

جزوه چهارم بخش های درمانی

1. عوامل خطر آفرین بیمارستان به ترتیب اولویت کدامند؟

- 1- قطعی HIS - 2- آتش سوزی 3- بحران آب 4- اکسیژن ساز و خرابی موتورخانه 5- هجوم بیمار 6 - امنیت فیزیکی
- 7- خرابی اسانسورها

2. آیا از نوع خاموش کننده های بخش، مکان و نحوه ی کار با آن آگاهی دارید؟

هر فرد باید از مکان، نوع و نحوه ی استفاده از خاموش کننده های دستی (کپسول های آتش نشانی) در بخش خود آگاهی داشته باشد.

1- کپسول های پودر و گاز:

با فشردن دسته اهرم، در عرض چند ثانیه پودر موجود در کپسول در اثر فشار زیاد گاز داخل تخلیه شده و بر سطح آتش نشست و سبب قطع رسیدن اکسیژن به آتش می گردد این کپسول ها دارای یک مانومتر نشان دهنده فشار گاز موجود در کپسول هستند. یکی از راه های کنترل سالم بودن این کپسول ها قرار داشتن عقربه در قسمت سبز مانومتر است. در صورتی که عقربه بر روی قسمت قرمز باشد، فشار گاز مناسب نبوده و کپسول نیاز به شارژ دارد.

2- کپسول CO₂:

این کپسول حاوی گاز دی اکسید کربن می باشد. زیرا این گاز بسیار سرد می باشد. تفاوت شکل ظاهری این کپسول با کپسول پودر و گاز در دو نکته است: 1- این نوع کپسول دارای یک قیف دهانه گشاد (شیپوری شکل) در خروجی به جای شیلنگ در نوع پودر و گاز است.

این کپسول فاقد مانومتر نشان دهنده فشار گاز است. این کپسول علاوه بر این که برای گروه های مختلف قابل استفاده است به طور خاص جهت اطفاء آتش سوزی های برق بسیار مناسب است.

روش استفاده از خاموش کننده ها:

- الف - این را بدانید که در مواجهه شدن با حریق اولین کار حفظ خونسردی، تمرکز حواس و سرعت عمل است.
- ب- کپسول را از محل اتصال آن به دیوار با کمی بالا بردن آن به صورتی که از داخل قلاب اتصال رها گردد، جدا نمایید.
- ج- ضامن نگهدارنده دسته کپسول که معمولاً به صورت حلقه ای است که یک طرف آن با سیم نازکی پلمپ شده و نشان دهنده عدم استفاده از کپسول است را خارج کنید تا عملکرد دسته امکان پذیر باشد.
- د- با یک دست زیر دسته اهرم قیچی مانند کپسول را گرفته و با دست دیگر باید سر شیلنگ را در کپسول پودر و گاز و یا دسته قیف خروجی را در کپسول CO₂ بگیرید.
- ه - به سمت بن یا ریشه آتش نشانه روید به صورتی که توجه داشته باشید همواره جریان باد یا هوا و شعله های آتش به سمت صورت شما نباشد. یعنی باید جریان باد به سمت پشت شما باشد. در فضا های بسته سعی کنید پشت شما به سمت راه خروجی باشد. نه اینکه آتش بین راه خروجی و شما قرار گیرد.
- و- فاصله مناسب با آتش را حفظ کنید. با فشردن دسته بالایی به سمت پایین، اهرم قیچی مانند کپسول عمل نموده و محتویات آن خارج می گردد. از انتها یا بن آتش شروع کرده و به سمت جلو و بالا حالت رفت و برگشت (مشابه جارو زدن) محتویات را روی آتش بپاشید تا خاموش گردد.
- ن - مطمئن شوید که آتش کاملاً خاموش شده است. کپسول را در جای خود قرار ندهید. حتماً برای شارژ مجدد ارسال کنید.

