

1) بیماران بستری مجدد چه بیماری می باشند و چونه در سیستم مشخص می شوند؟

منظور از بستری مجدد، بستری ناخواسته ی بیمار بدون برنامه ریزی قبلی به هر علت در طی یک ماه بعد از آخرین ترخیص می باشد.

در صورت بستری مجدد بیماران در بازه زمانی یکماه پس از بستری قبلی؛ اسامی این بیمار در سیستم HIS قرمز می شود. با کلیک بر روی نام این بیمار با فشردن دکمه ی F1 و سپس مشخص نمودن بازه زمانی یکماه قبل، سوابق بستری بیمار قابل مشاهده است. سپس با مصاحبه با بیمار علت مراجعه و بستری ماه قبل بیمار را مشخص می کنیم. در صورتی که بستری اکنون بیمار در ارتباط با بستری قبلی وی نبوده (مثلا بیمار قبلا با ACS بستری بوده است و اکنون جهت آپاندکتومی مراجعه کرده است) و یا بیمار با برنامه ریزی قبلی مجدد مراجعه کرده (عمل TUL داشته است اکنون جهت خروج DJ مراجعه کرده است)؛ این بیماران شامل بستری مجدد نمی باشند. با فشردن کلید F2 پنجره ای باز می شود، آیا نیاز به بررسی ایمنی پرونده می باشد؟ با فشردن کلید خیر پرونده بیمار از دور بستری مجدد خارج می شود. اما اگر بیمار بدنال مشکلات بستری قبلی و یا عدم تکمیل درمان در بستری قبلی و یا عوارض حاصل از آن بستری شده باشدو با فشردن کلید بلی اسم بیمار جهت بررسی پرونده از طریق بستری مجدد فراهم میشود.

2) بازدید مدیریتی ایمنی بیمار (Walk-Round) چیست؟

برنامه آن بصورت سالیانه و در هر هفته برای یک روز تنظیم می شود. برنامه بازدید از بخش ها از قبل مشخص و به بخش ها ابلاغ می شود. برنامه در فرم زرد رنگ در بخش ها نصب می باشد. رئیس جلسه همراه با مدیر پرستاری، مدیر بهبود کیفیت، کارشناس ایمنی و... در نشستی دو ستانه حول محور ایمنی بیمار صحبت می کنند و مشکلات مربوط به آن مطرح شده و در ارتباط با آن مصوبه تصویب می شود. هدف آن ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان مبنی بر عدم سرزنش در ارتباط با گزارش خطاهای اختیاری، افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی وسایراتفاقات ناخواسته، کاهش وقوع اتفاقات ایمنی بیمار، اجرای مداخلات اصلاحی به منظور ارتقا ایمنی بیمار می باشد.

3) آیا از نتایج بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار اطلاع دارید؟

بله، نتایج آن تحت عنوان بازخورد بازدید مدیریتی در قالب نامه به افراد شرکت کننده در جلسه (کارکنان بخش مربوطه) ارسال می شود. (تمامی کارکنان باید از مصوبات آخرین بازدید اطلاع داشته باشند). همچنین صورجلسه ی بازدید مدیریتی ایمنی بیمار جهت اطلاع کلیه ی کارکنان ضمن ارسال به بخش در پوشه ی بهبود، پوشه ی ایمنی، پوشه ی بازبیدهای مدیریتی ایمنی بیمار قرار داده می شود.

4) مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و آنکال وقایع ناخواسته چه کسانی می باشند؟

دکتر سیدرضا مرتضویان: مسئول ایمنی بیمار
دکتر سید رضا مرتضویان: آنکال وقایع ناخواسته ی ایمنی بیمار
پریسا کرمی: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

5) وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات چیست و چگونه گزارش می شوند؟

✓ **وقایع ناخواسته:** به اتفاقاتی گفته می شود که غیر قابل پیش بینی بوده، به نحوی که تو سط بیمار ستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث صدمه به بیمار می گردد و شامل موارد 29 گانه وقایع تهدید کننده حیات می باشد:

1. انجام عمل جراحی اشتباه روی عضو سالم
2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه بر روی بیمار دیگر
3. انجام جراحی با روش و رویه اشتباه روی بیمار
4. باقی گذاشتن جسم خارجی (device) در بدن بیمار پس از جراحی

5. مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی (بیماران کلاس یک ASA)
6. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
7. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده میکروبی
8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای الوده (مثل: وصل دستگاه دیالیز HBSAg آنی ژن مثبت به بیمار HBSAg آنتی ژن منفی)
9. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی
11. فرار یا مفقود شدن بیمار که بیش از 4 ساعت طول بکشد. در بیماران بستری که نیازمند مراقبت امن و سطح بالای تحت نظر می باشند مانند دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی می باشد. کد 12. خودکشی یا تلاش برای خودکشی در مرکز درمانی
13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار ناشی از خطاهای دارویی (نوع دارو، دوز دارو، آماده سازی دارو، زمان دارو دهی، موارد ثبت دارو و...)
14. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار ناشی از واکنش همولیتیک به علت تجویز خون و فرآورده های خونی ناهمگون ناسازگار
15. مرگ یا عارضه مادر ناشی از سزارین یا زایمان طبیعی
16. مرگ یا ناتوانی جدی ناشی از هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار
18. کرن ایکتروس نوزاد به علت تعلل در درمان
19. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثلا به دنبال فیزیوتراپی)
20. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد
21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر ...)
22. سوختگی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل
23. مرگ یا ناتوانی جدی به علت اختلال در محافظ و نگهدارنده تخت (مثل گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ و...)
24. سقوط بیمار (سقوط بیمار که منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد)
25. موارد مرتبط با عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
26. هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار
27. ربوده شدن بیمار
28. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
29. مرگ یا عارضه نوزاد به دنبال زایمان طبیعی و یا زایمان سزارین.

*نیازمند گزارش فوری می باشد، لازم است فرم مربوطه (پوشه ی بهبود، پوشه ی فرم های، فرم های ایمنی، گزارش موارد 29 گانه) سریع تکمیل شود و در شیفت صبح سریعاً به کارشناس ایمنی و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر اطلاع داده و در شیفت صبح بعد به کارشناس ایمنی اطلاع داده می شود.

*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش آنی واقعه را از طریق پیامک یا پیام رسان داخلی به کارشناسان ایمنی معاونت درمان ارسال می نماید. (نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار، تاریخ پذیرش، تشخیص، پزشک معالج، نام بیمارستان و بخش بستری، کد حادثه، شرح مختصر واقعه، اقدامات انجام شده، وضعیت فعلی بیمار در این گزارش قید می گردد.)

*کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بایستی تا 24 ساعت بعد از گزارش آنی فرم اولیه را نیز تکمیل نموده و از طریق ایمیل به معاونت درمان ارسال نماید (نام بیمارستان، نام بیمار و گزارش اولیه در فرم ثبت می گردد) و سپس تا دو هفته بعد RCA واقعه رخ داده را انجام و به معاونت درمان ارسال نماید.

* سوپروایزر تمامی شیفت ها، گزارش وقایع مهم اتفاق افتاده را، در پایان شیفت به اطلاع مسئول فنی (مدیر درمان بیمارستان) می رساند.

* در صورتی که اتفاقات مهم رخ داده منجر به پاسخگویی حقوقی به مراجع قانونی شود، آنکال وقایع ناخواسته که ریاست بیمارستان می باشد ضمن حضور در محل حادثه، بررسی دقیق و میدانی از موضوع به عمل می آورد.

