تزریقات

مدیریت مواجهه شغلی

مواجهه ای که ممکن است پرسنل را در معرض عفونت HIV و HBV و HCV قرار دهد یعنی تماس خون ، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (مانند پوست ترک خورده، یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت).

گروههای پرخطر : مصرف کنندگان مواد مخدر تزریقی ، افرادی که سابقه زندان داشته اند ، افرادی که سابقه رفتارهای جنسی پر خطر دارند ، همسر یا شریک جنسی هر یک از گروههای فوق



مایعات بالقوه عفونت‌زا: خون مهمترین مایع بدن است که می تواند عفونت‌زا باشد. مایعات زیر نیز بالقوه عفونت‌زا محسوب می شوند: مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک. میزان خطر انتقال عفونت **HIV**، **HBV** و **HCV** از این مایعات مشخص نیست. ادرار، بزاق، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونت‌زا نیستند، مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود. تماس مستقیم با مخاطات یا پوست آسیب دیده (مانند تماس بدون محافظ) با ویروس تغلیظ شده در آزمایشگاه تحقیقاتی یا تولیدی مواجهه محسوب شده، نیازمند ارزیابی بالینی است.

برای موارد گاز گرفتگی انسان ارزیابی بالینی باید شامل احتمال مواجهه با پاتوژهای منتقل شونده از راه خون برای فرد گازگیرنده و فرد مورد گزش باشد. انتقال عفونت **HIV** از این راه به ندرت گزارش شده است.
منبع: فردی است که یکی از کارکنان با یک مایع بالقوه عفونت زای وی مواجهه یافته است.

خطر انتقال شغلی **HBV**:

در صورتیکه **HBS Ag** و **HBe Ag** منبع هر دو مثبت باشد خطر ایجاد هپاتیت بالینی، ۲۲-۳۱٪، و احتمال ایجاد تغییرات سرولوژیک، ۳۷-۶۲٪ برآورد شده است. چنانچه **HBe Ag** منفی و **HBS Ag** مثبت باشد، خطر ایجاد هپاتیت بالینی از سوزن آلوده، ۶-۱٪ و خطر ایجاد شواهد سرولوژیک عفونت **HBV**، ۳۷-۲۳٪ است.

HBV در خون خشک شده در دمای اتاق روی سطوح محیط به مدت حداقل یک هفته زنده باقی می ماند و شاید توجیه گر برخی از موارد ابتلا **HCP** به **HBV** بدون سابقه مشخصی از مواجهه باشد.

خطر انتقال شغلی **HCV**:

بطور متوسط در ۸/۱٪ (محدوده ۷-۰٪) از موارد، بعد از مواجهه پوستی اتفاقی با منبع مبتلا به **HCV**، تبدیل سرمی مشاهده می شود. با وجود آنکه مشاهده شده **HCV** تا ۱۶ ساعت در خون خشک باقی می ماند، داده های اپیدمیولوژیک حاکی از آن است که برخلاف **HBV**، آلودگی محیطی با خون حاوی **HCV** خطر قابل توجهی برای انتقال این ویروس در محیط های بهداشتی - درمانی بجز در مراکز همودیالیز محسوب نمی شود.

خطر انتقال شغلی **HIV**:

خطر متوسط برای انتقال **HIV** به **HCP** (کارکنان مراقبت سلامت) بعد از مواجهه پوستی با خون آلوده به **HIV**، حدود ۰/۶٪ (۲/۰ - ۵/۰٪) و بعد از مواجهه غشای مخاطی حدود ۰/۹٪ (۰/۰۶ - ۵/۰٪) برآورد شده است. با آن که انتقال **HIV** بعد از مواجهه پوست ناسالم اثبات شده است، خطر متوسط انتقال از این راه به طور دقیق نشان داده نشده اما این رقم کمتر از خطر

مواجهه ی غشاهای مخاطی بر آورد می شود. خطر انتقال بعد از مواجهه با مایعات و بافتها بجز خون آلوده به HIV اندازه گیری نشده است، ولی احتمالاً بسیار کمتر از خون آلوده است.

افزایش میزان خطر HIV:

وجود خون واضح بر روی وسایل-فرو رفتن مستقیم سوزن در شریان یا ورید-جراحی عمیق-بیماری پیشرفته یا با بار ویروسی بالا در فرد منبع-فرو رفتن سوزنهای توخالی (سوزن تزریق، آنژیوکت، ...) در مقایسه با سوزنهای تو پر (سوزن بخیه، ...)

محافظت نخستین اقدام پیشگیری است. دستها را به طور کامل قبل و بعد از مراقبت بیمار با آب و صابون بشویند.

از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت مراقبت بیمار استفاده نمایند. (استفاده از دستکش، گان، چکمه، عینک محافظ و ماسک برای مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد) در زمان هر گونه رگ گیری شامل شریانی یا وریدی باید دستکش بپوشند.

هنگام کارکردن با وسایل تیز فراهم کردن فضای امن با دسترسی راحت به ظرف مخصوص دور انداختن وسایل تیز (مراجعه به دستورالعمل کنترل عفونت و دستورالعمل احتیاطات استاندارد) دور انداختن وسایل نوک تیز استفاده شده در سفتی باکس، عدم سرپوش گذاری مجدد سوزنها، استفاده از وسایل ایمنی مناسب، همه کارکنان مراقبت پزشکی باید مجموعه واکسیناسیون HBV را دریافت کنند و آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره را انجام دهند.

مرحله اول (PEP) (POST EXPOSURE PROPHILAXIS): مداوای محل مواجهه:

در صورت بریدگی پوست با سر سوزن یا شی تیز و برنده: فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویند.

محل ورود شی را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود. اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلولها یا ژل شوینده دست تمیز کنید. از محلول های قوی مانند مایع سفید کننده استفاده نکنید. از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست نا سالم: فوراً محل را با آب روان بشویند.

اگر آب روان در دسترس نیست از مواد شوینده ضد عفونی کننده ضعیف مثل محلول کلرهگزیدین ۰.۰۴-۰.۰۲٪ استفاده کنید.

از پانسمان خودداری کنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم :

فوراً چشم های مواجهه یافته را با آب معمولی یا نرمال سالیین بشویند. (مواجهه یافته را روی یک صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالیین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید). در صورت داشتن لنز روی چشم، آنها را خارج کنید و طبق روش فوق آنها را بشویند. در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.



در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان: فوراً خون یا مایع را به بیرون بریزید با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشوید و بیرون بریزید. و چندین بار تکرار کنید در دهان صابون یا مواد ضد عفونی کننده بکار نبرید.

مرحله دوم PEP: ثبت و گزارش دهی:

در صورتی که در بیمارستان کار می کنید، موارد مواجهه شغلی را به کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی گزارش دهید. چگونگی مدیریت مواجهه و پروفیلاکسی بعد از مواجهه (PEP) باید در پرونده پزشکی کارکنان مواجهه یافته ثبت شود.

ثبت در پرونده بیمار:

تاریخ و زمان مواجهه، جزئیات مواجهه (چگونگی مواجهه، محل وقوع حادثه، منطقه مواجهه یافته روی بدن، نوع ترشحات، حجم ترشحات، در صورت تماس با ابزار تیز عمق تماس و ..)

وضعیت منبع مواجهه:

فرد منبع مبتلا به HIV، HBV و HCV است یا نه؟ اگر فرد منبع مبتلا به HIV باشد، مرحله بیماری، تعداد سلول CD4، بار ویروسی HIV، تاریخچه درمان ضد رتروویروسی و در صورت دسترسی اطلاعاتی در باره مقاومت به داروهای ضد رتروویروسی؛

پروفیلاکسی ترجیحا در عرض ۲ ساعت و نه بیشتر از ۷۲ ساعت پس از مواجهه شروع شود و نباید به دلیل آماده نبودن نتایج آزمایش ها به تاخیر بیافتد.

سوابق HCP مواجهه یافته؛

وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B و پاسخ به واکسن؛ سابقه قبلی عفونت HIV، HBV یا HCV و سایر بیماریها؛

در صورتیکه وضعیت فرد از نظر HIV، HBV، HCV مشخص نیست درخواست آزمایش قبل از ۷۲ ساعت انجام شود و نتیجه ثبت شود. بارداری یا شیردهی؛ ثبت اقدامات انجام گرفته برای فرد مواجهه یافته.

مرحله سوم PEP: ارزیابی مواجهه:

عواملی که باید در ارزیابی، مد نظر باشند عبارتند از:

۱. نوع مواجهه

تماسهایی که نیاز به مداخله و پیگیری دارند شامل موارد زیر هستند:

آسیب پوستی-مواجهه غشای مخاطی-مواجهه پوست ناسالم -گاز گرفتگی توسط بیمار مبتلا به HIV که خونریزی قابل رویت در دهان دارد و منجر به خونریزی در فرد مواجهه یافته می شود .

مرحله چهارم PEP : ارزیابی منبع مواجهه:

در صورت مشخص بودن منبع مواجهه:

بیمار از نظر HBS Ag، HCV Ab و HIV Ab بررسی شود . در صورتی که نتایج این آزمایشات در سوابق بیمار موجود نیست برای اطلاع از وضعیت منبع هرچه سریعتر اقدام شود. در صورت امکان از تست های تشخیص سریع مورد تائید وزارت بهداشت استفاده نمائید. استفاده از PCR HIV ، برای غربالگری روتین منبع مواجهه توصیه نمی شود .

در صورتی منفی بودن منبع مواجهه از نظر HIV، HBV و HCV ، آزمایش پایه، تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری بعدی HCP ضرورت ندارد .به هنگام درخواست آزمایشات به راز داری در مورد نتایج آزمایشات توجه شود.

در صورتیکه به هر علتی نتوانید آزمایشات مورد نیاز را برای منبع مواجهه انجام دهید، تشخیص طبی، علائم بالینی و سابقه رفتارهای پر خطر را در نظر بگیرید.

زمانی که منبع مشخص نیست:

با توجه به شیوع پاتوژن های منتقل شونده از راه خون در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده، خطر مواجهه با این پاتوژن ها را ارزیابی کنید. مثلا خطر انتقال HIV در مواجهه با سوزنی که در یک مرکز گذری استفاده و دفع شده ، در مقایسه با سوزنی که در بخش کودکان استفاده شده بسیار بیشتر است.

آزمایش سوزنهای دور ریخته شده برای پاتوژنهای خونی ارزش تشخیصی ندارد و ممنوع است.

توصیه شده برای مواجهه با HBV

Vaccination and/or antibody response status of exposed patient ^a	Treatment when source is:		
	HBsAg positive	HbsAg negative	Source unknown or not available for testing
Unvaccinated/ non-immune	HBIG ^b x1; initiate HB vaccine series	Initiate HB vaccine series	Initiate HB vaccine series
Previously vaccinated, ^c known responder ^d	No treatment	No treatment	No treatment



Previously vaccinated, ^c known non-responder ^d	HBIG ^b x1 and initiate revaccination ^e or HBIG ^b x2	No treatment	No treatment unless known high-risk source; if high-risk source, ^f then treat as if source were HbsAg positive
Previously vaccinated, ^c antibody response unknown	Single vaccine booster dose ^g	No treatment	No treatment unless known high-risk source; if high-risk source, ^f then treat as if source were HbsAg positive
If still undergoing vaccination	HBIG ^b x1; complete vaccine series	Complete vaccine series	Complete vaccine series

مرحله پنجم PEP: ارزیابی فرد مواجهه یافته:

سابقه ابتلا به عفونت HBV، HCV یا HIV؛ سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به آن؛ در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HBV، HCV یا HIV مشخص نیست، آزمایش پایه برای HBs Ag، HBs Ab، HCV Ab و HIV Ab را در اسرع وقت و در صورت موافقت فرد مواجهه یافته درخواست کنید (ترجیحا طی ۷۲ ساعت). سابقه بیماری خاص یا حساسیت دارویی

مرحله ششم PEP: مدیریت عفونت های مختلف در PEP:

باید همه افرادی که با مواد عفونت زا مواجهه داشته اند، مشاوره شوند. اگر فرد مواجهه یافته، سابقه ابتلا به یکی از عوامل HBV، HCV یا HIV را داشته و با همان عامل مواجهه یافته باشد، نیازی به PEP ندارد. ولی اگر قبلا مبتلا نبوده یا بررسی نشده است، باید از نظر نیاز به PEP ارزیابی شود.

مواجهه با HBV:

می توان تیتر Anti HBs را چک نمود و چنانچه تیتر بالاتر از 10 U/mg باشد نیاز به اقدام خاصی نیست. اگر تیتر آنتی بادی در این حد نبود، باید یک دوز واکسن و یک دوز ایمونو گلوبولین هپاتیت B، با دوز 0/06 ml/kg داخل عضلانی حداکثر طی ۷ روز بعد از مواجهه تزریق شود و تیتر آنتی بادی را ۳ ماه بعد چک نمود. چنانچه تیتر آنتی بادی در حد فوق بود اقدامی نیاز نیست. ولی اگر تیتر کافی نبود، باید سری واکسیناسیون را کامل نمود و یک تا ۲ ماه بعد تیتر آنتی بادی را چک کرد. چنانچه نتوان تیتر آنتی بادی را در اسرع وقت چک کرد، یک دوز واکسن و ایمونوگلوبولین تزریق شود و تیتر آنتی بادی مطابق با توصیه فوق ۳ ماه بعد چک شود.

مواجهه با HCV:

در حال حاضر هیچ توصیه ای برای پروفیلاکسی دارویی بعد از تماس برای HCV وجود ندارد. ایمنوگلوبولین موثر نیست. واکسن نیز وجود ندارد. برای کارکنان مواجهه یافته باید مشاوره مناسب، آزمایش و پیگیری انجام شود. در صورت ابتلا به HCV، فرد مواجهه یافته، کاندید درمان است انجام آزمایشات پیگیری اثبات نتایج مثبت HCV anti- با آزمایش های تکمیلی در صورت بروز تغییرات سرولوژیک؛ خود داری از اهدای خون، پلاسما، اعضا، بافت ارجاع بیمار در صورت بروز علائم بالینی و/یا آزمایشگاهی حاکی از هپاتیت حاد؛ پیشنهاد مشاوره بهداشت روانی بر حسب لزوم.

مواجهه با HIV:

معیارهای شروع پروفیلاکسی

مواجهه در ۷۲ ساعت اخیر اتفاق افتاده باشد.

فرد مواجهه یافته مبتلا به عفونت HIV نیست یا در زمان تصمیم گیری وضعیت نامشخص دارد

مخاط و یا پوست آسیب دیده در تماس با مایعات بالقوه عفونی بدن قرار گرفته اند

منبع مبتلا به عفونت HIV است و یا جزء گروههای پر خطر قرار دارد.

در صورت وجود تردید در باره میزان خطر بعد از مواجهه، شروع درمان پروفیلاکسی HIV بهتر از تاخیر در تجویز است. اما فرد را ظرف ۴۸ ساعت به مرکزی که تجربه بیشتری در این زمینه دارد، ارجاع دهید تا درمورد ادامه یا قطع آن تصمیم گیری شود. در صورتیکه تصمیم گیری برای شروع درمان پروفیلاکسی بدون در دست داشتن نتیجه آزمایشات و براساس عوامل خطر بوده، باید تصمیم گیری برای ادامه درمان بر اساس نتیجه آزمایش صورت گیرد. در صورت منفی بودن فرد منبع از نظر HIV، باید PEP متوقف شود. در صورتیکه دسترسی به منبع وجود ندارد دوره درمان تکمیل شود.

مشاوره بعد از مواجهه با HIV:

مواجهه های شغلی معمولاً نگرانی فراوانی در کارکنان ایجاد می کنند. باید در این مورد با فرد مواجهه یافته مشاوره نمود. غالباً خطر انتقال HIV در مواجهه های شغلی بسیار اندک است. با این وجود با توجه به اهمیت این عفونت، در صورتی که شروع PEP لازم باشد باید بر اهمیت آن تاکید نمود. باید اطلاعات لازم را در این مورد در اختیار بیمار قرار داد تا بتواند به درستی تصمیم گیری کند. به فرد مواجهه یافته باید توصیه نمود تا از اهدای خون، پلاسما، اعضا، بافت و شیر دهی در دوره پیگیری خودداری کند. آزمایش HIV PCR برای غربالگری در HIV توصیه نمی شود مگر آن که بیماری مطابق با سندرم رترو ویروسی حاد وجود داشته باشد. پیشگیری قبل از تماس به معنی مصرف روزانه قرص ترکیبی تنوفوویر + امتریسیتابین (ترووادا) توسط فرد غیر مبتلا به HIV برای جلوگیری از انتقال HIV، به هنگامی است که ممکن است در معرض مواجهه HIV قرار گیرد.



در صورت تجویز PEP، ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از شروع پروفیلاکسی بیمار از نظر پایبندی به درمان و عوارض دارویی ویزیت شود. ویزیت حداقل هر سه ماه از نظر: اطمینان از مصرف دارو و پایبندی مناسب - ارزیابی عوارض دارویی - ارزیابی از نظر بارداری - بروز احتمالی علائم عفونت حاد - تکرار آزمایش اچ آی وی (در صورت ابتلا درمان دو دارویی برای فرد ناموثر است) بهداشت محیط در بیمارستان:

- میکروارگانیسم ها از طریق بیمار (منبع) به یک میزبان مستعد منتقل میشوند. راه انتقال آنها، اغلب دست آلوده کارکنان است. از سایر راههای انتقال میکروارگانیسمها میتوان به اشیاء، سطوح و هوا اشاره کرد. سطوح نزدیک به بیمار اغلب آلوده تر از سایر سطوح است. مطالعات نشان داده است که سطوح آلوده به وسیله دست کارکنان نقش مهمی در انتقال باکتریایی مثل کلستریدیوم دیفیسیل، MRSA، VRE آسینتوباکتر، سودوموناس و... دارند. بهبود بهداشت محیط بیمارستان باعث کنترل طغیان این میکروارگانیسمهای خطرناک خواهد شد. اسپورهای کلستریدیوم دیفیسیل و باکتری های

همچون MRSA، VRE و آسینتوباکتر میتوانند ۴ تا ۵ ماه در سطوح خشک زنده بمانند.

- در سالهای اخیر کشتهای روتین و بی هدف از محیطهای بیمارستانی غیر ضروری تشخیص داده شد. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها CDC در دستورالعملهای خود توصیه کرده که کشتهای محیطی در زمان طغیان عفونتهای بیمارستانی و در مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شود. در سنجهای اعتباربخشی کشت روتین از بخشهای جنرال غیر لازم دانسته شده ولی کشت از بخشهای ویژه مثل اتاق عمل، اتاقهای نوزادان، بخشهای مراقبت ویژه طبق مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان مجاز می باشد. لازم به ذکر است که به هر حال کشت گیری بهتر است از نقاط بحرانی بخش مثل

مخزن اکسیژن، نبولایزر و ستهای استریل انجام شود.