جزوه چهارم بخش های درمانی

خاموش کننده	نوع سوخت	نوع حریق
آب	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	A
پودر و گاز، CO2 و کف	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	B
پودر و گاز، CO2 و کف	گازهای مایع و مایعاتی که بر راحتی به گاز تبدیل می شوند (مثل گاز شهری)	C
پودرهای ویژه	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتانسیم)	D
CO2	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	E

3. آیا از مکان خروج اضطراری بخش خود و در صورت قفل بودن از مکان کلید آن آگاهی دارید؟

پله فرار هر بخش با علائم و راهنما مشخص شده اند. هر فردی باید از مکان ان آگاه باشد.

4. کد تخلیه در بیمارستان چند است و انواع تخلیه کدام هستند؟ این سوال بسیار مهم می باشد.

کد 100 مربوط به تخلیه بیمار در مواقع بحران و توسط فرمانده حادثه اعلام می گردد که به محض اعلام از طریق مخابرات، می بایست ابتدا کلیه کمکی های بخشها (بیماربر) و تیم آتش نشانی (در صورت بروز حادثه آتش سوزی) و انتظامات و خدمات با نظر فرمانده حادثه در محل اعلام شده حاضر شوند

دستور العمل مربوطه در پوشه بهبود - دستور العمل ها - اعتبار بخشی - مدیریت خطر و حوادث و بلایا - دستور العمل تخلیه بیمارستان قرار داده شده است.

سطوح تخلیه (افقی، عمودی، کامل):

تخلیه افقی: ساکنین یک طبقه به قسمتهای دیگری از همان طبقه منتقل می شوند
تخلیه عمودی: ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل می شوند.

تخلیه کامل: همه بخشها و بیماران و کارکنان باید بیمارستان را ترک نمایند و به محل امن تعیین شده منتقل شوند.

تعیین محل امن در زمان تخلیه

الف) سوپروایزر بنا به صلاحدید و با هماهنگی فرمانده حادثه در صورت آسیب دیدن هر کدام از ساختمان ها و نیاز به تخلیه یک ساختمان، نزدیکترین ساختمان را با چینش زیر انتخاب می نماید

ساختمان شماره 1	ساختمان شماره 2	ساختمان شماره 3
زیر زمین: نگهداری اجساد همکف: تریاژ طبقه اول: بستری مصدومان خواهران طبقه دوم: بستری مصدومان برادران طبقه سوم: استراحت پرسنل	همکف: تریاژ طبقه اول: بستری مصدومان خواهران طبقه دوم: بستری مصدومان برادران طبقه سوم: استراحت پرسنل	اورژانس: تریاژ همکف: بستری مصدومان خواهران طبقه اول: بستری مصدومان برادران طبقه دوم: استراحت پرسنل

وظایف مسئول بخش به منظور انجام فرآیند تخلیه در هنگام بروز حادثه:

- الف) مسیر خروجی تعیین شده است. مسیرهای خروجی با استفاده از تابلوهای شبرنگ در تمامی بخش ها مشخص شده اند و در تمامی اوقات باز و قابل دسترسی هستند .
- ب) افراد را براساس اولویت (کودکان ، مادران در سنین بارداری، افراد ناتوان و معلولین ذهنی و جسمی) جهت تخلیه راهنمایی کند
- پ) لیست حضور و غیاب کلیه بیماران را قبل و حین و بعد از حادثه داشته باشد

وظایف کمک پرستاران در هنگام اعلام کد 100 جهت تخلیه:

- الف) به محض شنیدن اعلام کد 100 از طریق مخابرات کلیه نیروهای کمکی حاضر در بیمارستان باید در اسرع وقت و بدون فوت وقت در محل اعلام شده حاضر شوند .
- ب) با دستور فرمانده حادثه و یا سوپروایزر کار انتقال بیماران را در کمال خونسردی و بدون فوت وقت به مکان امن انجام دهند.
- پ) نیروهای کمکی باید نهایت تعامل و همکاری را با کلیه عوامل قسمت حادثه دیده داشته باشند

وظایف نیروهای خدمات در هنگام اعلام کد 100 جهت تخلیه:

- الف) به محض شنیدن اعلام کد 100 از طریق مخابرات مسئول و کلیه نیروهای خدمات حاضر در بیمارستان باید در اسرع وقت و بدون فوت وقت در محل اعلام شده حاضر شوند
- ب) نیروهای خدمات وسایل و تجهیزات موجود در بخش حادثه دیده ، که ایجاد مزاحمت در انتقال بیمار می نمایند را در اسرع وقت جابجا کنند .
- ت) در صورت نیاز و با هماهنگی سوپروایزر ، نیروهای خدمات به پرسنل کمک پرستار و بیمار بر جهت انتقال بیماران کمک نمایند
- ث) پس از اتمام انتقال نسبت به نظافت محل حادثه اقدام نمایند .