- در حال حاضر، مطالعات میکروبیولوژیک فقط در موارد زیر ضروری میباشد:

- اندیکاتور بیولوژیک برای تشخیص فرآیندهای استریلیزاسیون

- کشت ماهانه از آب و dialysate در بخش همودیالیز

- ارزیابیهای مقطعی از وضعیت بهداشت محیط، مثلاً بعد از تغییر در پروتکلهای کنترل عفونت

موارد مهم هنگام پاکسازی و ضد عفونی سطوح و ابزار در بیمارستان:

- به کارکنان خدمات در خصوص نحوه کار با محلولهای ضد عفونی کننده، نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی، نحوه

- نظافت سطوح و برنامه پاکسازی و ضدعفونی سطوح و ابزار غیر بحرانی بخش آموزش دهید.
- برای سطوح اداری بیمارستان مثل دفاتر اداری، نظافت با آب و یک شوینده کفایت میکند.
- سطوح مراقبتی در بخشهای بالینی که مرتبا لمس میشوند (مثل دستگیره درب، میله تخت، کلیدهای برق و سطوح سرویس بهداشتی که به وسیله بیمار لمس میشوند) باید بیش از سایر سطوح نظافت شوند. این سطوح را با محلولهای ضدعفونی کننده سطح پایین تا متوسط مخصوص سطوح بیمارستانی که دارای تاییدیه وزارت بهداشت هستند ضدعفونی کنید.
- سطوح دیوارها، پنجره و پرده را هر زمان که به طور واضح کثیف یا آلوده بودند نظافت کنید.
- سطوحی که مرتبا لمس میشوند ولی نظافت آنها مشکل است را با پوششهای پلاستیکی بپوشانید.
- هرگز برای ضدعفونی سطوح محیطی/ابزار غیربحرانی، از محلولهای ضدعفونی کننده سطح بالا استفاده نکنید.
- هرگز از الکل برای ضدعفونی سطوح وسیع استفاده نکنید.
- سر تی را در شروع روز، بعد از تمیز کردن خون و ترشحات و هر زمان که لازم است شستشو و ضدعفونی کنید. قبل از استفاده مجدد، اجازه دهید تا سر تی خشک شود. پس از اتمام کار شستشو، سر تی را داخل آب ژاول ۰.۵٪-۱.۰٪ به مدت ۰ دقیقه غوطه ور و سپس آب کشی و آویزان نمایند.
- سطوح افقی اتاق بیماران را روزانه با یک دستمال مرطوب با مقدار کمی ضدعفونی کننده مخصوص سطوح، گردگیری کنید.
- هنگام نظافت راهروها، درب اتاق بیماران دارای نقص ایمنی را ببندید.
- هنگام نظافت محیط و ابزار و تجهیزات از ایجاد گرد و خاک و ائروسول خودداری کنید.
- پروتکلهای پاکسازی سطوح و محیط بیمارستان باید برای کارکنان خدمات قابل درک باشد.
- کف بخش ها باید عاری از آلودگی قابل رویت باشد. دیوارها، سقف، درب ها و سطوح افقی باید فاقد گرد و خاک باشند.
- تخلیه زباله ها باید به موقع و به روش مناسب انجام شود.
- برای ابزار الکتریکی، تمیز کردن و ضدعفونی طبق توصیه کارخانه سازنده انجام شود.
- اگر اسباب بازی کودکان قابل شستشو نیست نباید در بخش نگهداری شود.
- در بخشهای نوزادان محلولهای ضدعفونی کننده مجاز استفاده شود (استفاده از فنل و کلرهگزیدین ممنوع است). نوزادان



را در معرض محلولهای شیمیایی قرار ندهید.

- از محلولهای شیمیایی برای ضدعفونی کات یا انکوباتوری که نوزاد داخل آن است خودداری کنید.

- کارکنان خدمات بایستی هنگام نظافت محیط از وسایل محافظت شخصی مناسب استفاده کنند.

- کارکنان خدمات باید قبل از خروج از اتاقی که تمیز کرده اند وسایل محافظت شخصی را از بدن خارج کنند.

- ترالی نظافت باید شامل دو قسمت تمیز و کثیف باشد.

- همه بخشهای بیمارستان، باید برای شستشو و ضدعفونی ابزار و وسایل دارای یک اتاق شستشو باشند. این اتاق باید شامل

یک میز کار، یک سینک شستشوی استیل با عمق کافی، یک سینک شستشوی دست، یک کابینت برای نگهداری وسایل

شستشو و محلولها و وسایل محافظت فردی باشد.

- تسهیلات مربوط به تخلیه، شستشو و نگهداری بدین و یورینال بیماران باید در جایی به غیر از اتاق شستشو قرار داشته باشد.

- اتاق تمیز فضایی جدا از اتاق کثیف است که وسایل تمیز مثل ملافه و پتو و لباس تمیز بیمار در آن گذاشته میشود.

- سطوح وسایل پزشکی (مانند کیسه فشارسنج، گوشی معاینه، دستگاه دیالیز و دستگاه رادیولوژی) میتوانند با عوامل عفونی

آلوده شوند و منجر به انتشار عفونتهای بیمارستانی گردند. سطوح وسایل پزشکی غیر حیاتی باید با یک ماده گندزدا سطح پایین یا متوسط تایید شده ضد عفونی شوند.

- تمیز کردن باید از نواحی کمتر کثیف به سمت نواحی کثیف تر و از نواحی بالاتر به سطوح پایین تر انجام شود.

- جاروهای مرطوب و دستمال گردگیری آلوده، منبع گسترش میکروب در بیمارستان می باشند. تمیز کردن سطوح سخت با پارچه های آلوده میتواند دست افراد، تجهیزات و سایر سطوح را آلوده کند. شستن پارچه های گردگیری با دترجنت و

خشک کردن آنها در دمای ۳۱ درجه به مدت ۱ ساعت آلودگی را میزداید. ولی دمای خشک برای پارچه هایی از جنس

فراآوردهای نفتی یا پارچه هایی از جنس پنبه، خطر آتش سوزی دارد. پیشنهاد دیگر، غوطه ور کردن پارچه در محلول

ضد عفونی کننده سطح متوسط، طبق توصیه کارخانه سازنده است.

- اگر برای تمیز کاری، از تی، دستمال و پارچه چند بار مصرف استفاده میشود، باید بطور منظم گندزدایی شوند تا از آلودگی

سطوح در حین تمیز کاری در اثر انتقال ارگانیسم ها از این سطوح به بیماران یا تجهیزات توسط دست کارکنان جلوگیری شود.

- مدت زمان مواجهه تی و دستمال و سطوح با محلول ضد عفونی کننده طبق برچسب روی محصول رعایت شود.
- کف بخش به علت تماس مکرر با کفش، چرخ و سایر اشیاء آلوده باید با تی آغشته به محلولهای ضد عفونی کننده شستشو شود.

- هرگز اتاق بیماران و راهروها را فرش نکنید. روکش تشک ها و صندلی ها باید قابل شستشو و ضدعفونی باشد.
- قراردادن گل (خشک یا تازه) و گیاه در اتاق بیماران دارای نقص ایمنی ممنوع است (ترجیحا از این موارد در سایر بخشها هم استفاده نشود).

- پس از نظافت هر ۴-۳ اتاق، کارکنان خدمات باید محلولی را که جهت شستشوی زمین آماده کرده اند تعویض نمایند.
- برای ضد عفونی لکه های کوچک خون بر روی سطوح غیر حیاتی مثل تخت و میز و کف زمین میتوان از رقت ۹:۱ (۱۰٪) استفاده کرد.

هیپوکلریت سدیم (یا محلول ضدعفونی کننده مخصوص سطوح) استفاده کرد. در صورتی که لکه بزرگی از خون وجود داشته باشد، ابتدا باید خون از روی سطح پاک شده و سپس با هیپوکلریت (۱۰٪ یا محلول ضدعفونی کننده مخصوص سطوح) محل را ضد عفونی کرد. در صورتی که در هنگام جمع آوری خون احتمال جراحت وجود دارد، سطوح باید ابتدا رفع آلودگی شده (با قرار دادن دستمال حاوی ماده ضدعفونی کننده بر لکه خون و گذشتن مدت زمان لازم طبق توصیه کارخانه سازنده) سپس تمیز و با محلول (۱۰٪ یا محلول ضدعفونی کننده مخصوص سطوح) ضد عفونی گردند. در زمان پاکسازی همیشه باید مواظب بود تا از جراحات پوستی جلوگیری شود.

آلودگی میکروبی محلولهای شوینده و ضد عفونی کننده:

- بیش از ۵۱ سال است که مواد ضد عفونی کننده، صابون مایع و آنتی سبتیکهای آلوده، ناقل عفونتهای بیمارستانی هستند.

پسودوموناس ها مهمترین باکتریهای جدا شده از گندزدهای آلوده هستند که از ۳۱ درصد محصولات جدا شده اند. توانایی آنها برای زنده ماندن یا رشد در رفتهای مورد استفاده گندزدها بی نظیر است. این توانایی زنده ماندن پسودوموناس ها احتمالا ناشی از تطابق پذیری تغذیه ای و غشای منحصر به فرد آنهاست که یک سد موثر در برابر عبور میکروب کش ها و یا

سیستمهای انتشار به خارج آنهاست .

- برای پیشگیری از آلودگی محلولها، رقیق کردن آنها باید دقیقاً طبق توصیه کارخانه سازنده باشد. از سویی کارکنان کنترل

عفونت باید بررسی کنند که کدام فعالیتهای نامناسب، منجر به آلودگی میکروب کش ها میشوند و به مصرف کنندگان پیاموزند تا از آلودگی مجدد جلوگیری کنند.

- منابع رایج آلودگی خارجی محلولهای میکروب کش عبارتند از آبی که برای رقیق سازی استفاده میشود، ظروف آلوده و آلودگی معمول فضای بیمارستان که محیط تهیه و مصرف محلولها است. شرایط نگهداری این محلولهای باید دقیقاً طبق توصیه کارخانه سازنده باشد.

- قبل از رقیق کردن محلول، رعایت بهداشت دست بسیار مهم است.

شستشو و ضد عفونی لگن و یورینال

الف - در صورتی که در بخش دستگاه لگن شوی با امکان شستشو و ضد عفونی کردن لگن وجود دارد، می توان از لگن و یورینال استیل استفاده کرده و پس از هر بار استفاده در دستگاه قرار داده شود. باید توجه کرد که لگن و یورینال استیل شسته شده، نبایستی در محلی که احتمال آلودگی مجدد دارد نگهداری کرد (سرویس بهداشتی یا اتاق کثیف).

ب- در صورتی که دستگاه لگن شوی در بخش وجود ندارد، می توان از لگن و یورینال سلولزی استفاده کرده و پس از تخلیه

محتویات در سرویس بهداشتی، در دستگاه خردکن انداخته شود.

ج - در صورتی که دستگاه لگن شوی و خردکن کاغذ در بخش وجود ندارد، برای هر بیمار از لگن پلاستیکی استفاده شود. این نوع لگن و یورینال را می توان با رعایت اصول بهداشتی برای یک بیمار در مدت بستری وی استفاده کرد. به این صورت که از ابتدا اسم بیمار روی وسیله نوشته شود. بعد از هر بار استفاده، محتویات در سرویس بهداشتی بیماران تخلیه و لگن با مایع شوینده و آب داغ شستشو و در سرویس عمومی بر روی پایه مخصوص نگهداری شود. پس از ترخیص بیمار، لگن وی دور انداخته شود.

دستورالعمل شستشو، ضد عفونی و نگهداری لارنگوسکوپ

تیغه های لارنگوسکوپ از ابزار نیمه بحرانی محسوب شده و پس از استفاده، جهت آماده سازی برای استفاده های بعدی نیاز به استریلیزاسیون و در صورت عدم امکان، حداقل ضد عفونی با محلول سطح بالا دارند. مراحل آماده سازی تیغه های لارنگوسکوپ به شرح ذیل می باشد:

- پوشیدن وسایل حفاظت فردی مناسب

- جدا کردن دسته و تیغه

- برای نظافت دسته لارنگوسکوپ: استفاده از برس به همراه آب سرد و ماده شوینده برای شستشو، استفاده از الکل ۷۰٪ برای ضدعفونی

- برای نظافت تیغه لارنگوسکوپ:

- شستشوی تیغه با استفاده از برس و آب سرد و ماده شوینده به طور کامل

- آبکشی تیغه و خشک کردن (برای تضمین غلظت محلول ضدعفونی کننده باید از خشک بودن لارنگوسکوپ اطمینان حاصل نمود)

- غوطه ور کردن تیغه در محلول ضدعفونی کننده سطح بالا به مدت لازم

- آبکشی نهایی با آب فراوان، خشک کردن

- در صورت عدم استفاده از آب استریل، بعد از آبکشی با الکل ایزوپروپیل مجدداً ضدعفونی شود.

نکته : در مورد بیماران مبتلا به بیماریهای شناخته شده عفونی و واگیر و همچنین بیماران با سابقه رفتارهای پر خطر حتی الامکان از تیغه های لارنگوسکوپ یکبار مصرف استفاده شود.

نکته : محلول ضدعفونی کننده سطح بالا دقیقاً طبق توصیه کارخانه سازنده رقیق شود. مدت زمان غوطه وری دقیقاً رعایت شود.

در بخش های ویژه استفاده از محلول سطح بالا در محلی با تهویه مناسب و توسط افراد آموزش دیده استفاده شود.

نکته : نحوه نگهداری تیغه های لارنگوسکوپ:

- اولویت اول نگهداری این تیغه ها در ظروف خاص قابل اتوکلاو است. بعد از هر بار استفاده از تیغه ها (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، این نوع ظروف شستشو، ضدعفونی و استریل می شوند.

- اولویت بعدی نگهداری در دیش قابل شستشو و قابل ضدعفونی درب دار است. بعد از هر بار استفاده از تیغه ها (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، این نوع ظروف شستشو و ضدعفونی سطح بالا می شوند.

- اولویت بعدی استفاده از زیپ کیپ است. بعد از هر بار استفاده از تیغه ها و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی ضدعفونی و زیپ کیپ تعویض شود.

نکته : قبل از کنترل عملکرد تیغه های لارنگوسکوپ، ابتدا دست ها هندراب شود.

نکته : نگهداری تیغه‌های لارنگوسکوپ به هر صورت، به هیچ وجه نباید منجر به تاخیر در نجات جان بیمار شود.

دستورالعمل شستشو، ضد عفونی و نگهداری آمبویگ

آمبویگ از ابزار نیمه بحرانی محسوب میشود. اولویت اول، استفاده از آمبویگ قابل اتوکلاو است. در غیر این صورت بایستی از روش های معتبر استریلیزاسیون برای ابزار حساس به حرارت، مثل استریلایزر پلاسما استفاده کرد. در صورتی که به هر دلیل به امکانات ذکر شده دسترسی ندارید، طبق راهکار ذیل عمل کنید:

- پوشیدن وسایل حفاظت فردی مناسب- جدا کردن قطعات از یکدیگر- شستشو با آب ولرم و پاک کردن آلودگی ها به طور کامل- شستشو با آب و مواد شوینده- قرار دادن در محلول سرکه در صورت نیاز به رسوب زدایی برای مدت ۵ دقیقه- آبکشی و خشک کردن (برای تضمین غلظت محلول ضد عفونی کننده باید از خشک بودن قطعات آمبویگ اطمینان حاصل نمود)

- غوطه ور کردن قطعات در محلول ضد عفونی کننده سطح متوسط به مدت لازم

- آبکشی نهایی با آب فراوان، خشک کردن و اتصال قطعات

نکته : استفاده از محلول هایی مانند فنل که باعث رسوب روی قطعات می شود و یا محلول های رنگی مانند بتادین و ساو لن ممنوع است.

نکته : در مورد بیماران مبتلا به بیماریهای شناخته شده عفونی و واگیر و همچنین بیماران با سابقه رفتارهای پرخطر حتی الامکان از آمبویگ یکبار مصرف استفاده شود.

نکته : محلول ضد عفونی کننده سطح متوسط یا بالا دقیقاً طبق توصیه کارخانه سازنده رقیق شود. مدت زمان غوطه وری دقیقاً رعایت شود.

نحوه نگهداری آمبویگ:

- در بخش های عمومی: آمبویگ در کیف مخصوص به خود و داخل ترالی کد نگهداری شود. بعد از هر بار استفاده از

آمبویگ (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، این کیف شستشو، ضد عفونی و در صورت امکان استریل شود.

در صورت عدم امکان آمبویگ در زیپ کیپ نگهداری شود. بعد از هر بار استفاده از آمبویگ (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، ضد عفونی سطح بالا و سپس زیپ کیپ تعویض شود.

- در بخش های ویژه و در مورد بیماران بدحال در همه بخش ها: آمبویگ در کیف مخصوص به خود و بالای سر بیمار

نگهداری شود. بعد از هر بار استفاده از آمبویگ (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، این کیف شستشو، ضد عفونی و در صورت امکان استریل شود. در صورت عدم امکان آمبویگ در زیپ کیپ نگهداری شود. بعد از هر بار استفاده از

آمبویگ (و در صورت عدم استفاده به صورت هفتگی)، زیپ کیپ تعویض شود.

نکته : قبل از کنترل عملکرد آمبوپگ، ابتدا دست ها هندراب شود.

نکته : نگهداری آمبوپگ به هر صورت، به هیچ وجه نباید منجر به تاخیر در نجات جان بیمار شود.

دستور العمل شستشو و ضد عفونی ساکشن

- قبل از شستشو و ضد عفونی ساکشن، پوشیدن وسایل حفاظت فردی مناسب (استفاده از دستکش و پیش بند الزامی است. اگر بیمار در گروه پرخطر قرار دارد از عینک استفاده شود. اگر بیمار سل ریوی دارد از ماسک فیلتر دار استفاده شود.

- بدنه دستگاه ساکشن در فواصل استفاده در بین بیماران، باید با الکل ۱٪ ضد عفونی شود. اگر از دستگاه ساکشن استفاده نمی شود، مخزن باید خشک بوده و کاترهای نباید متصل شوند. دستگاه باید با پوشش ضد گرد و غبار پوشیده شود.

نحوه شستشو و ضد عفونی باتل ساکشن:

- جدا کردن مخزن از سیستم و کیوم و انتقال آن به اتاق کثیف- تخلیه مخزن در سینک مدیکال

- شستشوی سینک با آب فراوان و محلول دترجنت (ترجیحا پودر شستشو)

- آبکشی مخزن با آب سرد و سپس شستشوی آن با دترجنت (ترجیحا پودر شستشو) و آب داغ-آبکشی مجدد و خشک کردن باتل ساکشن- غوطه ور کردن در محلول ضد عفونی کننده سطح بالا و آبکشی نهایی و خشک کردن

ابزار و فضا تعداد دفعات نوع شستشو و گندزدایی مورد نیاز:

توالیت در اتاق خصوصی هر زمان که کثیف شد محلول گندزدایی سطح متوسط

در اتاق عمومی مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط

تخت بیمار و میله های تخت روزانه محلول گندزدایی سطح متوسط

تشک مابین دو بیمار و هر زمان که کثیف شد محلول گندزدایی سطح متوسط

تخت ملاقاتی ها مابین افراد تشک تمیز شود و ملافه عوض شود محلول گندزدایی سطح پایین

بدپن و یورینال فلزی اختصاصی برای هر بیمار بعد از هر بار استفاده استفاده از لگن شوی، شستشو با آب داغ و محلول شوینده

برای چند بیمار مابین دو بیمار استفاده از لگن شوی، محلول گندزدایی سطح متوسط

مانیتور قلبی روزانه و مابین دو بیمار شستشو با آب و محلول شوینده (یا طبق توصیه کارخانه سازنده)

ماشینهای پورتابل رادیولوژی هر زمان کثیف شد شستشو با آب و محلول شوینده (یا طبق توصیه کارخانه سازنده)

پدلهای ماموگرافی مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط (یا طبق توصیه کارخانه سازنده)



پروپ پالس اکسی متری روزانه و مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط (یا طبق توصیه کارخانه سازنده) بالش مابین دو بیمار و هر زمان کثیف شد. در صورت پارگی، دور انداخته شود. چکش رفلکس مابین دو بیمار شستشو با آب و محلول شوینده

گوشی پزشکی بعد از هر بار استفاده (ایده آل این است که برای هر بیمار یک گوشی اختصاصی استفاده شود. در صورتی که بین چند نفر استفاده میشود ضدعفونی شود.) محلول گندزدایی سطح متوسط

بدنه دستگاه ساکشن مابین دو بیمار و هر زمان کثیف شد محلول گندزدایی سطح متوسط

سطوح کنار بیمار میز پایین تخت بیمار روزانه و هر زمان کثیف شد، مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط

برانکار انتقال بیمار روزانه و هر زمان کثیف شد، مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط

وسایل انتقال بیمار (واکر، ویلچر) بعد از هر بار استفاده محلول گندزدایی سطح متوسط

صفحه مسطح حمام بعد از هر بار استفاده محلول گندزدایی سطح پایین) محصولات آلوداین و کلراین ممکن است به سطح صفحه آسیب برسانند.)

ترانسدیوسر اولتراسوند (دسته و کابل خارجی) مابین دو بیمار محلول گندزدایی سطح متوسط (برای پروپ ترانسدیوسر از محلول ضدعفونی سطح بالا استفاده کنید.)

پارچ آب روزانه شستشو با آب و محلول شوینده

کاپ نبولایزر مابین دو بیمار ابتدا شستشوی کامل و سپس ضدعفونی با محلول سطح بالا

اسپکولا (بینی، مقعد و واژن) بعد از هر بار استفاده ابتدا شستشوی کامل و سپس ضدعفونی با محلول سطح بالا – استفاده از ابزار یکبار مصرف قویا توصیه شده است.

پروپهای سونوگرافی داخل واژن و رکتوم بعد از هر بار استفاده ابتدا شستشوی کامل و سپس ضدعفونی با محلول سطح بالا

ابزار شستشوی گوش بعد از هر بار استفاده ابتدا شستشوی کامل و سپس ضدعفونی با محلول سطح بالا

آندوسکوپهای انعطاف پذیر بعد از هر بار استفاده ابتدا شستشوی کامل و سپس ضدعفونی با محلول سطح بالا

جمع آوری و حمل اقلام پارچه ای

قبل از جمع آوری ملافه و البسه، کارکنان باید از وسایل حفاظت فردی استفاده کنند. در صورت وجود زخم بر روی دست و انگشتان، قبل از پوشیدن وسایل حفاظت فردی، لازم است زخم پوشانده شود.

جمع آوری و انتقال اقلام پارچه ای به لاندردی باید با حداقل دستکاری و مواجهه انجام شود. برای پیشگیری از تولید آئروسول، به هیچ وجه در واحدهای بالینی شامل اتاق بیمار، تربیمنت یا راهروهای بخش ها شمارش ملافه ها و لباسها انجام نشود. شمارش البسه بعد از شستشو، مواجهه بیماران و کارکنان با میکروارگانیسم ها را به حداقل می رساند. کیسه های حاوی البسه آلوده باید دارای رنگ بندی مشخص (زرد رنگ) بوده و قبل از خروج از بخش، برچسب روی آنها الصاق شود. البسه ای که به خون و ترشحات بدن بیمار آلوده نبوده و فقط کثیف هستند را می توان مستقیماً در بین ملافه انداخت.

منشور حقوق بیمار

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

مفاد منشور ۵ محوری حقوق بیمار در ایران به شرح ذیل می باشد :

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت بایستی به گونه ای باشد که :

۱- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

۲- بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.

۳- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

۴- بر اساس دانش روز باشد.

۵- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

۶- توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و الویت های درمانی بیماران باشد.

۷- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.



- ۸- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
 - ۹- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
 - ۱۰- در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
 - ۱۱- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :
- ۱- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
 - ۲- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
 - ۳- نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
 - ۴- روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار
 - ۵- نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
 - ۶- کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
 - ۷- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان
- نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب، درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد مگر اینکه :
 - تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
 - بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

- بیمار می تواند به کلیه تصاویر اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محدوده انتخاب و تصمیم گیری در باره موارد ذیل می باشد :

۱- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

۲- انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

۳- شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

۴- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا در مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.

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

شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد :

۱- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.

۲- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

محور چهارم :

ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

۱- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.

۲- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیص و درمان، باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

۳- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

- ۴- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.
- محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.
- ۱- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.
- ۲- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- ۳- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

شاخص های مورد بررسی در بیمارستان :

- (۱) افتادن از تخت
- (۲) زخم بستر
- (۳) وقایع ۲۸ گانه
- (۴) زایمان طبیعی
- (۵) عمل جراحی کنسل شده
- (۶) اثر بخشی آموزش به بیمار
- (۷) عفونت زخمهای جراحی
- (۸) شستشوی دست
- (۹) استفاده از حفاظت فردی
- (۱۰) مواجهه شغلی
- (۱۱) ترخیص بامیل شخصی

(۱۲) رضایتمندی بیمار

(۱۳) شاخص های ۱۸ گانه اورژانس

۹ راه حل سازمان جهانی بهداشت جهت ایمنی بیمار

- (۱) توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- (۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- (۳) ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار
- (۴) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار
- (۵) کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق
- (۶) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- (۷) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- (۸) استفاده از وسایل یکبار مصرف جهت تزریقات
- (۹) بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

خط مشی و روش اجرایی اعلان وقایع/ حوادث ایمنی بیمار به بیماران و مراقبین ایشان و کارکنان :

منظور از وقایع/حوادث ایمنی بیمار ، قصور در ارائه خدمات درمانی و تشخیص با ارتکاب عمل اشتباه ، در برنامه ریزی یا اجرا می باشد که به طور بالفعل و بالقوه باعث نتیجه ناخواسته می شود که هدف شناسایی وقایع پزشکی و اطلاع به بیمار و ارائه راهکار جهت کاهش حوادث می باشد.

به این منظور:

—سوپروایزر آموزشی جهت افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش دهی خطاها ، جلسات دوره ای در واحدهای بالینی و پاراکلینیک برگزار می نماید

در خصوص وقایع ناخواسته حیات به شرح زیر عمل می گردد:

گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران:

موارد ذیل بایستی بلافاصله ، پس از تکمیل فرم مربوطه جهت ارسال به وزارت بهداشت و درمان به دفتر پرستاری گزارش گردد:

دستورالعمل اعلام خبر های بد و ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشهای از پیش تعیین شده با بیمار و یا ولی قانونی:

روش اجرایی نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری ، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون

الف : انتخاب محل مناسب تزریق

ب : ست تزریق خون

ت: در دسترس بودن ترالی کد

ث: محلول سدیم کلراید تزریقی

ج: کپسول اکسیژن

چ: دستگاه ساکشن

ح: آیا طبق دستور پزشک معالج بیمار قبل از تزریق نیاز به دریافت دارو دارد یا خیر

خ: اخذ و وجود رضایت آگاهانه

روش اجرایی مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون

هر نوع نشانه یا علامت ناخواسته یا نامساعدی که در حین و یا به فاصله ۲۴ ساعت از ترانسفوزیون یک واحد خون یا فرآورده رخ می‌دهد، ناشی از تزریق خون است مگر خلافش ثابت شود.

****علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران هوشیار:**

—علائم و نشانه های عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران غیر هوشیار:**

نبض ضعیف، تب (افزایش ۱ درجه سانتی گراد یا بیشتر در دمای پایه بدن)، افت یا افزایش فشار خون، تغییر در رنگ ادرار، افزایش خونریزی در محل جراحی، تائیکاردی و برادیکاردی، الیگوری، آنوری

واکنش همولیتیک حاد (AHTR): افزایش ۱ درجه سانتی گراد یا بیشتر در دمای پایه بدن طی تزریق خون تا ۲۴ ساعت از زمان تزریق

واکنش تب زای غیر همولیتیک (FNHTR): افزایش ۱ درجه سانتی گراد یا بیشتر در دمای پایه بدن طی تزریق خون و یا در طی ۱ الی ۲ ساعت بعد از اتمام تزریق خون

TRALI: شروع ناگهانی هیپوکسمی (کاهش اکسیژن رسانی به بافتهای بدن) در طی ۶ ساعت از شروع تزریق به همراه ادم دوطرفه ریوی با منشا غیرقلبی در بیماری که سابقه چنین مشکلی را نداشته است و تا ۹۶-۴۸ ساعت از زمان شروع بهبود می یابد.

:BACTERIAL SEPSIS

اقدامات لازم با شروع علائم با فاصله کوتاهی بعد از تزریق یا در طی تزریق:

درمان در بروز عوارض مختلف:

****واکنش همولیتیک حاد (AHTR):** بررسی عملکرد کلیه (BUN/Cr) کنترل I/O، مسکن، اصلاح افت فشار خون، بررسی وضعیت انعقادی، بررسی علایم همولیز انجام CBC و ABO-RH

*واکنش تب زای غیرهمولیتیک (FNHTR) : استفاده از استامینوفن جهت کاهش تب و مپریدین جهت کنترل لرز طبق دستور پزشک و عدم ادامه ترانسفوزیون مگر در موارد استثنا و بسته به نظر پزشک

***BACTERIAL SEPSIS**: تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف، عودت کیسه به بانک خون جهت انجام کشت و رنگ آمیزی، حفظ برون ده ادراری، مانیتورینگ بیمار از نظر عوارض احتمالی نظیر نارسایی کلیوی، تنفسی و DIC

آزمایشات لازم در بروز عوارض مختلف:

*واکنش همولیتیک حاد (AHTR) : ارسال CBC و لخته جهت **Ab screening ABO-RH-Cross -match**

*واکنش تب زای غیرهمولیتیک (FNHTR) : ارسال CBC جهت **Ab screening WBC** (غربالگری آنتی بادی گلوبول سفید)

***BACTERIAL SEPSIS**: ارسال نمونه خون جهت کشت و رنگ آمیزی، کشت از فرآورده خونی، رد واکنش همولیتیک

ارسال نمونه CBC و تکرار تست ABO برروی نمونه پس از تزریق در تمامی حالات عوارض تزریق فرآورده باید انجام شود.

دستورالعمل دارو دهی

تزریق ایمن: تزریق ایمن تلقی می شود که به ارائه کننده خدمت ، بیمار و محیط زیست صدمه ای وارد نسازد.

داروهای پر خطر: داروهایی که اگر به اشتباه مورد استفاده قرار بگیرد موجب مرگ یا آسیب شدید بیمار می شود اگرچه مصرف این داروها شایع نیست ولی عوارض به جا مانده بسیار شدید و غیر قابل جبران است. این دارو ها با برچسب قرمز مشخص می شوند که نشان دهنده هشدار بالا در زمان مصرف می باشد و دارو دهی طبق دستورالعمل داروهای هشدار بالای وزارت بهداشت انجام می گردد.

داروهای مشابه: داروهایی که از نظر شکل و ظاهر و آوا مشابه هستند و باعث ایجاد خطا در دارودهی می شوند، این داروها با بر چسب زرد مشخص می شود که نشانه احتیاط در زمان استفاده و خطر ایجاد خطای دارویی است.

داروهای ضروری: داروهایی که با تعداد مشخص در هر بخش به صورت مجزا وجود دارد که طبق کیت اقتصاد درمان مرکز و به علت تامین داروها به صورت شبانه روزی از طریق داروخانه لیست داروهای ضروری بخش ها حذف گردیده است و این لیست جهت داروهای اورژانس طبق دستورالعمل کشوری فقط در بخش اورژانس وجود دارد

داروهای حیات بخش: شامل داروهای ترالی احیا و آنتی دوت ها می باشد که لیست آنتی دوت ها با درج محل تهیه آنها در هر بخش در معرض دید کارکنان وجود دارد و در صورت نیاز در کمتر از ۴ دقیقه بر بالین بیمار آماده شود.

در دارودهی به قانون (۷ صحیح) بایستی توجه گردد. (قانون 7 RIGHT)

۱) بیمار صحیح

۲) داروی صحیح

۳) زمان صحیح

۴) راه مصرف صحیح

۵) دوز صحیح

۶) ثبت صحیح

۷) تجویز صحیح

در هنگام تجویز داروهای پر خطر تمامی اقدامات شامل کنترل، آماده سازی، شناسایی بیمار و تجویز دارو در حضور پرستار شاهد انجام و جهت ثبت در قسمت گزارش پرستاری با درج کلمه شاهد داروی پر خطر توسط ایشان مهر و امضا می شود.

مستند سازی :

زمان دارودهی :



معادل فارسی	معادل انگلیسی	علامت اختصاری	ساعت تجویز در تمامی بخش ها	ساعت تجویز در بخش روانپزشکی
هر ساعت	Quaque hora	q.h		-
هر روز	daily	daily	9 یا 21	8 یا 22
روزی دو بار	Bis in Die	BD/BID	9-21	8-22
روزی سه بار	Ter die sumendum	TDS	6-14-22	8-15-22
روزی چهار بار	Quarter in die	QID	6-12-18-24	-
بلافاصله	STAT	STAT		

تلفیق دارویی:

زمان پذیرش:

در زمان ترخیص

دارو دهی ایمن:

کنترل عفونت

آموزش به بیمار:

اخذ رضایت آگاهانه از گیرنده خدمت توسط پزشک معالج همراه با مهر و امضاء

۱. اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی مطابق با دستورالعمل وزارت متبوع

۲. بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق

۳. بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز خونی) می باشند.

۴. تحقیقات

تعاریف:

رضایت آگاهانه: عبارت است از توافق آزادانه (و ابطال پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی یا (تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی.

رضایت: عبارت است از کسب اجازه از بیمار یا اولیاء یا سرپرست یا نمایندگان قانونی وی در جهت درمان بیماری او اعم از درمان طبی یا جراحی و غیره

پروسیجر: هر اقدام درمانی جهت دسترسی به بهبودی بیمار که دارای فواید، خطرات و معایبی می باشد.

افراد توانمند با ظرفیت مناسب :

بیمارانی که دارای خصوصیات ذیل می باشند:

افراد ناتوان با عدم ظرفیت مناسب :

بیمارانی که دارای خصوصیات ذیل می باشند:

روش انجام کار:

(۱) پزشک بیمار را ویزیت می نماید و در صورت نیاز به هر یک از اقدامات زیر، دستور آن را در پرونده ثبت می نماید:

(أ) اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی مطابق با دستورالعمل وزارت متبوع

(ب) بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق

(ج) بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز خونی) می باشند.

(د) تحقیقات

(۲) در صورتی که حین بستری بیمار، پزشک تصمیم به انجام اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی برای بیمار گیرد مسئول شیفت برگه رضایت آگاهانه را هنگام ویزیت در اختیار پزشک قرار می دهد.



۳) فرم های رضایت آگاهانه علاوه بر بخشهای درمانی در درمانگاه و مطب پزشکانی که در این مرکز خدمت ارائه می دهند قرار می گیرد تا بیماران که در مطب و درمانگاه، توسط پزشک معالج خود ویزیت و کاندید عمل جراحی می شوند، پزشک معالج مطابق مراحل زیر توضیحات لازم را به بیمار و همراه وی می دهد و فرم رضایت آگاهانه تکمیل و از بیمار رضایت آگاهانه اخذ می نماید و بیمار حین بستری در بیمارستان برگه رضایت آگاهانه خود را به همراه برگه پذیرش الکتیو حین مراجعه به بیمارستان جهت بستری آورده و تحویل بخش می دهد و منشی آن را ضمیمه پرونده بیمار می نماید.

۴) پزشک معالج بیمار، موارد ذیل را در فرم رضایت آگاهانه ثبت می نماید:

الف) مزایا و عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی یا درمانی توصیه شده

ب) روش یا روش های جایگزین تشخیصی یا درمانی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی

۵) پزشک سطح آگاهی و اطلاعات بیمار و همراه وی را در حضور و با تایید ولی یا قیم بیمار ارزیابی می کند که این ارزیابی شامل: بزرگسالان، کودکان، بیماران با معلولیت ذهنی و غیره می باشد.

۶) پزشک با توجه به ارزیابی های به عمل آورده مشخص می نمایند که بیمار جزء افراد توانمند با ظرفیت مناسب برای اخذ رضایت آگاهانه می باشد و یا جز افراد ناتوان با عدم ظرفیت مناسب می باشد و در پرونده بیمار ثبت می نماید.

۷) پزشک در صورتی که بیمار از افراد توانمند با ظرفیت مناسب برای اخذ رضایت آگاهانه می باشد اطلاعات (مزایا، معایب، خطرات احتمالی و روش های جایگزین) را به بیمار توضیح می دهد.

۸) در صورتی که بیمار بزرگسال (بالای ۱۸ سال است) و از نظر قانونی خود مجاز به امضای فرم رضایت باشد، پزشک فرم رضایت آگاهانه را با توضیحات کامل (مذکور در بند ۲) در اختیار بیمار گذاشته و بیمار خود فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و امضاء می نماید.

۹) در صورتی که بیمار از افراد توانمند نباشد و مجاز به امضاء فرم رضایت آگاهانه نباشد، پزشک اطلاعات مربوطه را به ولی یا قیم بیمار توضیح می دهد.

۱۰) پزشک در صورتی که بیمار از افراد ناتوان می باشد و یا از نظر قانونی مجاز به امضای رضایت آگاهانه نمی باشد (کودک باشد یا عاقل نباشد و...) فرم رضایت آگاهانه با توضیحات کامل را در اختیار ولی یا قیم بیمار گذاشته و ولی بیمار یا قیم بیمار آن را تکمیل و امضاء می نمایند.

۱۱) پزشک هنگام اخذ رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی یا قیم بیمار به دو شاهد دیگر نیز فرم را ارائه و ایشان فرم را تکمیل و امضاء می نمایند.

۱۲) پزشک، در صورت عدم رضایت بیمار به انجام اقدام درمانی صورت دقیق در گزارش خود علت عدم رضایت را ثبت و تمامی مراحل را طبق اخذ رضایت آگاهانه طی می نمایند و در فرم رضایت آگاهانه، عدم رضایت را ثبت می نمایند.

۱۳) بیمار، قییم در صورتی که بیمار درخواست ترخیص با میل شخصی دارد و طبق نظر پزشک عدم ادامه درمان تهدید کننده سلامت و حیات بیمار می باشد پزشک توضیحات لازم را به بیمار (در صورت توانمند بودن با شرایط مناسب) یا قییم قانونی بیمار (در صورت عدم توانمندی مناسب) با زبان ساده و قابل فهم ارائه می نماید و با ثبت توضیحات در برگه رضایت آگاهانه و درج مهر و امضا خود، از بیمار (در صورت توانمند بودن با شرایط مناسب) در حضور شاهد امضاء و اثر انگشت اخذ می گردد، در صورت عدم توانمندی مناسب قییم قانونی جهت هماهنگی با دادستان و اخذ دستور قضایی مبنی بر ترخیص بیمار با میل شخصی به مددکار مرکز معرفی می گردد.

۱۴) در مواردی که به دلیل در دسترس نبودن همراه بیمار، امکان ملاقات حضوری و اخذ توضیحات مورد نیاز برای رضایت آگاهانه توسط پزشک میسر نبود، پزشک معالج می تواند توضیحات پیش گفت را در برگه رضایت آگاهانه ثبت نموده و در اختیار پرستار بخش قرار دهد و پرستار در زمان حاضر شدن همراه بیمار برگه را در اختیار وی قرار می دهد. در صورتی که همراه بیمار با توضیحات ثبت شده در برگه رضایت، آگاه نشد و نیاز به توضیحات حضوری پزشک دارد، روش دستیابی به پزشک برای وی توضیح داده می شود.

توجه:

پزشک هنگام اخذ رضایت موارد زیر را در نظر می گیرند:

الف) اطمینان از سلامت عقلی بیمار

ب) اطمینان از دریافت کافی اطلاعات توسط بیمار

پ) اطمینان از تصمیم گیری آزادانه توسط بیمار

پزشک و کادر درمان، در موارد زیر نیاز به اخذ رضایت آگاهانه از بیمار ندارند:

۱) موارد اورژانسی که تهدید کننده جان بیمار است

۲) جهت کاهش درد و رنج بیمار

۳) هنگامی که بیمار بیهوش است و نمی تواند خواسته هایش را تشخیص دهد و ولی یا قییم ندارد (مجهول الهویه).