5. تیم آتش نشانی متشکل از چه افرادی هستند و در صورت بروز آتش سوزی چه اقدامی باید انجام داد ؟

تیم های آتش نشانی :

- الف: تیم اطفاء حریق : پرسنل تاسیسات (تنظیم برنامه 24 ساعته جهت تیم اطفاء حریق)
 - ب: تیم امداد و نجات : مترون ، سوپروایزر ، پرستاران و کمک پرستاران
 - پ: تیم پاکسازی : پرسنل خدمات و تاسیسات (سرپرست تیم مسئول خدمات)
 - ت: تیم انتظامات : پرسنل انتظامات
 - ث : تیم رابطین آتش نشانی : رابطین آتش نشانی همه قسمت ها
- کد 125 مربوط به بروز آتش سوزی در بیمارستان، توسط اولین فردی که آتش سوزی را رویت نماید به مخابرات و سوپروایزر اطلاع رسانی می شود .
- هنگام فراخوانی کد 125 می بایست تیم آتش نشانی (که شامل تیم اطفاء حریق ، امداد و نجات ، پاکسازی و انتظامات و رابطین آتش نشانی بخش های مربوطه می باشد) بیمارستان در اسرع وقت در محل اعلام شده حاضر شوند.

6. روش اجرایی گزارش حوادث بیمارستان را بیان نمایید ؟

در صورت رخداد حوادث و شبه حوادث داخلی حداقل در حیطه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی ضمن اطلاع و گزارش به سوپروایزر، گزارش حادثه با استفاده از فرم گزارش حوادث به اطلاع قسمت ایمنی و اقدامات تامینی می رسد /

✓ روش اجرایی مربوطه در پوشه بهبود - دستورالعمل ها - اعتبار بخشی - مدیریت خطر و حوادث و بلایا - روش اجرایی گزارش حوادث موقعیت آفرین موجود است .

7. نحوه فعال شدن تیم بحران در بیمارستان چگونه است ؟

1. ابتدا بحران به سوپروایزر اطلاع رسانی می شود ، ارشد بیمارستان(سوپروایزر) وقوع حادثه را به فرمانده اطلاع می دهد تا رسیدن فرمانده مدیریت بحران با سوپروایزر میباشد.
2. فرمانده حادثه بنا به صلاحدید به مسئول شیفت مخابرات دستور فراخوانی را از طریق وسایل ارتباطی(تلفن همراه یا ثابت و...) ابلاغ می نماید.
3. مسئول شیفت مخابرات، مسئولین سطح یک نمودار مدیریت بحران رافراخوانی می نماید(درصورت عدم دسترسی به مسئولین سطح یک، جانشین آنها فراخوانی خواهند شد).
4. درصورت نیاز طبق تشخیص مدیریت بحران، مسئولین سطح یک، زیرمجموعه خود(سطح دونمودار مدیریت بحران) را به صورت آشناری فراخوانی می نمایند.
5. درصورت صلاحدید مسئولین سطح یک، سطح سه نمودار مدیریت بحران به صورت آشناری فراخوانی می گردند.
6. افراد فراخوان شده در هر یک از سطوح چارت بحران ضمن اجرای دستورات فرمانده بحران نسبت به شرح وظایف خود اهتمام می ورزند.
7. فرمانده حادثه ودرغیاب ایشان ،جانشین وی پس ازتشخیص عادی شدن شرایط خاتمه بحران را اعلام می نماید.
8. پس از اعلام خاتمه بحران جلسه ای برای پیشگیری ازوقوع حوادث مشابه و تحلیل واستخراج نقاط قوت و ضعف در اتاق مدیریت بحران برگزار میگردد.