۱۵) در موارد اورژانسی زمانی که حیات بیمار در معرض خطر می باشد، نیازی به اخذ رضایت آگاهانه نیست، می توانیم با قید و ثبت در پرونده وضعیت بیمار را شرح دهیم و بعد از بهبودی اطلاعات لازم را به بیمار یا قییم وی بدهند.

شرایط اخذ رضایت آگاهانه از بیمار :

رضایت زمانی ارزش قانونی و منطقی دارد که در شرایط مناسب انجام شود و موارد زیر به دقت کنترل و اجرا شود :

الف) بیمار قدرت تصمیم گیری داشته باشد.

ب) رضایت به صورت آزادانه انجام شود

ت) قبل از رضایت، به بیمار زمان کافی جهت تصمیم گیری داده شود.

ث) چنانچه بین اخذ رضایت و انجام عمل فاصله زمانی زیاد ایجاد شود، باید به بیمار فرصت مجدد جهت اخذ رضایت مجدداً داده شود مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.

چ) چنانچه شرایط عمل و بهبودی تغییر کرد رضایت جدید باید گرفته شود.

ح) دقت شود که اجازه گرفتن از بیمار تحت فشار و در شرایط سخت، رضایت آگاهانه محسوب نمی شود.

خ) نام پرسنل و پزشک مسئول درمان به بیمار گفته شود.

د) تغییر نظر بیمار بعد از رضایت در نظر گرفته شود.

ذ) زمان رضایت، بستگی به درجه اورژانسی بودن وضعیت بیمار دارد.

ر) در صورتی که موضوع پیچیده است باید زمان بیشتری به بیمار داده شود.

ز) در مورد عمل های انتخابی، رضایت باید هنگامی که بیمار در لیست انتظار است گرفته شود.

س) کم ترین اجبار جهت اخذ رضایت وجود داشته باشد و با میل شخصی انجام شود.

ش) حقوق قانونی بیمار در نظر گرفته شود.

تذکر: از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکررخون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل میتوان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.

نکته :

انواع ثبت در پرونده

۱-۴ گزارش پذیرش

۲-۴ گزارش قبل از عمل

۳-۴ ریکاوری

۴-۴ بعد از عمل

۵-۴ ترخیص

۶-۴ فوت

در گزارشات تلفنی

- ۱ - در گزارش تلفنی وضعیت بیمار باید در پرونده وی ثبت گردد.
- ۲ - زمان و نام فرد ارائه دهنده و گیرنده پیام تلفنی
- ۴ - برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک مجدداً از وی بخواهید که دستورات را روشن تر بیان کند.
- ۵ - نام بیمار ، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود.
- ۶ - پس از اتمام دستورات پزشک ، دستورات وی مجدداً بازگو شود.
- ۷ - طریقه ثبت دستورات تلفنی شامل تاریخ و زمان دستور داده شده ، نام بیمار، پرستار ، پزشک و دستور داده شده می باشد که باید بطور کامل نوشته شود.
- ۸ - از مقررات بیمارستان پیروی کنید. دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.
- ۹ - براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستورات تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی).

گزارش حوادث

- ۱ - هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.
- ۲ - برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
- ۳ - حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- ۴ - گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.
- ۵ - گزارش نباید کپی شود.
- ۶ - هدف از گزارش حوادث ، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاستها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.
- ۷ - در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود :

۸ - نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.

۹ - به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

گزارش نویسی گام به گام

گزارش بدو ورود:

۱- قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.

۲ - شرح حال: شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم‌هایی از بدن را دربردارد.

۳ - سابقه بستری، عمل جراحی، سابقه خانوادگی

۴ - نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک

۵ - ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی و وضعیت روحی و روانی بیمار باید بگونه ای مطلوب گزارش گردد.

۶ - ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافیک‌ها، مشاوره‌ها و EKG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

حداقل آموزشهای بدو ورود ارایه شده در گزارش ثبت شود

گزارش قبل از عمل:

۱ - ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)

۲ - ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

۳ - ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی

۴ - ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)

۵ - ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل

۶ - آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره) و اشاره به وجود یا عدم وجود رضایت آگاهانه

۷ - در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت میشود.

۸ - کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است.

۹ - ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضا گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش ریکاوری:

- ۱ - ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری
- ۲ - ثبت نوع عمل انجام شده
- ۳ - ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل
- ۴ - وضعیت عمومی بیمار (استفراغ ، خونریزی و...) با قید ساعت ، نام و امضاء پرستار
- ۵ - ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل (NGT ، FC ، لوله تراشه ، چست تیوب و زنه ، هموواک...)
- ۶ - کنترل محل جراحی از نظر خون ریزی
- ۶ - ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- ۷ - ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و نا خواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد. در صورت هوشیا بودن بیمار آموزش
- ۸ - ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با ید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.
- ۹ - در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار ، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

گزارش بعد از عمل:

- ۱ - ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ۲ - ثبت نوع عمل انجام شده
- ۳ - ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری ، درد و غیره
- ۴ - ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- ۵ - ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه
- ۶ - ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ۷ - در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر ، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره
- ۸ - در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد.

گزارش ترخیص:



- ۱ - کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد.
- ۲ - وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قیدعلائم حیاتی ، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه
- ۳ - آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی ، پمفلت و غیره) به همراه ارایه برگه آموزش حین ترخیص
- ۴ - آموزش های حین ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو ، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند.
- ۵ - روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- ۶ - در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص میشوند گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- ۷ - ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.
- ۸ - چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد.
- ۹ - در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک ، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش فوت:

- ۱ - وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ۲ - ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ۳ - ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می-گردد).
- ۴ - در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).
- ۵ - راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.
- ۶ - ذکر این نکته در پرونده که جسد به سردخانه بیمارستان منتقل شد.
- ۷ - باید نام ونام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

نکات کلیدی

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد.

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.
- ۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.
- ۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.
- ۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید. (لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد)
- ۶- اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی و در عین حال مختصر باشد.
- ۷- یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.
- ۸- ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار باید پویا، منظم و با توالی رخداد آن انجام شود
- ۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید. (لازم به ذکر است که باید گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد)
- ۶- اطلاعات باید کامل، صحیح، مناسب، دقیق و حقیقی و در عین حال مختصر باشد.
- ۷- یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد.
- ۸- ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار باید پویا، منظم و با توالی رخداد آن انجام شود.
- ۹- ثبت گزارش در پرونده بیمار براساس استانداردهای حرفه-ای و خط مشی مرکز درمانی مربوطه باید صورت گیرد.
- ۱۰- از به کار بردن کلمات کلیشه ای، مبهم و یا غیر ضروری در هنگام نوشتن گزارش بیمار باید خودداری نمود.
- ۱۱- همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد که اهمیت آن در جنبه ی قانونی به چشم می خورد.
- ۱۲- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- ۱۳- تعداد و ریتم ضربان قلبی- تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
- ۱۴- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، بیس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- ۱۵- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.



- ۱۶ - بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۱۷ - ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ۱۸ - پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- ۱۹ - انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته-اید ثبت نمایید.
- ۲۰ - گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.
- ۲۱ - اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...)
- ۲۲ - انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.
- ۲۳ - در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها ، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۲۴ - در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.
- ۲۵ - در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
- ۲۶ - شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.
- ۲۷ - هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده میشود را ثبت نمایید.
- ۲۸ - ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و ...) ضروری است.
- ۲۹ - دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.
- ۳۰ - کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید (نام دارو، دوز دارو تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز).

۳۱- زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).

۳۲- در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...).

۳۳- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می-نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۳۴- ساعات ثبت ابتدا و انتهای گزارش به صورت ۷:۳۰-۱۳:۳۰/۱۳:۳۰-۱۹:۳۰ و ۱۹:۳۰-۷:۳۰ زیر ثبت شود.

۳۵- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.

۳۶- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

۳۶-۱ بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

۳۶-۲ در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه "خطا در ثبت" را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه "خطا در ثبت" ادامه دهید.

۳۷- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

۳۷-۱ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

۳۷-۲ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

۳۷-۳ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

۳۷-۴ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

۳۷-۵ تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

۳۸- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

۳۹- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری وابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

۴۰- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

۴۲- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.

۴۳- در خصوص مشاوره-های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.



- ۴۴- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند پرهیزید.
- ۴۵- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
- ۴۶- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.
- ۴۷- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام، نام خانوادگی و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود.
- ۴۸- داروهای پر خطر علاوه بر تزریق در حضور شاهد، در گزارش پرستاری هم با حضور شاهد ثبت گردد.
- ۴۹- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.
- ۵۰- کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.
- ۵۱- چک دستورات پزشک، توسط پرستار مسئول شیفت یا پرستار مسئول بیمار انجام گیرد.
- ۵۲- چک دستورات با خودکار قرمز صورت گیرد.
- ۵۳- شماره گذاری دستورات پزشک به صورت معکوس انجام شود.
- ۵۴- بالا و پایین و ابتدا و انتهای دستورات پزشک به صورت کامل بسته شود.
- ۵۵- در زمان چک، تعداد دستورات به صورت عدد و حروف در کنار امضا پرستار ثبت شود.
- ۵۶- در کنار امضای پرستار، تاریخ و ساعت دقیق ثبت شود.
- ۵۷- محل ثبت امضای پرستار، در انتهای دستور پزشک و در ستون در نظر گرفته شده برای امضای پرستار می باشد.
- ۵۸- در پایان شیفت، انتهای گزارش پرستاری خود را بسته و مهر فرمایید.

تقسیم کار و شرح وظایف اعضا گروه کد ۹۹

(۱) مسئول گروه کد (پزشک) :

(۲) سوپروایزر :

کد مسؤلیت A & B (air way & breathing) : (تکنسین هوشبری)

۳ پرستار C: (پرستار آی سی یو) پرستار D: (پرستار اورژانس):

۴ پرستار E: (پرستار مسؤل بیمار):

۵ پرستار مسؤل شیفت بخش

روش انجام کار توسط اعضاء گروه کد :

"در CPR بزرگسالان، هیچ اقدامی مهمتر از ماساژ قلبی بدون وقفه و در شیرخواران، کودکان و نوزادان هیچ اقدامی مهمتر از تهویه نیست"

- در طول کد تمام وقایع و جزئیات (تا حد امکان)
- علت ایست قلبی، با هوشیاری یا بدون هوشیاری، زمان بروز ایست قلبی، زمان شروع و ختم CPR ، زمان ورود اعضاء گروه کد و تمام وقایع طول احیاء
- تعداد شوک های داده شده و زمان و میزان ژول انرژی آنها، دیس ریتمی قبل و بعد از دفیبریلاسیون و این که آیا بیمار نبض داشته یا خیر
- کلیه داروها و سرم های تجویز شده ، ساعت ، میزان ، علت تجویز و پاسخ بیمار به داروها
- در صورتی که بیمار بایستی به بخش یا واحد درمانی دیگری منتقل شود ، نام بخش و ساعت انتقال ذکر شود
- کلیه مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را یادداشت کنید .

احیای مادر باردار و احیا با مایعات ، خون و فرآورده ها در خونریزی مامایی

(گروه کد ۱۱)

*تفاوت احیای مادر باردار با افراد عادی :

۱۱) داروها را با همان دوز بزرگسالان تزریق کنی



گروه کد ۳۳ (جهت احیا نوزاد)

شرح وظایف پرستاران بخش در قبل از حضور اعضاء کد :

وظایف اولین پرستاری که بر بالین بیمار حاضر می شود :

بررسی بیمار از جهت سطح هوشیاری و سپس نبض و تنفس

اعلام کمک

عدم ترک بالین بیمار

دادن پوزیشن مناسب

شروع ماساژ و تنفس با توجه به وضعیت بیمار

وظایف دومین پرستاری که بر بالین بیمار حاضر می شود:

آوردن آمبویگ و ایروی بر بالین بیمار و انجام تهویه بیمار (در هنگامی که سه پرستار و بیشتر در بخش حضور دارند)

در هنگامی که در بخش فقط دو نفر حضور دارند : ابتدا اعلام کد و سپس آوردن ترالی کد، الکتروشوک، ساکشن برعهده او است و سپس مانیتورینگ بیمار

وظایف سومین پرستاری که بر بالین بیمار حاضر می شود:

اعلام کد

آوردن ترالی کد، الکتروشوک و ساکشن برعهده او است

گذاشتن تخته ماساژ

مانیتورینگ بیمار و در ادامه در صورت وجود ریتم VT و VF دادن شوک دفیبریله و در صورت وجود ریتم آسیستول کشیدن و تزریق اپی نفرین

**** نحوه پوزیشن صحیح برای بیمار در حین احیا :**

پوزیشن **Supine** و بیمار **Flat** گردد، گردن و سر **Extend** گردد و روی سینه بیمار باز و برهنه گردد. در صورت امکان تخت از دیوار فاصله داده شود.

**** عمق صحیح ماساژ:**

تعداد: ۱۰۰-۱۲۰ در دقیقه محل: مرکز قفسه سینه (وسط جناغ سینه) عمق ماساژ در بزرگسالان: ۵-۶ سانتیمتر و در اطفال و شیرخواران ۱/۳ قطر قفسه سینه

**** ریتم های قلبی که نیاز به شوک دفیبریله دارد:**

ریتم تکیکاردی بطنی بدون نبض (PVT) و فیبرلاسیون بطنی (VF)

**** الگوریتم درمان ریتم آسیستول و PEA (Pulseless Electrical Activity):**

** در هنگامی که بیمار اینتوبه شد: هماهنگی و نسبت بین ماساژ و تنفس نداریم. ماساژ دهنده ۲ دقیقه ماساژ می دهد و سپس نبض و ریتم را چک می کند و مسئول مدیریت راه هوایی هر ۶ ثانیه یک آمبوگ می دهد (یعنی ۱۰ بار تنفس در دقیقه)

1mg/ Q3min

**** الگوریتم درمان ریتم PVT و VF:**

** در هنگامی که بیمار اینتوبه شد: هماهنگی و نسبت بین ماساژ و تنفس نداریم. ماساژ دهنده ۲ دقیقه ماساژ می دهد و سپس نبض و ریتم را چک می کند و مسئول مدیریت راه هوایی هر ۶ ثانیه یک آمبو می دهد (یعنی ۱۰ بار آمبو در دقیقه)

200J انجام ۲ دقیقه ماساژ قلبی بلافاصله پس از شوک و سپس چک نبض و ریتم

150mg/ Q3min و در صورت نیاز به تکرار با دوز **300mg**

**** نحوه تجویز آمیودارون و آدنوزین:**

آمیودارون بهتر است در حین احیا در طی ۳ تا ۵ دقیقه وریدی تزریق شود



آدنوزین : اقدامات زیر بایستی انجام شود: مانیتورینگ بیمار، اطمینان از سالم بودن IVLine و حتما در اندام فوقانی باشد، تجویز سریع آمپول در کمتر از سه ثانیه (6mg/2ml)، تجویز سرم یا آب مقطر پشت دارو و آماده بودن آتروپین

****نحوه محاسبه دوز دوپامین ۱۰ μg/kg/min در بیمار ۶۰ kg را با پمپ سرنگ :**

اسفاده از فرمول زیر:

محاسبه در پمپ سرنگ	محاسبه با میکروست
$\frac{\text{وزن} \times \text{درخواستی دوز}}{\text{آمپول دوز}} \times 3$	$\frac{\text{وزن} \times \text{درخواستی دوز}}{\text{آمپول دوز}} \times 6$

$$\frac{10 \times 60}{200} \times 3 = 9 \quad \text{CC/hr}$$

۱. 5mg

محاسبه در پمپ سرنگ	محاسبه با میکروست
$\frac{\text{درخواستی دوز}}{\text{آمپول دوز}} \times 3$	$\frac{\text{درخواستی دوز}}{\text{آمپول دوز}} \times 6$

$$\frac{10}{5} \times 3 = 6 \quad \text{CC/hr}$$

دستورالعمل ارائه مراقبت به شیوه موردی

مقدمه:

پرستاران به عنوان افرادی متخصص و حرفه ای متعهد به توسعه و به کارگیری استانداردهای حرفه پرستاری در عملکرد خود می باشند، که در این راستا استاندارد مسوولیت پذیری و پاسخگویی از مجموعه استانداردهای حرفه ای پرستاری با توجه به اهمیت نقش پاسخگویی حرفه ای در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. این دستورالعمل با هدف ارتقاء مسوولیت پذیری و پاسخگویی کادر پرستاری در برابر خدمات و مراقبتهای پرستاری و تامین مراقبت جامع و یکپارچه پرستاری از طریق تغییر روش تقسیم کار از شیوه وظیفه ای به شیوه موردی تدوین و جهت اجرا به دانشگاههای علوم پزشکی ابلاغ می گردد.

روش مراقبت موردی (CASE METHOD)

- یک روش تقسیم کار در پرستاری است که سرپرستار/ مسؤل شیفت، بیماران بخش را بر حسب وضعیت بیماران و سطح مراقبت مورد نیاز آنها، تخصص و تجربه پرستاران ، بین کادر پرستاری حاضر در هر نوبت کاری تقسیم می کند. در این روش کلیه مراقبتهای یک یا چند بیمار با مسوولیت یک پرستار ارائه می شود.
- شیفت / نوبت کاری: مدت زمان حضور روزانه پرستار در محل کار خود بر اساس برنامه ماهیانه بخش می باشد که شامل نوبت های کاری صبح، شب، عصر ، صبح شب و.. می باشد.
- روش مراقبت وظیفه ای (**Functional Method**): یک روش تقسیم کار در پرستاری است که بر اساس آن کلیه مداخلات پرستاری به صورت جداگانه بین پرستاران حاضر در نوبت کاری تقسیم می شود
- روش مراقبت موردی (**Case Method**): یک روش تقسیم کار در پرستاری است که سرپرستار/ مسؤل شیفت، بیماران بخش را به تناسب، بین کادر پرستاری حاضر در هر نوبت کاری تقسیم می کند. در این روش کلیه مراقبتهای
- ماده ۱- تعاریف :



- پرستار مسوول: پرستاری است حداقل با تحصیلات کارشناسی پرستاری که بر اساس نیاز بیماران/ مددجویان هر بخش و تصمیم سر پرستار/ مسئول شیفت برای یک یا چند بیمار تعیین و تمامی خدمات و مراقبتهای پرستاری مورد نیاز بیماران تعیین شده طی آن شیفت / نوبت کاری با مسئولیت او تامین خواهد شد.
- سرپرستار: پرستاری است که مدیریت کارکنان پرستاری، تجهیزات و ارائه خدمات پرستاری یک بخش را برعهده دارد
- مسوول شیفت: پرستاری است که بر اساس تصمیم سرپرستار، برای جانشینی او در زمان عدم حضور در نوبت های کاری تعیین می شود و مسوولیت او را طی آن نوبت کاری به عهده دارد.
- سیستم **HIS**: سیستم اطلاعات بیمارستانی (**HIS**)، یک نرم افزار جامع برای یکپارچه سازی اطلاعات مربوط به بیمار جهت ارسال و تبادلات اطلاعات جامع بیمار بین بخشها و سایر مراکز درمانی بمنظور تسریع در فرایند مراقبت و درمان بیمار، بهبود کیفیت، افزایش رضایتمندی، و کاهش هزینه ها می باشد.
- ماده ۲:- تمامی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی دولتی و غیر دولتی تابعه دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی مشمول این برنامه می باشند.
- ماده ۳:- سر پرستار/ مسوول شیفت موظف است بر حسب وضعیت بیماران و سطح مراقبت مورد نیاز آنها، تخصص و تجربه پرستاران و با رعایت اصل عدالت بیماران را بین پرستاران حاضر در هر نوبت کاری تقسیم و برای هر بیمار پرستار مسوول مشخصی تعیین نماید.
- ماده ۴: به منظور ثبت پرستار مسوول هر بیمار درنوبت های کاری متفاوت، ضروری است جهت تمامی پرستاران کارتابل اختصاصی در سیستم **HIS** ایجاد تا امکان مستند سازی اطلاعات مربوط به بیماران فراهم گردد.
- ماده ۵: ضروری است در هر نوبت کاری، پرستار مسوول هر بیمار به وی معرفی و در تابلو مشخصات بیمار نام پرستار مسوول زیر نام پزشک معالج ثبت گردد.

- ماده ۶: در تعیین پرستار مسوول هر بیمار تقسیم کارها باید طوری باشد که حتی الامکان کمترین تغییر در پرستار مسوول هر بیمار طی مدت بستری انجام پذیرد.
- ماده ۷: در تعیین پرستار مسوول هر بیمار حتی الامکان از پرستار هم جنس استفاده شود.
- ماده ۸: شرح وظایف پرستار مسوول:
به منظور تامین مراقبت جامع، پرستار مسوول هر بیمار در هر نوبت کاری در چار چوب شرح وظایف مصوب، موظف به اقدامات زیر می باشد:
- معرفی خود به بیمار
- پاسخگویی به موقع به نیازهای مراقبتی بیمار
- بررسی وضعیت بیمار، تدوین و اجرای برنامه مراقبت پرستاری بر اساس فرایند پرستاری و ثبت در فرم های مربوطه
- تعامل با پزشک معالج و سایر اعضاء تیم درمانی به منظور ایجاد هماهنگی و پیگیری اقدامات تشخیصی، درمانی و...
- ارائه آموزش خود مراقبتی به بیمار در طول دوران بستری و هنگام خروج از بخش
- تدوین برنامه ترخیص بیمار به هنگام ترخیص بیمار از بیمارستان
- ثبت تمام اقدامات پرستاری مطابق شرح وظایف مصوب پرستار
- ماده ۹: ترک محل خدمت
در صورت ترک موقت یا کامل محل خدمت، پرستار مسوول باید با همکاری سر پرستار /مسئول شیفت فردی را به عنوان جانشین معرفی کند تا در غیاب ایشان تداوم مراقبت را بر عهده گیرد.
- در صورت ترک کامل محل خدمت توسط پرستار در طی شیفت پرستار مسوول اولیه باید تا لحظه حضور گزارش را در پرونده ثبت و امضاء نماید و پرستار جانشین نیز از لحظه تحویل تا پایان شیفت گزارش اقدامات خود را ثبت نماید.
- ماده ۱۰: در مراکزی که به دلیل کمبود پرستار، همکاران با مدرک بهیاری در ارائه خدمات پرستاری همکاری می نمایند، سر پرستار / مسوول شیفت می تواند مسوولیت مراقبت از یک یا چند بیمار را بر

اساس سطح تخصص مورد نیاز و در حیطه شرح وظایف مصوب به بهیاران واگذار نماید. بدیهی است ارائه مراقبتهای پرستاری خارج از شرح وظایف مصوب بهیاران، به عهده پرستار دیگری به انتخاب مسوول شیفت خواهد بود. در این صورت هر فرد مسوول ثبت فعالیتهای انجام شده توسط خود می باشد.

ماده ۱۱: مسوولیت حسن اجرای این دستورالعمل در بخش با سر پرستار و سوپروایزرها، در بیمارستان با مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) و در دانشگاه با مدیر امور پرستاری / رییس اداره پرستاری دانشگاه می باشد.

ماده ۱۲: مدیر پرستاری دانشگاه موظف است هر سه ماه یکبار گزارش کاملی از وضعیت اجرای این دستورالعمل به معاونت پرستاری وزارت منعکس نماید.

این دستورالعمل در ۱۲ ماده تنظیم و از تاریخ ۹۵/۱/۱ برای دانشگاههای علوم پزشکی لازم الاجرا می باشد.

SBAR چیست ؟

روش **SBAR** ، تکنیکی ساده و استاندارد و یک مدل ذهنی برای برقراری ارتباطات موثر در زمان انتقال خدمت و در زمان تحویل بیمار می باشد.

گام اول: بیان وضعیت (**Situation**) :

در این گام ابتدا فرد نام و بخش خود را بیان می کند سپس نام بیمار و شماره اطاق آن را ذکر می کند و در نهایت دلیل اینکه تماس گرفته است را اظهار می نماید. در این گام مختصری از مسئله و مشکل و بیان می شود.

گام دوم: سابقه /زمینه (**Background**) :

بیان تشخیص ، دلیل پذیرش و تاریخ پذیرش

بیان سابقه پزشکی بیمار

خلاصه و مختصری از کارهای انجام شده و زمان انجام آن کارها به ترتیبی که انجام شده اند. فهرستی از داروهای تجویز شده / آلرژی ها و حساسیت های فرد / مایعات تزریق شده و غیره علائم حیاتی بیمار

نتایج آزمایشگاهی : تاریخ و زمان تستهای انجام شده و مقایسه با آزمایشات قبلی آخرین علائم و یافته های بالینی بیمار

گام سوم: ارزیابی (Assessment)

در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر؟

در این مرحله موارد زیر بیان می شوند:

* آخرین علائم حیاتی (V.S)

* وضعیت ذهنی بیمار

* تعداد تنفس و کیفیت آن / تعداد نبض و کیفیت آن

* تغییرات در ریتم قلبی

* درد

* تغییرات عصبی

* رنگ پوست

* سطح اکسیژن

گام چهارم: توصیه ها یا پیشنهادات ((Recommendation)) :

در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی هستید؟ می خواهید برای این بیمار چه کاری را ؟ و چه موقع انجام دهید؟



شما برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه نیازی به فرد مقابل دارید
توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

* انتقال بیمار

* تغییر درمان

* آمدن بر بالین بیمار همین حالا!؟

* صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد موضوع خاص

* تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و ...

* سایر پیشنهادات (شامل CBC, ERG, ABG, CXR و یا ...)

* اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال کنید "هر چند وقت یکبار؟"

• سوال کنید: اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع دوباره تماس بگیرم؟

شناسایی و تایید هویت بیمار با دو شناسه قبل از تجویز هر گونه دارو ، مداخله یا انجام مداخلات پرخطر

ریسک خطر بیمار جهت انتخاب رنگ زرد برای دستبند شناسایی با استفاده از معیار های مشخص شده تعیین و پس از ارزیابی و تعیین نمره مربوطه کد ریسک روی دستبند و کاردکس یادداشت می گردد و سپس با انجام شناسایی صحیح به دست غالب بیمار الصاق میگردد. ثبت جزییات ارزیابی شامل معیار، ریسک خطر و نمره اخذ شده در گزارش بد وورد و برگ ارزیابی اولیه الزامی می باشد.

رنگ دستبند	کد	مفهوم کد	توضیحات
سفید	-	بیماران عادی	همه بیمارانی که هیچ گونه ریسک خطر و یا حساسیت ندارند.
زرد	F	سقوط	سن بالای ۶۰ ، تمامی زنان باردار، افرادی که عمل جراحی یا شکستگی دارند و بیماران روانپزشکی

بیماران با شکستگی اندام تحتانی، جراحی وسیع و نیاز به استراحت مطلق، بیماران با کاهش سطح هوشیاری	مستعد زخم فشاری	Sore	SO	
سن بالای ۶۰، تمامی زنان باردار، بیماران با شکستگی اندام تحتانی، جراحی وسیع و نیاز به استراحت مطلق	مستعد ترومبوآمبولی	Thrombo embolism	T	
سابقه خودکشی یا احتمال خودکشی، تمامی بیماران بخش روانپزشکی	افراد مستعد خودکشی	Sad	SA	
(BMI) کمتر از ۲۰	سوء تغذیه	Malnutrition	MN	
سابقه تشنج یا مستعد تشنج، تمام بیماران ضربه سر	تشنج	Seizure	SE	
بیمارانی که به طور همزمان بیش از چهار دارو مصرف می کنند.	پلی فارمسی	Polypharmacy	P	
بیماران با حساسیت دارویی و غذایی	حساسیت	-	-	

مدیریت خطر و RISK MANAGEMENT

وجود خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از زندگی است و به طور کامل نمیتوان آن را حذف کرد ولی میتوان آن را به حداقل رساند.

همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است. در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با نگاه واکنشی (**reactive**) بررسی می شد. یعنی اینکه پس از بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل آید ولی اکنون تاکید بر شیوه پیشگیرانه (**proactive**) بوده، یعنی احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر، مدیریت می شود.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر

۱- کنترل خطر:



در مورد خطرهای غیرقابل حذف، گام های پیشگیرانه باید به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن از طریق استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکل ها و سیر مراقبت ها برداشته شود. مانند استفاده از راهنمای بالینی برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

۲- پذیرش خطر:

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

۳- اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از بروز خطر اجتناب کرد. مثال: بسته بندی مشابه داروهای مختلف مانند هپارین و آتروپین یا کلرید پتاسیم و گلوکز پس با بسته بندی مناسب دارویی به گونه ای که داروها به طور وضوح قابل تشخیص باشند میتوان از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

۴- کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

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

۵- انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی مربوطه

نتیجه گیری:

پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهادهای را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند و کلیه مراحل بالا باید اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده شود.

مدیریت بحران

Hospital Disaster عبارتست از وضعیتی که فراتر از توان روزانه یک بیمارستان باشد. این وضعیت می تواند نتیجه موارد ذیل باشد:

- _ حادثه غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد.
- _ حضور مجروحان یا بیمارانی که درمان آنها در توان اورژانس بیمارستان نباشد

رویکرد کمیته مدیریت بحران:

این کمیته به منظور آماده سازی بیمارستان برای مقابله با بحرانهای ناخواسته و مدیریت آن به منظور کاهش عوارض و تبعات ناشی از آن تشکیل می گردد.

اهداف:

- ۱) برنامه ریزی مدیریت بحران در بیمارستان
- ۲) اتخاذ رویکرد مناسب جهت آموزش به پرسنل برای آمادگی در مقابله بحران ها
- ۳) تعیین و تصویب فلو چارت فرماندهی بحران
- ۴) برگزاری مانورهای دور میزی و مشارکت در انجام مانورهای استانی که از طریق دانشگاه هماهنگ می گردد
- ۵) شناسایی بحرانهای احتمالی منطقه و اتخاذ رویکرد مناسب در هنگام مواجهه با آن
- ۶) برقرای ارتباط مناسب با فرماندهی بحران دانشگاه و استان
- ۷) ایجاد یک سیستم ارتباطی کارآمد، درون بیمارستانی و دارای امکان عملی ارتباط فوری با مسئولین محلی، ستادهای حوادث غیر مترقبه و سایر مراکز در زمان وقوع این حوادث.
- ۸) شناسایی مخاطرات درون بیمارستان و ارائه راهکار مناسب جهت مقابله آن



۹) نظارت بر اجرای دقیق کلیه ضوابط و دستورالعملهای مربوط به حوادث و سوانح و فوریتها مانند زلزله آتش سوزی و حوادث غیرمترقبه در حدود مشارکت فعال و موثر و همه جانبه بیمارستان در این قبیل موارد.

۱۰) نظارت بر اجرای دقیق و همه جانبه ضوابط استانداری، امداد رسانی، درمان و بازتوانی بیماران حوادث و سوانح و فوریتهای پزشکی در بیمارستان

۱۱) تقویت عملکرد بیمارستان در رابطه با سوانح و فوریت های پزشکی غیر منتظره

۱۲) برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان جهت مشارکت فعال و موثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیر مترقبه.

۱۳) تجهیز بیمارستان و واحدها و بخشهای مربوط به حوادث و سوانح، بر اساس ضوابط اعلام شده و در حد اعلاّی آمادگی مستمر برای مشارکت فعال و موثر و همه جانبه در این امور.

۱۴) تهیه گزارشات ادواری و گزارش سالیانه از میزان آمادگی بیمارستان از نقطه نظر حوادث و سوانح و فوریتها، عملکرد گذشته، مشکلات، کمبودها، برنامه ریزی انجام شده برای شرایط جاری، برنامه های آینده و پیشنهادات اصلاحی.

۱۵) تعیین برنامه از قبل آماده شده مجموعه بیمارستان در مورد تغییرات ضروری و سریع در بیمارستان در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه، برای حصول آمادگی تمام عیار جهت پذیرش و مداوای مصدومین و سایر نیازها (در این مورد باید فلو چارت بیمارستان در این موارد اضطراری تهیه و نحوه تبدیل سریع بیمارستان از حالت فلو چارت عادی به فلو چارت اضطراری پیش بینی و به همه افرادی که در این خصوص دارای نقشی هستند آموزش داده شود. در این فلو چارت باید محل استقرار ستاد حوادث غیر مترقبه، محل تریاژ، محل مداوای بیماران سرپائی، نقاهت گاه، بخشهای بستری و نحوه دایر نمودن تختهای اضافی، انتظامات و همه پیش بینی های لازم منظور شده باشد).

۱۶) بررسی فضاها و ساختارهای اطراف بیمارستان جهت استفاده امدادرسانی و درمان در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه و هماهنگیهای لازم با مسئولین این اماکن جهت توجیه و جلب مشارکت ایشان.

۱۷) تشکیل تیم های امداد رسانی و درمان و شیفت بندی پرسنلی جهت عملکرد در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه، آموزش این تیمها و توجیه ایشان و برگزاری مانورهای تمرینی ادواری جهت حفظ آمادگی مستمر این تیمهای حیاتی.

۱۸) بررسی استحکام و مقاومت بیمارستان در زمان وقوع حوادث غیر مترقبه و تلاش مستمر و برنامه ریزی جهت رساندن ساختار بیمارستانی به استانداردهای بالای ایمنی در حداقل زمان ممکن در رابطه با حوادث غیر مترقبه.

۱۹) تلاش مستمر و برنامه ریزی در جهت تجهیز و تکمیل امکانات به منظور عملکرد موثر و بدون وقفه در زمان حوادث غیر مترقبه.

۲۰) پیش بینی سیستم ثبت اطلاعات و مدارک پزشکی جهت استفاده عملی در زمان حوادث غیر مترقبه.

آتش نشانی

روشهای عمومی اطفاء حریق :

اصولاً 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 حریق به اشکال زیر می باشد:

✓ سرد کردن

✓ خفه کردن

✓ سد کردن یا حذف ماده سوختنی

✓ کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن: یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق ، سرد کردن است . این عمل عمدتاً 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 مانع 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-O-O-H** یا **R-NO3** و **R-COOR** 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.

حذف 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 **CBrcf2(1211)** و **CBrf3(1301)** و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین **k2co3** 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 ۴ 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:

- ✓ مواد سرد کننده (آب، CO_2)
- ✓ مواد خفه کننده (کف - CO_2 - خاک - ماسه)
- ✓ مواد رقیق کننده هوا (CO_2 و N_2)
- ✓ مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

✓ آب:

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:

- فراوان و ارزان است ، خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست
- ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی ، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود
- دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند . ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینیوم و ۱۰ 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 .
- غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است ، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود . بطوری که در ۲۰۰۰ درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند.
- توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی ، ۵ برابر سرد کننده تر از CO₂ است . هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب:

- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است
- هادی الکتریسیته است ، در محل هایی که جریان برق وجود دارد ، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.



- آب دارای خطر تخریب است ، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست. 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.
- 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 دراستفاده از کف ، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد .

✓ پودر های خاموش کننده:

استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیان کربنات ، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است . این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع حریق **A,B,C** بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود . به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود . پودر شیمیایی اگر چه برای حریق دسته **A** کاربرد دارد ولی بدلائل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد . پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد . پودر ها در حرارت بالای ۶۰ درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد . قطر ۷۵ میکرون می باشد . هرچه قطر ذرات ریزتر باشد پودر موثرتر است . پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا **CO2** در قاعده حریق به

صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند.

✓ پودر خشک:

این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم ، پتاسیم ، منیزیم و مانند آن بکار می رود.

✓ گاز CO₂:

دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق ، بی بو ، غیر سمی و سنگین تر از هوا و هادی الکتریسیته نیست . مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است : اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا ، دوم رقیق کردن اکسیژن هوا در اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش. یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است. CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد.

✓ ترکیبات هالوژنه (هالن):

مواد هالوژنه از مشتقات CH_4 یا C_2H_6 می باشند. هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید . مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO₂ بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند سرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند . بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن را مهار نماید . این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسید کربن دارند . به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO₂ می باشد . هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO₂ مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا



مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی ، حریق های مواد جامد پر ارزش ، سایتهای دیسپاچینگ ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد

آتش سوزی:

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا می کند. بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید. همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خروج شما را از محل به تأخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید. افرادی که در آتش گیرافتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند. شما به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنید. هرگز برای برداشتن لوازم شخصی، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید. تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد. **هشدار! تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.** پس از ورود به محل حریق یا اشتعال ، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دوده های سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزیی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید. هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید **مگر آنکه** پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی:

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد « مثلث حریق » :

- جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)؛
- منبع سوخت (بنزین، چوب، پارچه)؛
- اکسیژن (هوا).

بنابراین باید یکی از این اجزا را برای خاموش کردن آتش حذف کنید.

به عنوان مثال: سویچ ماشین را خاموش کنید. تمام مواد سوختنی را که می توانید 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 هنگامیکه آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید. 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 راه های خروج از آتش و محل هایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان های دیگری مواجه می شوید، 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.

در آتش گرفتن لباس همیشه الگوی زیر را طی کنید:

➤ توقف

➤ چرخاندن

➤ انداختن روی زمین

در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم ، وی را در یک پارچه کلفت و خیس 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 کُت ، 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 می کند 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 می شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید. اجتناب از دود و گاز در صورتیکه 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: برای آتش کلاس **A** استفاده نمایید
- گاز دی اکسید کربن: برای آتش های کلاس **B**، **C**، **E** استفاده نمایید

- فوم: برای آتش های کلاس **A** و **B** استفاده می شود
- پودر خشک: برای آتش های کلاس **A**، **B**، **C**، **D** و **E** استفاده می شود

مجتمع آموزشی
پژوهشی درمانی
خیرین سلامت



احیای قلبی ریوی

(پایه و پیشرفته) 2020

بر اساس گایدلاین

انجمن علمی قلب آمریکا

تهیه و تنظیم: سعیده آقاگلی (کارشناس ارشد پرستاری ویژه)

تصحیح و به روز رسانی: علیرضا اطمینانی (کارشناس ارشد پرستاری ویژه)

واحد آموزش دفتر پرستاری مرکز-بهار 1402

فهرست:

- 3.....مقدمه
- شایع ترین علل ایست قلبی ریوی
علایم ایست قلبی ریوی
علایم مرگ بالینی و فیزیولوژیک
- 5 زنجیره حیات
- 6 BLS
- چک نبض
ماساژ قلبی
مدیریت درمان ایست قلبی
- 9 ACLS
- عوامل موثر در احیا
درمان با شوک
- 13 دارودرمانی در حین احیا
- 14 مراقبت های بعد از ایست قلبی
- 16 احیا مادر باردار
- 16..... تغییرات احیا قلبی و ریوی کودکان 2020
- 17 احیا نوزاد
- 19..... گروه کد احیا قلبی و ریوی
- 22 منابع

مقدمه:

ایست قلبی تنفسی بی گمان یکی از خطرناک‌ترین وضعیت‌هایی است که نیاز به اقدام فوری و سنجیده جهت حفظ حیات و پیشگیری از ضایعات جبران ناپذیر سیستم‌های حیاتی بدن دارد. از آنجایی که این اقدامات بر اساس پروتکل‌های خاصی صورت می‌گیرد و لازمه اجرای آن کسب دانش زمینه‌ای، مهارت و تجربه فرد احیاگر می‌باشد، لذا مدیریت، استانداردسازی و آموزش فرایند احیاء قلبی ریوی اهمیت زیادی دارد.