سطح 1: حفاظت اطلاعات، امداد و عملیات، ایمنی و اقدامات تامینی و حراست، مستند سازی (فرهنگی)، پشتیبانی، مدیریت درمان، عملیات پرستاری ، فاوا، مهندسی پزشکی، اورژانس، نیروی انسانی،تاسیسات

سطح 2: نمایندگی ولی فقیه،بازرسی، بهداشت، اتاق عمل، دارویی، بیمارستان سیار، اطلاعات سلامت، ترابری، انبار و خدمات

سطح 3: برنامه و بودجه، مالی، کارگزینی، ایثارگران، بایگانی پزشکی، رادیولوژی، سترون، بخش CCU، بخش ICU، آزمایشگاه

8. حوادث قابل گزارش از طرف بیمارستان به ستاد هدایت عملیات دانشگاه جهت فعال نمودن سامانه هشدار سریع

کدام هستند ؟

1. حوادث ترافیکی با بیش از 5 نفر مصدوم یا 3 نفر فوتی؛
2. مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده نشانه های بیماری مشابه در بیش از یک نفر؛
3. مشاهده علائمی از هرگونه همه گیری مانند اپیدمی و آندمی؛
4. وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت؛
5. سقوط بهمین، سیل، طغیان رودخانه و توفان؛

جزوه چهارم بخش های درمانی

6. مسمومیت با گازها به صورت گروهی؛
7. بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتشزا و خطرناک؛
8. حوادث تروریستی؛
9. هرگونه نشست سیاسی، شورش، تحصن و تجمع های بیش از هزار نفر، مانند وقایع ورزشی؛
10. هرگونه رویداد هوایی، مانند سقوط هواپیما و بالگرد؛
11. تمام بحرانهای داخلی بیمارستانها؛
12. هرگونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمانهای همکار یا پشتیبان.

9. حوادث داخلی بیمارستان که لازم است کارکنان به سوپروایزر اطلاع رسانی نمایند کدام است ؟

- 1- قطعی HIS، سقوط آسانسور، هجوم و ازدحام بیمار، اختلال در امنیت فیزیکی، انفجار موتورخانه
- 2- نقص تاسیسات و تجهیزات و سازه های بیمارستان، به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره ای را در پی داشته باشد؛
- 3- مسمومیت یا مصدومیت گروهی از کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود؛
- 4- شیوع بیماری عفونی در بیماران و کارکنان بیمارستان، به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود؛
- 5- حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف؛
- 6- وقوع مخاطرات غیرطبیعی، مانند آتش سوزی، آلودگی های شیمیایی و...؛
- 7- مشاهده نوعی از بیماری که برای پیشگیری از شیوع، نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی دارد؛
- 8- نافرمانی دسته جمعی بیماران یا کارکنان، مانند تحصن و تجمع بیشتر بیماران یا کارکنان؛
- 9- پخش هرگونه شایعه که وضعیت بیمارستان را از حالت عادی خارج سازد.

10. مناطق امن بیمارستان کدام هستند ؟

- الف) طبقه دوم ساختمان پروژه
ب) حیاط بیمارستان کنار حوض
ج) حیاط آشپزخانه بارانداز

منابع معتبر جهت اطلاع رسانی اخبار و وقایع در بیمارستان :

الف : منابع خبری معتبر در خارج از بیمارستان	ب : منابع خبری معتبر برای سامانه هشدار اولیه در داخل بیمارستان
1- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	1- ریاست بیمارستان
2- اورژانس شهر	2- مدیر بیمارستان
3- ستاد بحران استانداری	3- مدیر پرستاری
4- قرارگاه سید الشهداء (ع)	4- سوپروایزر های بالینی
5- قرارگاه امام علی (ع) سپاه	5- مسولین بخش ها و واحدها
6- بهداری نیروی زمینی سپاه	

سنجه ی مراقبت حاد و اورژانس :