احیا قلبی ریوی (CPR) عبارت است از: انجام عملیات و تلاش برای به جریان انداختن گردش خون و تنفس به منظور بازگرداندن عملکرد مغز و قلب در فردی که هوشیاری خود را از دست داده است.

هدف در احیا قلبی، بازگرداندن بیمار با بهترین وضعیت نورولوژیکی است.

امروزه احیا قلبی ریوی را به دو صورت زیر انجام می‌دهند:

اقدامات پایه حمایت از حیات (BLS = Basic Cardiac Life support)

اقدامات پیشرفته حمایت از حیات (ACLS= Advanced Cardiac Life Support)

مرگ بالینی از زمان صفر که فرد دچار ایست قلبی ریوی شده است صورت می‌گیرد. در این حالت فرد فاقد نبض و تنفس است و نشانه‌های حیات وجود ندارد و آسیب‌های وارده قابل برگشت می‌باشد.

مرگ فیزیولوژیک در زمانی اتفاق می‌افتد که احیا به تأخیر افتاده باشد. کمبود اکسیژن و گردش خون ناکافی بیشتر از 4 - 6 دقیقه، باعث آسیب‌های جبران ناپذیری در مغز شده و منجر به مرگ فیزیولوژیک می‌گردد.

احیا پایه را می‌توان بدون هیچ وسیله خاصی انجام داد. انجام صحیح و به موقع این روش، می‌تواند باعث نجات جان انسان‌های زیادی از مرگ حتمی شود. در مورد احیا پیشرفته اقدامات تخصصی نظیر مراقبت از راه هوایی و دارودرمانی حین احیا انجام می‌شود.

بهترین زمان برای نجات جان بیماری که دچار ایست قلبی ریوی مغزی شده، 4 تا 6 دقیقه اول است زیرا پس از گذشت این زمان، آسیب‌های زیاد و جبران ناپذیری برای بیمار به جا می‌ماند.

شایعترین	علل	ایست قلبی	و	ریوی	:
1. حمله ایست قلبی					
2. تصادفات رانندگی					
3. خفگی در آب، یا گاز در اثر آتش سوزی و مصدومین شیمیایی.					
4. برق گرفتگی .					
5. سوختگی					
6. مسمومیت‌های دارویی					

7. خودکشی

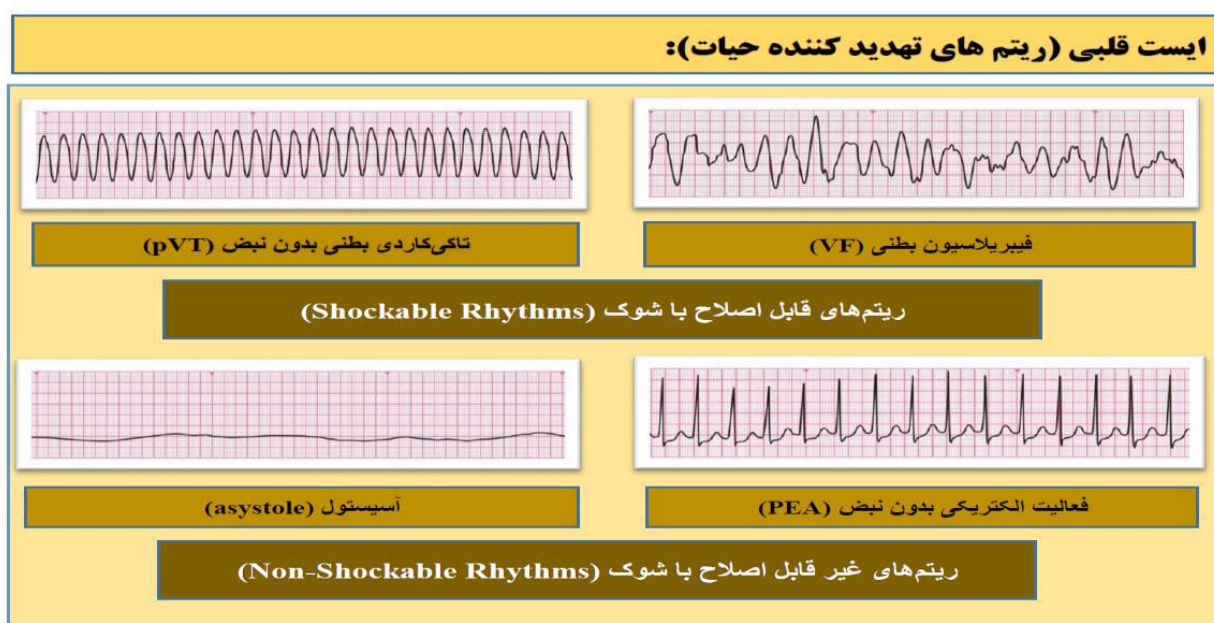
بیشترین علت نیاز به احیا در بزرگسالان ، ایست قلبی به دنبال اختلال ریتم قلبی می باشد. ایست قلبی می تواند در اثر 4 ریتم بوجود آمده باشد:

VF : فیبریلاسیون بطنی

VT: تاکی کاردی بطنی بدون نبض

PEA : فعالیت الکتریکی بدون نبض

Asystole: آسیستول



علائم ایست قلبی ریوی:

از بین رفتن هوشیاری: 12-16 ثانیه پس از ایست قلبی و به طور ناگهانی ایجاد میشود.
فقدان نبض و قطع تنفس: 5-30 ثانیه پس از ایست قلبی ایجاد میشود. مهمترین و قابل اعتماد ترین علامت ، عدم وجود نبض کاروتید است.

میدریازیس مردمک ها: حدود 90 ثانیه پس از وقفه قلبی و به علت تحریک سمپاتیک ایجاد میشود.
رنگ پوست: معمولاً رنگ پریده و یا سیانوتیک میباشد.

در صورت بستری بودن VF: یا آسیستول در ECG و کاردیاک مانیتورینگ.

زمانی که فعالیت عضله قلب متوقف می شود، خونرسانی به قسمت های مختلف بدن از جمله مغز متوقف می شود. در صورتی که 4-6 دقیقه از زمان ایست قلبی گذشته باشد و اقدامی در جهت احیای بیمار انجام نشود احتمال آسیب به مغز وجود خواهد داشت. اگر 7-10 دقیقه از زمان ایست قلبی گذشته باشد و بعد از آن CPR آغاز شود، مغز از بین رفته و حتی در صورت موفقیت احیاء ، بیمار دچار مرگ مغزی خواهد شد. پس یکی از مهمترین نکات ، شروع بلا فاصله CPR به محض تشخیص

ایست قلبی است. در این وضعیت ، زمان بسیار حیاتی است. حتی یک دقیقه تاخیر در شروع CPR احتمال موفقیت آن را به شدت کاهش می دهد.

مرگ بالینی:

فاصله زمانی بین شروع ایست قلبی-ریوی (زمان صفر) که فرد فاقد نبض و تنفس است و نشانه های بالینی حیات وجود ندارد تا ایجاد تغییرات دائمی و غیر قابل برگشت در سلولهای مغزی اطلاق میشود. بعد از مرگ بالینی بلافاصله باید CPR را شروع نمود تا ضایعات قابل برگشت در سلولهای مغزی به مرحله برگشت ناپذیری یا دائمی (مرگ فیزیولوژیک) نرسد.

مرگ فیزیولوژیک:

در صورت تاخیر در شروع CPR و کمبود اکسیژن و گردش خون بیشتر از 4-6 دقیقه آسیبهای جبران ناپذیری در مغز ایجاد و منجر به مرگ فیزیولوژیک میگردد . به عبارت دیگر ایست قلب -ریوی که همراه با آسیبهای جبران ناپذیر در مغز می باشد.

علائم ویژه مرگ بالینی و فیزیولوژیک :

- 1-حرارت بدن: در مرگ حقیقی، حرارت بدن برابر با دمای محیط و سرد است ولی در مرگ بالینی حرارت بدن تابع محیط نبوده و گرم است
- 2-قوام عضلات: در مرگ حقیقی، عضلات سفت شده ولی در مرگ بالینی عضلات قوام طبیعی دارند.
- 3-رفلکس مردمک: در مرگ حقیقی، مردمک ها گشاد و در مقابل نور واکنشی نشان نمی دهند ولی در مرگ بالینی مردمک های در مقابل نور تنگ می شود.

هدف اولیه احیاء قلبی، ریوی ، مغزی یک مغز سالم و یک بیمار دارای عملکرد است.

زنجیره حیات:

از شش حلقه تشکیل شده که اولین حلقه در زنجیره حیات داخل بیمارستانی ، پیشگیری است



در سال 2020 به مراقبت های بعد از انجام احیا و مراحل ریکاوری نیز توجه خاص شده و آن را از جمله عوامل موثر در بهبود و برگشت بیمار در نظر گرفته اند.

اقدامات پایه احیاء : BLS (Basic life support)

- * تشخیص فوری ایست ناگهانی قلب
- * اعلام سریع کد احیا
- * شروع سریع اقدامات BLS
- * انجام سریع عمل شوک با یک دستگاه الکتروشوک (ترجیحا AED)

مراحل اجرای احیاء قلبی ریوی پایه بر اساس دستورالعمل 2020 به ترتیب زیر میباشد

- 1- بررسی عکس العمل بیمار
 - 2- چک کردن نبض
 - 3- شروع سریع CPR (ماساژ قلبی و تنفسی)
 - 4- انجام سریع دفیبریلاسیون با یک AED
- قبل از شروع اقدامات احیاء فرد احیاگر باید محیط را از نظر امنیت فیزیکی (تصادفات و صدمات احتمالی) بررسی نماید و در صورت عدم وجود خطر برای احیاگر، اقدامات را انجام دهد .
- از نظر حفاظت در مورد انتقال احتمالی بیماریهای واگیر دار فرد احیاگر باید به وسایل حفاظت فردی مانند ماسک ،شیلد و....مجهز باشد و در زمان شیوع بیماری کووید 19 با حداقل نفرات عملیات احیاء انجام شود.

معیارهای شناسایی بیمار: فرد بواسطه سه عملکرد زیرمورد ارزیابی قرار می گیرد

بیمار غیر پاسخگو

تنفس ندارد یا تنفس موثر ندارد

فقدان نبض (نبض براکیال در شیرخواران و نوزادان و نبض کاروتید در کودکان و بزرگسالان بررسی می گردد)

قدم بعدی اعلام کمک بوسیله اعلام کد در بیمارستان و یا استفاده از موبایل به اورژانس اطلاع داده می شود.ودستگاه الکتروشوک یا AED توسط فرد دوم بر بالین بیمار حاضر می شود

5- چک نبض:

احیاء گر غیر حرفه ایی نباید اقدام به چک کردن نبض کند و باید در مواجهه با یک کلاپس قلبی ناگهانی (ایست شاهد) و یا یک مصدوم بدون پاسخ که تنفس نرمال ندارد فرض را بر این گذاردکه ایست قلبی اتفاق افتاده است.

در هر حال پرسنل بهداشتی و درمانی نباید برای چک کردن نبض ، بیشتر از 10 ثانیه زمان را هدر دهند و در این زمان اگر نبض قابل حس کردن و ردیابی نبود ، ماساژ قلبی سریعاً شروع گردد



- 6- استفاده از کاپنوگراف جهت بررسی مناسب بودن تهویه
- 7- استفاده از اولترا سونوگرافی جهت بررسی محل لوله تراشه(در صورت تعبیه)
- 8- استفاده از اکسیژن با Fio2 بالا(100 درصد)در حداقل زمان ممکن
- 9- استفاده از ECMO(Extracorporeal Membrane Oxygenation)(اکسیژناسیون غشایی برون پیکری)
- 10- عدم هیپرونتیلیاسیون
- 11- بررسی علت برگشت پذیری (5H_5T) بعد از ۳ سیکل از انجام احیاء (شش دقیقه)
- 12- استفاده از اپی نفرین در ریتم های non shockable(asystole_PEA) در اسرع وقت و همچنین بعد از شوک دوم در ریتم های Shockable(V.tach -V.fib)

ماساژ قلبی

انجام ماساژ های قلبی موثر برای برقراری جریان خون در حین CPR لازم و ضروری می باشند .
به همین علت همه بیمارانی که در فاز ایست قلبی قرار دارند باید ماساژ قلبی در یافت کنند
برای فراهم کردن ماساژ های قلبی موثر، سریع و محکم فشردن قفسه سینه لازم است

Push hard - Push fast

نرمه کف دست بر روی وسط جناق سینه (کمی پایینتر از نیمه پایینی استرنوم) قرار گرفته و کف دست دیگر بر روی آن قرار داده می شود .
اشخاص غیر حرفه ایی و حرفه ایی باید ریت ماساژ قلبی 100-120 بار در دقیقه را جهت مصدوم فراهم کنند (و عمل ماساژ 5-6 سانتیمتر عمق داشته باشد . اجازه به برگشت وریدی (Recoil) بعد از هر ماساژ قلبی داده شود و ایجاد حداقل وقفه در دادن ماساژ قلبی ضروری است. ماساژ های ممتد ، به دلیل عدم بازگشت وریدی ، فاقد کارایی می باشند.



نکته: ماساژ با عمق بیشتر از 6 سانتی متر میتواند به بیمار آسیب برساند.

قدم بعدی در جهت دادن تنفس مصنوعی ، بعد از 30 بار فشردن قفسه سینه است
اگر مصدوم تنفس نداشت یا تنفس بریده بریده داشت تنفس مصنوعی را شروع کنید با توجه به اینکه وضعیت قرار گرفتن سر در برخی از مصدومین غیر پاسخگو ، باعث انسداد راه هوایی و جلوگیری از تنفس مناسب خواهد شد. لذا قبل از شروع تهویه مصنوعی، بازکردن راه هوایی از اهمیت خاصی برخوردار است.
بعد از شروع ماساژ قلبی ، در صورتیکه احیاء گراموزش دیده باشد باید تنفس های مصنوعی را بصورت دهان به دهان (با توجه به شیوع بیماری کووید 19 این فرایند در حال حاضر توصیه نمی شود) و یا بوسیله بگ و ماسک جهت فراهم آوری اکسیژناسیون و ونتیلیاسیون شروع نماید.
تکنیک ساده خم کردن سر به عقب و بالا کشیدن چانه head tilt – chin lift برای باز کردن راه هوایی به کار می رود.



در صورتی که احتمال آسیب مهره های گردن وجود دارد باید از مانور به جلو راندن فک تحتانی بدون خم کردن سر به عقب استفاده نمود **jaw thrust**



نکته: احیاگران حرفه ای مجاز به استفاده از تکنیک **jaw thrust** نیستند.

باید از دادن تنفس های پرفشار و سریع اجتناب کرد زیرا ونتیلاسیون بیش از حد می تواند منجر به کاهش برون ده قلبی و افزایش خطر آسپیراسیون محتویات معده و از طرفی افزایش فشار داخل توراکس و کاهش خونرسانی به مغز و قلب و بدتر شدن وضعیت نرولوژیک فرد گردد .

هر تنفس داده شده باید در ظرف یک ثانیه انجام شود که در صورت باز بودن صحیح راه هوایی موجب بالا آمدن قفسه سینه می گردد

تا زمانیکه راه هوایی پیشرفته تعبیه نشده است ، احیاگران ریت 30 ماساژ به 2 تنفس را جهت قربانی فراهم می آورند . بهتر است احیاءگران از یک منبع اکسیژن (غلظت 100٪ و جریان 10 الی 12 لیتر در دقیقه) در صوت مهیا بودن ، استفاده نمایند

نکته : با توجه به شرایط موجود و شیوع بیماری کووید 19 توصیه می شود ، به جهت جلوگیری از انتشار ترشحات دهان و حلق بیمار در صورت امکان در اولین فرصت ممکن ، بیمار اینتوبه شود و همچنین از فیلتر های HME برای آمبویگ استفاده گردد.

با توجه به شیوع بیماری کووید 19 توصیه به استفاده از محفظه های محافظتی و یا ویدیو لارنگوسکوپ جهت اینتوباسیون بیماران شده است.

بعد از تعبیه راه هوایی قطعی ، کفایت ونتیلاسیون مجددا ارزیابی می شود که اینکار با سمع صداهای ریوی و مشاهده بالا آمدن قفسه سینه صورت می گیرد ، علاوه براین ، محل قرارگیری قطعی لوله تراشه باید با یک تست ثانویه تأیید شود (برای کاهش مثبت یا منفی کاذب) .

کاپنوگرافی برای اندازه گیری دی اکسید کربن انتهای بازدم به کار می رود و ایده آل ترین روش برای تأیید محل قرارگیری لوله داخل نای است و بر کاربرد آن توصیه فراوانی شده است . از طرفی می تواند وسیله ای برای اطمینان از کفایت گردش خون ریوی باشد.

بعد از اطمینان از محل صحیح قرارگیری لوله داخل نای و فیکس کردن آن هر 8-6 ثانیه یک تنفس داده می شود (10-8 تنفس در هر دقیقه) و دیگر نیازی به هماهنگی ونتیلاسیون با ماساژ نمی باشد به این صورت که فرد مسئول ونتیلاسیون با سرعت 8-10 تنفس در دقیقه فرد را ونتیله می کند و فرد مسئول فشردن قفسه سینه با سرعت حداقل 100 بار و حداکثر 120 بار در دقیقه ماساژ قلبی را ادامه می دهد .

اندازه و میزان فیکس کردن لوله تراشه در آقایان (22-23)، سایز لوله تراشه در مردان بر اساس وزن و قد انتخاب می شود و اصولاً از سایز 7.5 یا 8 انتخاب می شود در صورت قد بالاتر از 1/8 متر از لوله تراشه با سایز بزرگتر استفاده می شود.

اندازه و میزان فیکس کردن لوله تراشه در خانم ها (21-22) سایز لوله تراشه در زنان بر اساس وزن و قد انتخاب می شود و اصولاً از سایز 7 یا 6 انتخاب می شود در صورت قد بالاتر از 1/8 متر از لوله تراشه با سایز بزرگتر استفاده می شود.

مدیریت درمان ایست قلبی

چهار دیس ریتمی می توانند باعث ارست قلبی شوند که عبارتند از:

فیبریلاسیون بطنی (VF) Ventricular fibrillation

تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VT) Rapid ventricular tachycardia

فعالیت الکتریکی بدون نبض (PEA) Pulseless electrical activity

آسیستول Asystole

که از دیس ریتمی های فوق فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VF/VT) جزء ریتم های قابل شوک دادن و آسیستول و فعالیت الکتریکی بدون نبض Asystole/ PEA جزء ریتم های غیر قابل شوک دادن می باشند.

الگوریتم احیای قلبی ریوی پیشرفته (ACLS) در ارست قلبی ناشی از دیس ریتمی های قابل شوک دادن

فیبریلاسیون بطنی، تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VF/VT)

فراخوانی تیم احیاء - آغاز چرخه احیا با 30 ماساژ قلبی و 2 تنفس با استفاده از آمبویک فیلتردار و چسباندن محکم (بدون نشستی) آن روی صورت

برقراری اکسیژن برای بیمار - اتصال الکترودهای مانیتورینگ و یا پدل دفیبریلاتور

بررسی ریتم بیمار: آیا ریتم بیمار قابل شوک دادن است ؟ بله

فیبریلاسیون بطنی، تاکیکاردی بطنی بدون نبض VF/VT

دادن شوک بادستگاه بی فازیک 200 ژول و سپس ادامه CPR به مدت دو دقیقه (انجام 5 سیکل 30 : 2) و تزریق اپی نفرین در صورت نیاز هر 3 دقیقه تکرار شود و ارزیابی ریتم بیمار بعد از آن (10 ثانیه)

در صورت مشاهده مجدد آریتمی قابل شوک مجدداً در نوبت دوم شوک بادستگاه بی فازیک 200 ژول و سپس ادامه CPR به مدت دو دقیقه (انجام 5 سیکل 30 : 2) و تزریق 300 mg آمیودارون به صورت IV/IO و سپس 150 mg دیگر، در صورت فقدان این دارو لیدوکائین 5-1 mg/kg به صورت IV/IO به عنوان دوز اولیه و سپس 5-0/75 تا سقف دوز 3 mg/kg داده میشود و سپس CPR 2 دقیقه (انجام 5 سیکل) 30 : 2

ارزیابی ریتم بیمار بعد از اقدامات بالا به مدت (10 ثانیه)

ارجحیت مسیر IV بر مسیر IO

2020 (جدید): برای مراقبت کنندگان منطقی است که در زمان ایست قلبی برای تجویز دارو ابتدا سعی کنند مسیر IV را تعبیه نمایند.