جزوه چهارم بخش های درمانی

11. مراقبت و درمان از بیماران در انتظار بخش ویژه چگونه انجام می شود؟

- حتی الامکان از پرسنل آموزش دیده در شیفت های مختلف استفاده شود.
- سالانه جهت توانمندسازی سایر پرسنل به نحوی که به ساختار نیرویی بخش های ویژه آسیبی نرسد جابجایی پرسنل با هماهنگی مسئولین بخش های عمومی و ویژه انجام می شود .
- بیماران بدحال بخش ها توسط سوپروایزرها در شیفت های مختلف شناسایی و در دفتر گزارش سوپروایزرها ثبت می گردد و نظارت بر مراقبت این بیماران انجام می شود .
- اکثر سوپروایزرهای بالینی سابقه کار در بخش های ویژه را داشته و در صورت نیاز می توانند نظارت بر مراقبت بالینی بیماران بدحال در بخش های عمومی را برعهده بگیرند.
- پزشک بیهوشی و معالج روزانه و در صورت نیاز در فواصل کوتاه تر بیماران بدحال را ویزیت می نمایند.
- پزشک بخش در صورت نیاز بیماران بدحال را ویزیت می کنند.
- مهندسی پزشکی بیمارستان جهت توانمندسازی پرسنل طبق برنامه مسوولین بخش هارا در زمینه تجهیزات پزشکی آموزش می دهد که این آموزش ها به صورت آبخاری به سایر پرسنل منتقل گردد
- تهیه و تامین تجهیزات مورد نیاز بیمار (ونتیلاتور - مانیتورینگ و...) در بخش های عمومی در صورت نیاز با هماهنگی سوپروایزر انجام میگردد.

12. در صورت اعلام کد احیاء چه اقدامی انجام می شود؟

نفرات A و B طبق برنامه بیهوشی اتاق عمل و نفرات D و C از بخش مربوطه جهت انجام عملیات احیا به سرعت حاضر می شوند . مسوولیت رهبری و هدایت عملیات احیا با پزشک حاضر در عملیات احیا می باشد.

پرستار C باید ماساژ را ادامه دهد و بیمار را به مانیتور DC شوک وصل کند. پرستار A باید راه هوایی پیشرفته را برقرار کند هر 6 ثانیه یک بار بیمار را ونتیله کند و 20 دقیقه بعد از اینتوبه از کاپنوگرافی (اندازه گیری CO2 بازدمی) جهت تصمیم گیری برای ختم عملیات احیا استفاده کند. (کاهش CO2 بازدمی احتمال بقای پایین می باشد). باید از حداکثر اکسیژن برای بیمار استفاده کند و بعد از برگشت خودبخودی ، جریان خون ، اکسیژن را بتدریج کم کند و اکسیژن خون را تا 94٪ حفظ کند. اگر ریتم قابل شوک نباشد (PEA) ، CPR را به مدت 2 دقیقه ادامه می دهد. اگر ریتم قابل شوک باشد طبق دستور پزشک و با اعلام آمادگی به میزان دستور داده شده توسط پزشک شوک بدهد و CPR را به مدت 2 دقیقه ادامه دهد. پرستار D مسئول برقراری IV لاین از بیماران و طبق دستور پزشک هر 3 تا 5 دقیقه اپی نفرین استفاده کند. پرستار C باید مجدداً ریتم قلب بیمار را بررسی کند اگر ریتم قابل شوک باشد یک شوک بدهد و CPR را به مدت 2 دقیقه ادامه دهد. پرستار D باید طبق دستور پزشک از آمبودارون و در فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض از لیدوکائین استفاده کند. پزشک باید با استفاده از کاپنوگرافی تصمیم گیری جهت ختم عملیات احیا را انجام دهد و مسوولیت اعلام ختم CPR (در صورت موفق یا نا موفق بودن) به عهده پزشک تیم احیا می باشد..

در صورت وجود علائم گردش خون خود به خودی مراقبت پس از احیای قلبی مدیریت راه هوایی ، مدیریت پارامترهای تنفسی ، مدیریت دما و سایر اقدامات اورژانسی و ریکاوری بیمار را در نظر داشته باشید .

سوپروایزر باید در صورتیکه احیا موفقیت آمیز بود نسبت به رزرو تخت ICU اقدام کند.