2020 (به روز شده): اگر تلاش ها برای مسیر IV ناموفق یا عملی نباشد، مسیر IO ممکن است در نظر گرفته شود. درمان علل برگشت پذیر ارست قلبی باید مد نظر باشد.

پنج H	پنج T
Hypoxia	Toxin
Hypovolemia	-Tamponade (cardiac)
Hydrogen ion (acidosis)	-Tension pneumothorax
Hypo-/hyperkalemia	-Thrombosis, pulmonary
Hypothermia	- Thrombosis, coronary

الگوریتم احیای قلبی ریوی پیشرفته در ارست قلبی ناشی از آریتمی های غیر قابل شوک دادن

(آسیستول و PEA)

بررسی بیمار از نظر عدم تنفس یا تنفس غیر طبیعی و بررسی همزمان نبض به مدت 10 ثانیه در صورت عدم وجود نبض و تنفس

فراخوانی تیم احیاء - آغاز چرخه احیا با 30 ماساژ قلبی و 2 تنفس با استفاده از آمبویک فیلتردار و چسباندن محکم (بدون نشستی) آن روی صورت

برقراری اکسیژن برای بیمار - اتصال الکترودهای مانیتورینگ و یا پدل دفیبریلاتور

بررسی ریتم بیمار: آیا ریتم بیمار قابل شوک دادن است یا خیر؟

ریتم غیر قابل شوک دادن (آسیستول و PEA)

CPR را با شروع ماساژ قلبی انجام دهید. یا برای کنترل مجدد نبض اقدام نکنید.

2020 (بدون تغییر / تایید مجدد): با توجه به زمان بندی، برای ایست قلبی با ریتم غیر قابل شوک دادن، تجویز اپی نفرین در اسرع وقت منطقی است.

تا زمانی که بیمار حرکت نماید و افراد تیم CPR پیشرفته برسند، عملیات را به ترتیب فوق ادامه دهید.

درمان با شوک الکتریکی

درمان با شوک الکتریکی به معنای انتقال جریان الکتریکی از طریق قفسه سینه به قلب است. میزان این جریان (تحریک) به اندازه ای است که می تواند در خلال عبور جریان، قلب را دیپولاریزه و با خاموش کردن کانون های نابجا متعاقبا امکان فرماندهی

مجدد برای پیس میکر اصلی قلب یعنی گره سینوسی دهلیزی SA فراهم گردد. از سالهای گذشته، استفاده از جریان مستقیم الکتریکی یا D.C شوک Direct Current به عنوان درمان انتخابی و اورژانس برای دیس ریتمی های قلبی مطرح میباشد. هدف از جریان مستقیم الکتریکی انتقال تحریک الکتریکی از طریق قفسه سینه به قلب است. میزان این تحریک به اندازه ای است که می تواند در خلال عبور جریان، قلب را در حالت دیپولاریزه نگه دارد.

متعاقب دیپولاریزاسیون سلولهای قلبی توسط تخلیه جریان الکتریکی، کلیه سلولهای قلبی به حالت رپولاریزه در خواهد آمد. با خاموش شدن تمامی کانون های تحریکی، امکان فرماندهی مجدد پیس میکر اصلی قلب افزایش می یابد.

بطور کلی جهت درمان دیس ریتمی های قلبی از دو نوع شوک الکتریکی استفاده می شود:

1- شوک هماهنگ (کاردیوورژن) cardioversion

2- شوک غیرهماهنگ (دیفبریلاسیون) Defibrillation

Cardioversion (کاردیوورژن)

کاردیوورژن عبارتست از: استفاده از نیروی الکتریکی جهت ختم تاکی دیس ریتمیهایی که دارای کمپلکس های QRS می باشند (فیبریلاسیون دهلیزی، تاکیکاردی بطنی، فلوتر دهلیزی و...)

در کاردیوورژن بعد از روشن کردن دکمه، synch میزان انرژی لازم انتخاب سپس دستگاه شارژ می شود. هنگام تخلیه انرژی روی قفسه سینه، بعد از فشردن دکمه های روی پدال جهت تخلیه انرژی، چند ثانیه بایستی صبر نمود تا تخلیه شوک انجام شود (بر عکس دیفبریلاسیون که تخلیه انرژی بلافاصله انجام می شود).

Defibrillation (دیفبریلاسیون)

دیفبریلاسیون، شوک غیر هماهنگ Asynchronous می باشد که در موقعیت های اضطراری بکار می رود. در دیفبریلاسیون دکمه synch دستگاه باید خاموش باشد. دیفبریلاسیون، کلیه سلول های میوکارد را کاملاً بطور همزمان دیپلاریزه نموده و گره سینوسی را قادر میسازد که مجدداً نقش خود را به عنوان پیس میکر قلب ایفا نماید.

مهمترین جز در زنجیره بقاء استفاده هر چه سریعتر از دیفبریلاتور می باشد. با این توضیح که هر یک دقیقه تاخیر در اجرای آن احتمال برگشت VF را 7-10٪ افزایش می دهد. به این خاطر بهتر است دستگاه دیفبریلاتور بر بالین بیماران بدحال، که احتمال ایست قلبی آنها وجود دارد آماده باشد.

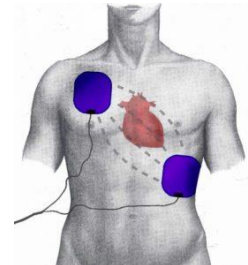
باید دانست که زمان تخلیه اولین شوک الکتریکی در تعیین برآیند درمانی مورد انتظار بسیار موثر است. لذا با توجه به نقش حیاتی زمان در مواردی که امکان استفاده از مانیتورینگ قلبی وجود نداشته باشد، الزاماً باید از دیفبریلاسیون کور (blind) استفاده نمود. دیفبریلاسیون فوری در کلیه افراد بالای یک سال در کلیه ایست های قلبی ناگهانی شاهد دار ضروری است. اما در صورت عدم وجود شاهد یا احیاگر در زمان ایست قلبی و گذشت چند دقیقه از زمان آن، حتماً باید سیکل CPR قبل از شوک انجام شود. بخاطر اینکه وقتی از ایست قلبی ناشی از (VF فیبریلاسیون بطنی) دقایقی می گذرد، احتمالاً قلب اکسیژن و مواد مورد نیاز خود را برای ایجاد انقباض موثر از دست می دهد. در این زمان ارتفاع امواج VF اصولاً کاهش می یابد و به این ترتیب اجرای شوک قادر به محدود کردن VF نیست. لذا انجام دو دقیقه CPR قبل از شوک، جریان خون قلب و اکسیژن و مواد مورد نیاز آن را در اختیار قلب قرار می دهد. بدین ترتیب ارتفاع امواج VF نیز افزایش یافته، احتمال موفقیت شوک دیفبریلاسیون افزایش می یابد.

شرایط لازم جهت تخلیه موفق شوک الکتریکی:

انتخاب پدالهای مناسب: اکثر دستگاه های دفیبریلاتور، مجهز به پدالهای مخصوص بزرگسالان هستند که طول تقریبی آنها 13 سانتیمتر است. در کودکان باید از پدالهای با طول 8 سانتیمتر و در نوزادان از پدالهایی با طول 5/4 سانتیمتر استفاده نمود.

انتخاب محل صحیح جای گیری پدالها روی قفسه سینه:

رایج ترین روش (antro latral قدامی- طرفی) میباشد.



محل قرار گیری پدال ها در ناحیه apex پنجمین فضای بین دنده ای چپ و دیگری در طرف راست استرنوم، دومین فضای بین دنده ای راست زیر استخوان کلاویکول قرار داده میشود.

* روش (antro posterior قدامی - خلفی). در افرادی که پیس میکر دائمی دارند میتوان پدال ها را بصورت قدامی-خلفی نیز قرار داد.

-تماس کافی پدالها با سطح قفسه سینه: پدالها باید با فشاری در حد 25 پوند یا 11 کیلوگرم روی سطح قفسه سینه فشرده شوند. به علاوه سطح پدالها باید به میزان 2 میلی متر با ژل الکتروود یا نرمال سالین آغشته گردد. در غیر اینصورت تخلیه انرژی به داخل قفسه سینه با اشکال روبرو شده، موج الکتریکی از سطح پوست عبور کرده، منجر به سوختگی می گردد.

-انتخاب صحیح مقدار انرژی: مقادیر توصیه شده انرژی الکتریکی برای دیس ریتمی های مختلف در اطفال و بزرگسالان با توجه به نوع دیس ریتمی انتخاب میگردد.

روش تخلیه شوک دفیبریلاسیون

-ابتدا از حضور ریتم فیبریلاسیون بطنی در بیشتر از یک لید اطمینان حاصل کنید.

-دکمه مربوط به تنظیم انرژی راروی مقدار مورد نظر قرار دهید.

(ج) در صورتی که نوع دستگاه شوک مشخص نیست، باید از مقدار 200 ژول شروع کرد.

(د) در نوزادان و کودکان، اولین شوک با مقدار 2 j/kg و شوک های بعدی با 4 j/kg داده می شود.

-پدالهای دستگاه الکتروشوک را در دست بگیرید: در دست راست پدال مربوط به Apex و در دست چپ پدال مربوط به Sternum

-به میزان 2 میلیمتر، سطح پدالها را با ژل لوبریکنت آغشته کنید.

-پدالها را روی قفسه سینه بیمار در محل صحیح قرار دهید:

-پدالها را با نیرویی برابر 11 کیلوگرم روی قفسه سینه بیمار فشار دهید.

-جهت دادن شوک اعلام آمادگی کنید.

-سریعا مشاهده کنید که هیچ یک از افراد احیاگر با بدن بیمار در تماس نباشند.

-توجه کنید که رابط اکسیژن از بیمار جدا شده باشد.

-دکمه شارژ دستگاه رافشار دهید.

-پس از شنیدن صدای بوق مربوط به شارژ کامل دستگاه، بطورهمزمان دکمه تخلیه روی پدالها را توسط انگشت شست فشار دهید.

-سریعا صفحه مانیتورینگ را از نظر تغییرات حاصله در ریتم بیمار مشاهده نمایید

نکات ایمنی هنگام تخلیه شوک الکتریکی :

* اطمینان از عدم تماس احیا گران با بیمار هنگام تخلیه شوک ، زیرا می تواند در فرد سالم منجر به ایست قلبی شود .

* قطع جریان اکسیژن

* اطمینان از فقدان نبض در زمانی که مانیتورینگ در دسترس نباشد .

* کنترل ریتم در بیشتر از یک لید

* عدم حمایت از 2 شوک متوالی

2020 (جدید): مفید بودن 2 شوک متوالی برای ریتم های قابل شوک مقاوم ، ثابت نشده است. بعد از هر شوک بلافاصله ماساژ قلبی شروع شود و زمان برای ارزیابی ریتم قلبی تلف نشود

دارودرمانی در حین احیا : MEDICATION

در طی احیاء هدف اصلی رساندن داروها با حداکثر سرعت و از راه مناسب به ارگان هدف است. برقراری راه وریدی مهم است اما نباید با عملیات احیا و دفیبریلاسیون تداخل داشته باشد. داروها به صورت بولوس تزریق می شوند. اگر پاسخ فوری نیاز باشد، تزریق وریدی بهترین راه تزریق است، که این راه رسیدن دارو به ارگان هدف را تضمین و غلظت مناسب آن را ایجاد و پاسخ کامل دارو را برقرار می کند. اگر راه وریدی در دسترس نباشد بهترین راه، تزریق داخل تراشه است. انفوزیون داخل استخوانی داروها ، راه دیگری است که به ویژه در کودکان مورد استفاده قرار می گیرد.

تزریق وریدی : در بسیاری از موارد احیا دسترسی به ورید مرکزی نیاز نیست. بطور معمول داروها هنگامی که از وریدهای محیطی تزریق می شوند نیاز به 1 تا 2 دقیقه زمان دارند تا به قلب برسند در حالی که در استفاده از وریدهای مرکزی زمان ناچیز است به عنوان اولین مکان های دسترسی عروقی، از وریدهای محیطی بازو استفاده کنید زیرا به سادگی و با کمترین عوارض ، قابل رگ گیری بوده و مانع از انجام سایر اقدامات نمی شود . بعد از تزریق هر دارو به صورت بولوس ، جهت بهبود انتقال دارو ، اندام مربوطه را بالاتر از سطح بدن قرار داده و 20 میلی لیتر سرم با فشار به داخل رگ تزریق کنید .

اگر گردش خون بعد از تزریق داروی اولیه به صورت محیطی بهبود پیدا نکرد ، رگ گیری از ورید مرکزی (ورید ژوگولر داخلی یا ورید ساب کلاوین) توصیه می شود . زمان رسیدن دارودر تزریق از راه O در موارد فاقد کلاپس عروقی برابر با تزریق از راه ورید مرکزی است. در موارد شکست راههای O و IV برخی از داروهای احیا را میتوان از راه داخل تراشه تجویز کرد.

تزریق داخل تراشه :

راه داخل تراشه در اطفال، افراد چاق و معتادان تزریقی که گرفتن ورید مشکل است. ارزش زیادی دارد. دلیل فیزیولوژیک برای تزریق تراشه بر این اساس است که ریه ها داری سطح وسیع و دارای سطح مویرگی وسیعی می باشند. در صورتی که گرفتن رگ طولانی شود، بسیاری از داروها (اپی نفرین، لیدوکائین، آتروپین و نالوکسان) را می توان مستقیما به داخل لوله تراشه تزریق نمود برای به دست آوردن اثر یکسان، 2 تا 2,5 برابر دوزهای متعارف وریدی تجویز کنید. برای تجویز دارو از راه داخل تراشه باید مقدار مناسب از دارو را با 5 تا 10 سی سی آب مقطر یا نرمال سالین رقیق کنیم. بعد از تزریق داخل لوله تراشه جهت تقویت انتشار دارو هوای زیادی به بیمار بدهید .

کانول گذاری داخل استخوان :

مواد تزریق شده به داخل مغز استخوان تقریبا به طور سریع از طریق کانال های ورید میانی مغز استخوان، وریدهای تغذیه ای و وریدهای در مسیر، جذب گردش خون وریدی سیستمیک می شوند. هر دارویی که بتوان از راه وریدی تزریق کرد، می توان از طریق سوزن کار گذاشته شده در استخوان نیز تجویز نمود، توجه به اینکه به نظر نمی رسد حجم یا مقدار مایعات تجویز شده در استفاده از این روش برای جبران کمبود حجم مایعات کافی و موثر باشد

دارودرمانی در احیای قلبی عروقی پیشرفته:

سه داروی اپی نفرین ، آمیودارون و به مقدار کمتر لیدوکائین بیشترین استفاده را در بین سایر داروها دارد و باید توجه بیشتری به آنها نمود.

برای موارد اورژانس مربوط با مواد افیونی در بزرگسالان و نوجوانان،امدادگران در صورت آموزش از قبل، برای احیای قلبی ریوی باید فشردن قفسه سینه و تنفس مصنوعی را برای بیمار انجام دهند و در صورتی که آموزش ندیده اند باید تنها با فشردن قفسه سینه اکتفا کنند. در اطفال و نوزادان در احیای قلبی ریوی باید فشردن قفسه سینه و احیای تنفسی انجام شود.

برای احیا مواد افیونی و اپیوئید بعد از شروع احیا، نالوکسان و AED را در صورت در دسترس بودن، نظر بگیرید.(آمپول نالوکسان را می توان عضلانی و داخل بینی به بیمار داد)

مراقبتهای بعد از ایست قلبی

پس از یک احیا موفق ، گردش خون خودبخودی (ROSC) صورت می گیرد. بیمار دارای نبض و فشارخون بوده ، افزایش ناگهانی و پایدار PETCO₂ (pressure end tidal) مساوی یا بیشتر از 40mmHg و وجود امواج فشار شریانی خودبخودی در مانیتورینگ داخل شریانی مشاهده می شود.

مدیریت راه هوایی:

• انجام کاپنوگرافی موجی شکل یا کاپنومتري برای تایید جایگیری لوله تراشه

• اداره پارامترهای تنفسی

• آغاز با 10 تنفس در دقیقه

• Paco₂:35-45mmHg

• SPO₂: 98 - 92 %

• اداره پارامترهای همودینامیک:

تجویز کریستالوئید یا وازوپرسورها یا اینتوتروپها برای دستیابی به:

• Systolic BP > 90 mmHg

• Map > 65 mmHg

در نظر گرفتن مداخلات قلبی اورژانسی :

• ECG بصورت 12 لید

• وجود STEMI

• وجود شوک کاردیوژنیک ناپایدار

• نیاز به حمایت قلبی ریوی

بررسی نورولوژیک :

در صورتیکه بیمار از دستورات پیروی نکند ، موارد زیر بررسی می گردد:

• TTM (therapeutic temperature management) : آغاز با 32-36 درجه سانتیگراد

به مدت 24 ساعت با استفاده از وسایل سردکننده.

• انجام CT اسکن مغزی

• انجام EEG

انجام مراقبت های حیاتی:

• مانیتور درجه حرارت مرکزی (ایزوفازیتال ، رکتال ، مثانه)

• در نظر نظر گرفتن :

Euglycemia – سطح نرمال قند خون

normocapnia – غلظت نرمال دی اکسید کربن

normoxia _ غلظت نرمال اکسیژن

• انجام EEG بصورت مداوم یا متناوب

• انجام Lung protective ventilation

برای بازماندگان ایست قلبی ، قبل از ترخیص از بیمارستان ، باید ارزیابی توانبخشی چند کیفیتی و درمان اختلالات جسمی ، نورولوژیک ، قلبی ریوی و شناختی را انجام داد. توصیه می شود که بازماندگان ایست قلبی و مراقبان آنها برنامه ریزی جامع و چند منظوره ای شامل توصیه های درمانی پزشکی و توانبخشی برای ترخیص داشته باشند تا بتوانند به فعالیت / انتظارات کاری خود بازگردند.

احیا قلبی ریوی مادر باردار:

برنامه ریزی تیمی بایستی بر اساس همکاری بخش های زنان ، نوزادان ، اورژانس و مراقبت ویژه سرویس های ایست قلبی انجام شود.

اولویت های ارست قلبی در زنان باردار اقدام به CPR با کیفیت بالا و برطرف کردن فشار از آئورتوکاوال بر اثر رحم حامله با جابجا کردن جانبی و لترال رحم به طور ایده ال شرایط انجام سزارین قبل از فرارسیدن مرگ را بسته به وجود منابع و مهارت تکنسین در طی 5 دقیقه فراهم شود.

در بارداری اختلال راه هوایی شایع است فلذا بایستی از ماهر ترین تکنسین ، جهت اینتوباسیون داخل تراشه و با تجهیزات پیشرفته اداره راه هوایی سوپراگلوتیک استفاده شود. لوله یک سایز کوچکتر از اندازه معمول و بعداز لوله گذاری از کاپنوگراف جهت تایید استفاده شود. از اکسیژن 100% و تهویه بیش از حد ، پرهیز گردد.

رگ گیری از بالای دیافراگم انجام شود . و در صورت دریافت منیزیم وریدی ، تجویز آن متوقف و کلرید یا گلوکونات کلسیم انفوزیون گردد.

علل بالقوه ایست قلبی ریوی در بارداری :

خونریزی ها ، داروها، آمبولی، تب، پنچ H یا پنچ T .

حتما تیم احیا مراقبت های ویژه نوزادان بر بالین مادر آماده باشند و نوزاد را تحویل بگیرند.

به دلیل امکان تداخل در احیای مادر، مانیتورینگ جنینی در هنگام ایست قلبی مادر باردار نباید انجام شود.

برای مادران بارداری که پس از احیا در کما میمانند، مدیریت هدفمند دما توصیه می شود.

در طول مدیریت هدفمند دما ، توصیه میشود ، جنین به طور مداوم از نظر برادی کاردی به عنوان یک عارضه بالقوه کنترل شده و مشاوره زنان و زایمان پیگیری گردد.

تغییرات احیا قلبی ریوی کودکان 2020:

فشردن محکم (حداقل یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه) و سریع (100 تا 120 بار در دقیقه) و اجازه برگشت کامل قفسه سینه . نسبت ماساژ به تهویه با الگوی 15 به 2 (در صورت عدم راه هوایی پیشرفته) و در صورت راه هوایی پیشرفته هر 2 تا 3 ثانیه یک تنفس همراه با فشردن همزمان قفسه سینه . اولین شوک 2 ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ، شوک دوم 4 ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ، شوک های بعدی: 4 ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن ، حداکثر دوز 10 ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن /به مقدار دوز بزرگسال .

جهت اینتوبه نمودن شیرخواران و کودکان منطقی است بجای ETT بدون کاف از نوع کافدار استفاده شود. زمان استفاده از ETT کافدار باید به سایز ETT، موقعیت و فشار باد کاف توجه شود. (معمولاً کمتر از ۵۱ تا ۵۲ سانتیمتر آب).

استفاده معمول فشار به کریکوئید در حین لوله گذاری داخل نای کودکان دیگر توصیه نمیشود.

برای اطفال در هر موقعیتی منطقی است ، دوز اولیه اپی نفرین طی ۲ دقیقه اول ماساژ قفسه سینه تزریق شود.

دوز اپی نفرین وریدی /داخل استخوانی: با دوز 0.01 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن

• ماکزیمم دوز 1 میلی گرم

• تکرار از 3 تا 5 دقیقه

• در صورت عدم وجود مسیر وریدی و یا داخل استخوانی به صورت داخل لوله تراشه با 0/01 دوز میلی گرم به ازای هر کیلوگرم (0/1 سی سی به ازای هر کیلو گرم از محلول 1 میلی گرم در سی سی)

• آمیودارون وریدی /داخل استخوانی: 5 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در حین فاز ارست و قابل تکرار تا سه بار در VF

مقاوم یا VT بدون نبض و یا لیدوکائین وریدی یا داخل استخوانی 1 میلی گرم به ازای هر کیلوگرم

انتوباسیون اندوتراکئال یا راه هوایی سوپراگلوٹیک

• کاپنوگرافی موجی شکل یا کاپنومتري برای تایید جایگزاری لوله تراشه

فرمول محاسبه لوله تراشه اطفال بر اساس وزن و قد است. در صورت وجود نوار بروسولوو آن را در کنار کودک قرار داده و بر اساس دستورالعمل مربوطه ، کودک را اینتوبه کنید. ولی در صورت عدم وجود دستورالعمل ، از فرمول سن تقسیم بر 4 به اضافه 3.5 استفاده کنید و سایز لوله تراشه را تخمین بزنید

برای شیر خواران زیر یکسال بر اساس وزن و قد می باشد ولی عموماً از لوله بدون کاف با سایز 3.5 استفاده می شود.

احیاء نوزاد :

احیای نوزاد تازه متولد شده مستلزم آینده نگری و آمادگی مراقبت کنندگانی بوده که هم به صورت انفرادی و هم تیمی آموزش دیده اند.

اکثر نوزادان تازه متولد شده نیازمند کلمپ فوری بند ناف یا احیا نبوده و می توان پس از تولد طی تماس پوستی با مادر مورد ارزیابی و مانیتورینگ قرار گیرند.

پیشگیری از هیپوترمی موضوعی مهم برای احیای نوزاد تازه متولد شده می باشد. اهمیت تماس پوستی با مادر در سلامت

کودکان به منظور تقویت پیوند والدین، شیردهی و حفظ نرموترمی (درجه حرارت عادی) تقویت شده است. در نوزادان تازه متولد شده که نیازمند حمایت پس از تولد می باشند اولویت با تهویه و اتساع ریه ها است. مهمترین نشانه تهویه موثر و پاسخ به مداخلات احیا، افزایش ضربان قلب است.

پالس اکسیمتری جهت راهنمای اکسیژن درمانی و دستیابی به اهداف اشباع اکسیژن خون شریانی ، استفاده می شود. ساکشن روتین لوله داخل تراشه (ETT) برای نوزادان سرحال و بی حال که با مایع آمنیوتیک آغشته به مکونیوم (MSAF) متولد می شوند توصیه نمی شود. ساکشن ETT تنها زمانی اندیکاسیون دارد که پس از تهویه با فشار مثبت (PPV) احتمال انسداد راه هوایی وجود داشته باشد.

در صورتیکه مراحل اصلاح تهویه، ترجیحاً لوله گذاری داخل تراشه، به شکل مناسب انجام گرفته ولی با پاسخ ضعیف ضربان قلب همراه باشد باید فشردن قفسه سینه شروع شود.

پاسخ ضربان قلب به ماساژهای قلبی و داروها باید بوسیله الکتروکاردیوگرافی مانیتورینگ گردد.

در صورت نیاز به دسترسی عروقی در نوزادان تازه متولد شده، مسیر ورید نافی ترجیح داده می شود. وقتی دسترسی IV امکان پذیر نیست، مسیر IO ممکن است در نظر گرفته شود.

در صورت پاسخ ضعیف به ماساژهای قفسه سینه ، تجویز اپی نفرین ترجیحاً از طریق مسیر داخل عروقی ممکن است منطقی باشد.

نوزادانی که نمی توانند به اپی نفرین پاسخ دهند و سابقه یا معاینه ای مبنی بر از دست دادن خون دارند ، ممکن است به حجم دهنده ها نیاز داشته باشند.

1. چک لوازم احیاء طبق چک لیست (آمیوبگ ، لارنگوسکوپ و ...)
2. گرم کردن وارمر قبل از تولد نوزاد
3. تحویل گرفتن و گرم نگه داشتن نوزاد و خشک کردن و تحریک کردن نوزاد طی 30 ثانیه
4. بررسی تنفس و تعداد ضربان قلب و ساچوریشن نوزاد و بستن پروپ پالس اکسیمتری به دست راست نوزاد .
5. در صورت تنفس مشکل وسیانوز مرکزی پایدار و ضربان قلب بالای 100 تجویز اکسیژن گرم و مرطوب 30٪/با بلندر با (لوله اکسیژن یا ماسک اکسیژن از طریق بگ وابسته به جریان یا نئوپاف یا ته باز لوله خرطومی بگ متسع شونده)
6. اعلام کمک (اعلام کد 33)
7. در صورت ضربان قلب کمتر از 100 و عدم تنفس خودبخودی شروع P.P.V. بلافاصله با اکسیژن گرم و مرطوب 21٪-30٪
8. اولین ارزیابی ضربان قلب و بررسی تنفس و ساچوریشن نوزاد بعد از 15 ثانیه p.p.v دادن
9. در صورت عدم بالا رفتن ضربان قلب و عدم اتساع ریه های نوزاد ، شروع اقدامات اصلاحی (مانور سوپا) طی 15 ثانیه

10 ارزیابی دوم ضربان قلب و تنفس و ساچوریشن نوزاد بعد از 30 ثانیه p.p.v دادن

11. در صورت مشاهده ضربان قلب کمتر 60 لوله گذاری نوزاد و دادن p.p.v با اکسیژن 100 % و فشردن قفسه سینه طی 30 ثانیه

جهت لوله گذاری نوزاد حتما از لارنگسکوپ با تیغه صاف استفاده شود واز لوله تراشه بدون کاف بر اساس قد و وزن نوزاد استفاده شود . در نوزادان زیر یک کیلوگرم یازیر 28 هفته از سایز لوله شماره 2/5 . وزن بین یک تا دو کیلو گرم یا بین 28 تا 34 هفته از لوله تراشه سایز و بالاتر از 2 کیلو گرم از سایز لوله تراشه 3/5 استفاده شود .

12. ارزیابی مجدد ضربان قلب و تنفس و ساچوریشن نوزاد و در صورت مشاهده ضربان قلب کمتر از 60 ، علی رغم تهویه با فشار مثبت ، فشردن موثر قفسه سینه و تزریق اپی نفرین .

در صورتی که تمامی این مراحل به طور موثری به اتمام رسیده باشد و تا 20 دقیقه پاسخ ضربان قلب وجود نداشته باشد، تغییر مسیر مراقبت باید با تیم و خانواده در میان گذاشته شود..

گروه کد احیا قلبی ریوی :

*اعضای گروه کد 99 (احیای بزرگسال)

1. رهبر تیم :طبق دستورالعمل شماره 36416/401 د مورخ 1394/12/25 معاونت محترم درمان وزارت متبوع : مدیریت و مسئولیت تیم احیا در اورژانس با متخصص طب اورژانس و در سایر بخش های بستری با متخصص بیهوشی مقیم و در صورت عدم حضور با متخصص داخلی و قلب مقیم می باشد 2. سوپروایزر وقت 3. مسئول شیفت بخش 4. پرستار ICU : طبق برنامه تنظیم شده ماهیانه 5. پرستار اورژانس : طبق برنامه تنظیم شده ماهیانه 6. هوشبری : طبق برنامه تنظیم شده ماهیانه 7. پرستار مسئول بیمار

*اعضای گروه کد 11 (جهت احیا مادر و جهت احیای مادر دچار خونریزی)

1. متخصص بیهوشی 2. متخصص زنان و زایمان 3. سوپروایزر وقت 4. مسئول شیفت بخش 5. پرستار ICU : طبق برنامه تنظیم شده ماهیانه 6. مامای مسئول شیفت بخش زایمان 7. کارشناس هوشبری اتاق عمل زنان 8. ماما/پرستار مسئول بیمار

*اعضای گروه کد 33 (جهت احیا نوزاد)

1. رهبر تیم : متخصص نوزادان/رزیدنت اطفال 2 سوپروایزر وقت 3. مسئول شیفت بخش NICU . 4. کارشناس هوشبری اتاق عمل زنان 5.مسئول بخش / شیفت بلوک زایمان 6. ماما/پرستار مسئول بیمار

**** سایر اعضای تیم شامل :** نگهبان، تأسیسات میباشند که در محل حضور پیدا می کنند و کارشناس آزمایشگاه و مرکز تلفن در حالت آماده باش قرار می گیرند.

تقسیم کار و شرح وظایف پرستاران اورژانس در احیای بیماران در اتاق CPR

- 1) مسئول گروه کد (پزشک) :
 1. مسئولیت رهبری و هدایت عملیات احیاء
 2. درخواست تجویز داروها و انجام دفیبریلاسیون (در صورت لزوم)
 3. کنترل راه هوایی بیمار
 4. لوله گذاری داخل تراشه
 5. اعلام خاتمه کد
 6. تکمیل فرم CPR
- 2) **سوپروایزر اورژانس :**
 1. هماهنگ کننده مسئولیت ها و آرایش تیم
 2. هماهنگی جهت مرتفع ساختن نقایص حین عملیات احیاء (تجهیزات ، نیروی انسانی و ..)
 3. هماهنگی با تخصص های لازم جهت حضور حین عملیات احیاء در صورت لزوم
 4. هماهنگی با واحدهای پاراکلینیک در صورت لزوم (آزمایشگاه، بانک خون و ...)
 5. مسئول مستندسازی و ثبت لحظه به لحظه وقایع حین CPR (ثبت زمان اعلام کد ، زمان انجام شروع عملیات احیاء، همچنین تکمیل فرم نظارت بر عملکرد کد با اخذ امضا از کلیه اعضا حاضر در کد، اعلام و ثبت زمان شروع احیاء و زمان طی شده و تذکر در مورد مواقع لازم مثل دادن داروها و دفیلاتور)
 6. تأمین وسایل و تجهیزات و رفع نواقص
 7. مسئول درج گزارش عملیات احیاء در فرم احیاء.

8. تهیه گزارش کامل از عملیات احیاء (عملکرد ، نقاط قوت و نقایص) و گزارش به سوپروایزر مرکز

3) پرستار مسئول بیمار /پرستار اتاق احیاء :

1. اعلام کد داخلی اورژانس

2. مسئول شروع عملیات BLS به محض مشاهده ارست قلبی- تنفسی بیمار

3. انجام مانیتورینگ قلبی

4. مسئول آماده سازی وسایل جهت اینتوباسیون و دیگر تجهیزات مورد نیاز جهت انجام پروسیجرهای تهاجمی از جمله CVLine گذاری ، چست تیوب گذاری و ...

5. مسئول درج گزارش عملیات احیا در پرونده بیمار و ثبت لوازم و داروهای مصرفی برای بیمار.

4) کد مسؤولیت **A & B (air way & breathing)** : (پرستار تحت نظر زنان) مسؤول تنفس و برقراری راه هوایی بیمار می باشد، با شرح وظایف:

1. انجام ونتیلاسیون تا انتهای عملیات احیا

2. ساکشن ترشحات داخل دهان ، حلق و تراشه بیمار(در صورت لزوم)

3. تجویز دارو از طریق لوله تراشه براساس دستور پزشک

5) پرستار **C**: (پرستار تحت نظر مردان)مسؤول کنترل و برقراری گردش خون با شرح وظایف:

1. کنترل نبض بیمار

2. قرار دادن تخته ماساژ زیر بیمار

3. انجام ماساژ قلبی

4. توجه به مانیتورینگ بیمار در حین عملیات احیا

5. کمک در استفاده از دستگاه الکتروشوک طبق دستور پزشک

6) پرستار **D**: (پرستار **Fast track**):

1. گرفتن خط وریدی مناسب از بیمار به تعداد کافی و گرفتن نمونه های آزمایشگاهی و ABG

2. اجرای دستورات دارویی و مایع درمانی

3. کمک در ماساژ قلبی

4. آماده سازی و شارژ دستگاه الکتروشوک

آرنج و چینش پرسنل گروه کدهای احیاء - مرکز آموزشی درمانی نگوئی هدایتی فرقانی

پرستار اورژانس	پرستار ویژه	کارشناس هوشبری	پزشک	طبقه	بخش	
طبق برنامه اعلامی و در صورت دو کد همزمان و بیشتر نفر های بعدی توسط سوپروایزر فراخوان می شوند	طبق برنامه اعلامی {پرستار/هوشبری ماهر آقا، از یکی از بخش های ویژه (برای شیفت های شب از پرستاران CCU گذاشته نمی شود) و در صورت دو کد همزمان و بیشتر نفر های بعدی توسط سوپروایزر فراخوان می شوند}	اتاق عمل جنرال	متخصص بیهوشی مقیم ICU	همکف	CCU	۱
		اتاق عمل جنرال	متخصص طب اورژانس	همکف	اورژانس	۲
		اتاق عمل جنرال	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۱	ICU1	۳
		اتاق عمل جنرال	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۱	ICU2	۴
		اتاق عمل جنرال	متخصص بیهوشی مقیم اتاق عمل جنرال	۱	اتاق عمل جنرال	۵
		اتاق عمل زنان	متخصص / رزیدنت اطفال مقیم	۲	NICU	۶
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی برنامه اتاق عمل زنان - متخصص / رزیدنت اطفال مقیم - متخصص زنان	۲	بلوک زایمان	۷
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی برنامه اتاق عمل زنان - متخصص زنان	۲	تحت نظر زنان و زایمان	۸
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی برنامه اتاق عمل زنان - متخصص / رزیدنت اطفال مقیم - متخصص زنان	۲	اتاق عمل زنان	۹
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۳	جراحی مردان	۱۰
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۳	جراحی زنان	۱۱
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۴	داخلی	۱۲
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی مقیم ICU	۴	جراحی اعصاب	۱۳
		اتاق عمل زنان	متخصص / رزیدنت اطفال مقیم	۵	اطفال و نوزادان	۱۴
		اتاق عمل زنان	متخصص بیهوشی برنامه اتاق عمل زنان - متخصص / رزیدنت اطفال مقیم - متخصص زنان	۵	جراحی زنان و زایمان	۱۵
		اتاق عمل جنرال	پزشک عمومی مستقر در اورژانس		روانپزشکی مردان ۱	۱۶
		اتاق عمل جنرال	پزشک عمومی مستقر در اورژانس		روانپزشکی مردان ۲	۱۷
		اتاق عمل جنرال	پزشک عمومی مستقر در اورژانس		روانپزشکی زنان	۱۸
		اتاق عمل جنرال	پزشک عمومی مستقر در اورژانس		سوختگی	۱۹
		اتاق عمل جنرال	متخصص بیهوشی مقیم ICU		BICU	۲۰
		اتاق عمل جنرال	پزشک بیهوشی یا معالج حاضر در اتاق عمل (در صورت عدم حضور ایشان مسئولیت با پزشک عمومی مستقر در اورژانس می باشد)		اتاق عمل درمان ناباروری	۲۱
		اتاق عمل جنرال	پزشک مستقر در کلینیک مربوطه + پزشک عمومی اورژانس (در صورت حضور پزشک عمومی در کلینیک، مسئولیت با ایشان است)		کلینیک ویژه	۲۲

منابع:

1. American Heart Association Guidelines for 2020 Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al. Part 1: executive summary: Circulation. 2020;142(suppl 2):S72-S75.; Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
2. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency 2020 International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation. 2020;142(suppl 1):S72-S75.; 2020 Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.
3. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency 2020 International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation. 2020; In press.
4. Evidence-evaluation process and management of potential conflicts of interest: Morley P, Atkins D, Finn JM, et al. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1):S72-S75.; 2020 Recommendations.
5. American Heart Association 2020 Magid DJ, Aziz K, Cheng A, et al. Part 2: evidence evaluation and guidelines development: Circulation. 2020;142(suppl 2):S72-S75.; 2020 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
6. Sawyer KN, Camp-Rogers TR, Kotini-Shah P, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2020;141:e654-e685. doi: 10.1161/CIR.0000000000000747
7. Jeejeebhoy FM, Zelop CM, Lipman S, et al; for the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Cardiovascular Diseases in the Young, and Council on

Clinical Cardiology. Sudden cardiac arrest survivorship: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.

:1161/10 .1747-1773 :)18(132;2015

CIR.0000000000000300.

Berg RA, Sutton RM, Reeder RW, et al; for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development .8

Collaborative Pediatric Intensive Care Quality of Cardio-Pulmonary Resuscitation Investigators. Association between diastolic blood

.1784-1795 :)17(137;2018pressure during pediatric inhospital cardiopulmonary resuscitation and survival. *Circulation*.

Wilson N, Kariisa M, Seth P, Smith H IV, Davis NL. Drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2017-2018. *MMWR Morb* .9

mmwr.mm6911a4 /15585/10 .290-297 :)11(69;2020Mortal Wkly Rep.

Dezfulian, et al. Opioid-associated out-of-hospital cardiac arrest: distinctive clinical features and implications for healthcare and public .10

In press. :2020responses: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*.

Maron BJ, Udelson JE, Bonow RO, et al. Eligibility and disqualification recommendations for competitive athletes with cardiovascular .11

abnormalities: task force 3: hypertrophic cardiomyopathy, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy and other

cardiomyopathies, and myocarditis: a scientific statement from the American Heart Association and American College of Cardiology.

cir.0000000000000239 /1161/10e273-e280. doi: :22;2015Circulation.

Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS, Tierney DM, Mueller FO. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the .12

CIRCULATIONAHA.108.804617 /1161/10 .1085-1092 :)8(119;2009United States, 1980-2006. *Circulation*CIRCULATIONAHA.117.032270 /1161/10