نکته : ترالی احیاء کامل در هر شیفت چک می شود در صورت کمبود دارو در ترالی شیفت قبل موظف به تکمیل ترالی احیاء می باشد. چیدمان ترالی بر اساس آخرین دستورالعمل کشوری (نسخه هشتم) می باشد. ترالی در دسترس می باشد و ظرف مدت کمتر از یک دقیقه امکان دسترسی به آن فراهم می باشد.

راهنمای بالینی احیای قلبی ریوی در بخش نصب می باشد ، اطلاع و آگاهی کارکنان از آن.

جزوه چهارم بخش های درمانی

13. در صورت بدحال شدن بیمار چه اقداماتی انجام می شود؟ (خط مشی شناسایی به موقع و رسیدگی به بیمار بدحال و اورژانسی در بخش ها را بیان نمایید)

بیماران اورژانسی : بیماران بدحالی هستند که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و نیازه ارائه مراقبت های فوری جهت پایداری و خروج آن ها از شرایط بحرانی دارند.

- سرپرستار بخش و در صورت عدم حضور وی مسوول شیفت در صورت مشاهده بروز وضعیت اورژانسی طبق لیست بیماران اورژانسی سریعاً به پزشک بخش/مقیم و سوپروایزر وقت اطلاع می دهد.
- پرستار مسوول بیمار در صورت مشاهده علائم ایست قلبی و تنفسی اقدامات مربوط به عملیات احیا را انجام می دهد. در صورت بروز مورد اورژانسی دیگری غیر از ایست قلبی تنفسی ضمن انجام اقدامات فوری درخواست کمک می نماید. پزشک فراخوان شده سریعاً بر بالین بیمار حاضر می شود و دستورات لازم را می دهد.
- پزشک فراخوان شده با پزشک معالج تماس می گیرد و شرح حال بیمار را اطلاع می دهد در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج ، با آنکال تماس می گیرد و دستورات ایشان را اجرا می نماید پزشک معالج/ آنکال در صورتی که نیاز به انجام مشاوره با پزشک دیگری باشد برگ درخواست مشاوره را تکمیل و اورژانسی بودن آن را مشخص می نماید
- مسوول شیفت بلافاصله به سوپروایزر جهت انجام مشاوره اطلاع می دهد.
- سوپروایزر با پزشک مشاور تماس گرفته و مشاوره اورژانسی را اطلاع و به پرستار زمان تماس با پزشک را اطلاع می دهد پزشک مشاور بیهوشی و قلب بلافاصله و سایر آنکال ها حداکثر تا 30 دقیقه بر بالین بیمار حاضر می شوند
- مسوولیت بیمار و تمامی اقداماتی که برای وی انجام می شود با پزشک معالج بیمار می باشد. پرستار تمامی اقدامات درمانی و مراقبتی را با

اطلاع و

هماهنگی

معالج اجرا

نماید. پرستار

گزارش

پرستاری

تماس با

را ثبت می

ردیف	گروه پزشکی	بیماری های اورژانسی
1	جراحی مغز و اعصاب	هر نوع خونریزی مغزی - ضربه مغزی - تومور مغزی همراه کاهش سطح هوشیاری - هیدروسفالی - آسیب نخاعی به علت شکستگی مهره ها
2	جراحی کلیه و مجاری ادراری	تورشن بیضه
3	ارتوپدی	در رفتگی مفاصل - زخم های نافذ اندام - شکستگی های باز - مولتیبل تروما
4	قلب و عروق	دایسکشن آنورت - تامپوناد - آریتمی ها - اختلالات درجه مصنوعی - ACS/UA-NSTE MI-STE MI بیماران
5	گوش، حلق و بینی	انسداد راه هوایی - عفونت های عمقی گردن - توده های گلویت و سوپرا گلویت - خونریزی شدید بینی
6	جراحی عمومی	زخمهای نافذ خونریزی دهنده - سقوط از ارتفاع - سوختگی شدید - دسترس حاد تنفسی ثانویه - خونریزی های شدید منجر به شوک - آمبولی شریانی - آسیب های عروق
7	زنان و زایمان	حاملگی - خونریزی های دوران بارداری - مشکلات قلبی در بارداری - کاهش و یا نداشتن حرکات جنین - تب و لرز حاملگی - ترومبوسیتوپنی - ترومای بارداری - زجر جنین - پره ترم لیبر PROM-PIH-فسردگی شدید حاملگی -
8	اطفال	بیماری های ویروسی مانند آنفلوآنزا - اختلالات شدید تنفسی - مسمومیتها - کم آبی DKA شدید -
9	بیهوشی	راه هوایی مشکل - همودینامیک ناپایدار - خونریزی شدید حین عمل - حساسیت شدید دارویی - اختلالات آب و الکترولیت
10	داخلی مغز و اعصاب	انواع استروک ها - تشنج - سردرد شدید حاد - پلی نوروپاتی های حاد (گیلان باره) - حملات حاد میاستنی گراد - کریز میاستنی - سرگیجه های حاد خصوصاً در افراد مسن - S.A.H
11	جراحی قلب و عروق	حاد زیر شش ساعت - دایسکشن MI - دایسکشن آنورت - ترومبوز درجه -
12	NICU نوزادان و	- تشنج RDS آپنه - سیالوز - پنوموتوراکس - هیپوگلیسمی -

14. کد 724 چیست؟ کد سکتة مغزی

درمان در بیماران با سکتة حاد مغزی را می گویند. در صورت وجود علائم FAST یعنی بیمار بصورت علائم سه گانه فلج ناگهانی در صورت، اختلال در گفتار، ضعف یکطرفه اندام در زمان طلایی کمتر از 3 ساعت. ، بلافاصله پس از پذیرش بیمار و انجام سی تی اسکن بیمار ، در صورت تایید پزشک نورولوژیست داروی آلتپلاز تزریق می شود. (حداکثر تا 30 دقیقه بعد از تشخیص ایسکمیک بودن باید شروع شود).

15. کد 247 چیست؟

کد سکتة قلبی : بلافاصله پس از پذیرش بیمار با CHEST PAIN و انجام EKG بیمار در صورت تشخیص سکتة قلبی به آنژیوگرافی منتقل می شود

16. تیم فوریت مامایی چیست و مادران پرخطر چگونه شناسایی می شوند؟

تیم دیده بان به کارکنانی گفته می شود که مادران نیازمند مراقبت ویژه (پر خطر، نزدیک به مرگ) را شناسایی و گزارش می کنند. کارشناس رابط سلامت مادران (مادر نیازمند به توجه ویژه) خانم نبی سوپروایزر مامایی می باشند. در صورت وجود مادر نیازمند مراقبت ویژه (پر خطر) در بخش در اسرع وقت به کارشناس رابط سلامت مادران اطلاع داده و سوپروایزر جهت تشکیل تیم فوریت مامایی اقدام می نماید. کد فوریت مامایی کد 55 می باشد. در صورت شلوعی بخش و وجود مادران در انتظار تریاژ، مامای واحد تریاژ در بازه زمانی مشخص مجدد بیماران را بررسی و تریاژ نماید و در صورت تغییر سطح تریاژ جدید گذاشته شود. مادران سطح 1 و 2 بلافاصله توسط پزشک زنان در اورژانس ویزیت می شود و در صورت قرار داشتن در سطوح 3 و یا 4 توسط پرستار به بخش زایشگاه انتقال داده شده و در صورت ترخیص از سرویس زنان جهت ادامه درمان به اورژانس مربوطه انتقال می یابد.

17. اعضای تیم فوریت های مامایی چه کسانی می باشند :

متخصص زنان ، متخصص / تکنسین بیهوشی ، سوپروایزر بالینی ، پرستار / مامای مسوول بیمار ، مسوول شیفت/ بخش ، پرستار / مامای دوم و سوم ، رابط آزمایشگاه

18. رابط سلامت مادران (رابط مادران نیازمند توجه ویژه) چه کسی می باشد؟ خانم نبی سوپروایزر مامایی بیمارستان

19. برای ارتقا سلامت بیماران در بیمارستان و بخش چه اقداماتی انجام می دهید ؟

علاوه بر ارائه آموزش های خودمراقبتی ، پمفلت به بیماران داده می شود پوسترهایی در سطح بیمارستان در راستای افزایش آگاهی بیماران نصب شده است . همچنین آموزش های متفرقه و تکمیلی در سایت بیمارستان و کانال بیمارستان در ایستا و سروش قرار داده می شود . کلاس های گروهی آموزش به بیمار ، برگزاری ایستگاه سلامت ، و پخش کلیپ های آموزش به بیمار از تلویزیونهای آموزشی از دیگر فعالیت ها می باشد

20. روش اجرایی گزارش عوارض ناخواسته خون را توضیح دهید .

عوارض و نشانه های حساسیت به خون در بیماران : هر نوع نشانه یا علامت ناخواسته یا نامساعدی که در حین و یا به فاصله 24 ساعت از انتقال یک واحد خون یا فرآورده رخ می دهد ناشی از تزریق خون است مگر خلاف آن ثابت شود.

عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران هوشیار:

- علائم عمومی: تب - درد عضلانی - درد کمر - لرز - سردرد - درد قفسه سینه - احساس گرما در محل تزریق یا در حوالی

جزوه چهارم بخش های درمانی

- علائم سیستم عصبی: گزگز اندامها
- علائم سیستم تنفسی: تاکی پنه - آپنه - تنگی نفس - سرفه - ویز
- علائم قلبی-عروقی: تغییرات ضربان قلب (تاکیکاردی و برادیکاردی) - افت فشار خون و یا افزایش فشارخون
- علائم جلدی: راش - کهیر - خارش
- علائم گوارشی: تهوع - استفراغ - کرامپ شکمی - اسهال خونی
- علائم کلیوی: تغییر در حجم ادرار (الیگوری - آنوری) - تغییر در رنگ ادرار

عوارض حاد مرتبط با تزریق خون در بیماران غیرهوشیار:

- نبض ضعیف - افزایش خونریزی در محل جراحی - تغییر رنگ ادرار - تب - تاکیکاردی - برادیکاردی - افت یا افزایش فشارخون - الیگوری - آنوری

شیوه انجام کار:

1. پرستار در صورت مشاهده عوارض ناخواسته حین تزریق و حتی تا 24 ساعت بعد از تزریق، ضمن قطع تزریق خون و مطلع نمودن پزشک (معالج-مقیم - ارشد هموویزیلانس) طبق جدول « راهنمای سریع تشخیص عوارض انتقال خون» اقدامات زیر را طبق دستور پزشک انجام می دهد:
 - پس از قطع تزریق خون، ست تزریق را تعویض و راه وریدی را با تزریق نرمال سالین باز نگاه می دارد.
 - علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می نماید
 - راه هوایی را برقرار و اکسیژن را با غلظت بالا توسط ماسک به بیمار تجویز می کند.
 - در صورت نیاز طبق دستور پزشک از داروهای دیورتیک (فوروزماید IV: 1mg/kg) استفاده می نماید.
 - یک نمونه از خون بیمار را برای بررسی (شمارش کامل سلول، غربالگری آزمایشات انعقادی، تستهای آنتی گلوبولین مستقیم، اوره، کراتینین، الکترولیتها و همولیز) ارسال می کند.
 - نمونه ادرار بیمار را برای انجام تستهای هموگلوبینوری به بانک خون ارسال می کند.
 - واحد خون و ست تزریق را برای کنترل گروه خونی و آزمایشهای ناسازگاری به بانک خون ارسال می نماید
 - فرم واکنشهای ناخواسته انتقال خون را تکمیل و به **دفتر پرستاری** ارسال می نماید.
 - تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار را در پرونده ثبت می نماید.
2. پزشک (معالج-مقیم - ارشد هموویزیلانس) با حضور بر بالین بیمار وضعیت وی را بررسی و اقدامات تشخیصی و درمانی لازم را در پرونده بیمار ثبت می کند.
3. پزشک هموویزیلانس فرم واکنش های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی را تکمیل و تایید (مهر و امضا) می کند.
4. پرستار فرم واکنشهای ناخواسته انتقال خون را در صورت عدم تکمیل توسط پزشک به **دفتر پرستاری** جهت بررسی ارسال می نماید.
5. دفتر پرستاری فرم ها پس از تکمیل به بانک خون بیمارستان ارسال می نماید.

جزوه چهارم بخش های درمانی