6) خطاهای گزارش شده به چند روش جمع آوری و در اختیار پرسنل قرار داده می شود؟

شفاهی (داخلی 2404)، کتبی (فرم های گزارش خطا و انداختن در صندوق های ایمنی که تعبیه شده در لابی ها و فضاهای بیمارستان)، سایت بیمارستان www.bshse.ir/behbod/error/، سامانه غدیر (پس از ورود به سامانه ی غدیر با ورود به سامانه ی اعتباربخشی و در قسمت ورود اطلاعات، گزارش دهی خطا، می توانید گزارش خطای خود را ثبت و با زدن علامت save در بالای صفحه گزارش خود را ذخیره نمایید).

خطاهای گزارش شده در قالب جزوه درس آموزی از خطا هر 3 ماهه جمع آوری و در اختیار پرسنل قرار داده می شود. (بهبود- ایمنی بیمار- جزوه درس آموزی از خطا) علاوه بر آن خطاها تحلیل می شوند و با توجه به بالاترین آمار در هر حیطه، برنامه ریزی برای کاهش تکرار خطاها انجام می شود.

7) وقایع ناخواسته گزارش شده چگونه بررسی می شود؟

در ابتدا کارشناس ایمنی پس از اطلاع در محل وقوع حادثه مراجعه می کند؛ با بیمار، همراهان و پرسنل مصاحبه می شود. پرونده و ... بررسی می گردد. پس از تشکیل کمیته تمامی شواهد و اطلاعات بررسی می شود، علل آن شناسایی می شود و مصوباتی جهت حل مشکلات تصویب و اجرایی می شود.

8) خط مشی و روش مدیریت پیشگیرانه خطر چیست؟

سالانه خطرات احتمالی، توسط مسوولین بخشها با هم فکری کارکنان زیر مجموعه جمع آوری می شود. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، خطرات احتمالی را از سایر منابع شامل کمیته های بیمارستانی و بازدید های مدیریتی استخراج و اولویت بندی می کند. فهرست مخاطرات احتمالی را در جلسه تیم مشترک ایمنی و مدیریت و رهبری مطرح و ضمن تحلیل و الویت بندی خطرات، مداخلات اصلاحی جهت جلوگیری از بروز خطرات و کاهش اثر مخاطرات را در قالب برنامه عملیاتی ایمنی بیمار طراحی و تدوین می شود. برنامه عملیاتی را جهت اجرا به مسوولین و مجریان برنامه ابلاغ می نماید. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در صورت نیاز و بنا به تشخیص تیم ایمنی برای فرایندهای بالقوه خطر ساز FMEA انجام می دهد.

9) راه حل های ایمنی بیمار کدامند؟

- 1: توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- 2: ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- 3: انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- 4: کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- 5: اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- 6: اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- 7: استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات
- 8: بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

9: توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی Look-alike, Sound-alike Medication Names

حقوق گیرنده خدمت

10) نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی به چه صورت است؟

1. در بخش های بستری ساعات حضور پزشکان در درمانگاه و بخش ، آدرس و شماره تلفن مطب پزشکان در تابلوی اعلانات نصب و ماهانه برنامه ی درمانگاه به روز رسانی می شود .
2. برنامه ی حضور پزشکان در درمانگاه از طریق پیام ر سان ایتا به آدرس (SadooghiClinic/eitaa.com) و سایت بیمارستان به آدرس (bshse.ir) جهت اطلاع مراجعین به روز رسانی می گردد.
3. پزشک معالج باید روزانه بیمار را ویزیت نماید . در صورتی که نمی تواند بیمار را در روز های آینده ویزیت نماید در پرونده ثبت کند و بیمار را آگاه سازد و ویزیت توسط پزشک جانشین انجام شود ، در صورت درخواست بیمار مبنی بر دسترسی به پزشک معالج ، ارتباط تلفنی بیمار و پزشک توسط پرستار بیمار برقرار شود .
4. پرستار/مامای مسوول بیمار در تحویل شیفت خود را به بیمار معرفی و ، نحوه ی استفاده از زنگ احضار پرستار را به بیمار و همراه آموزش دهد.
5. در طول مراقبت و درمان بیمار در صورت درخواست بیمار/ ولی قانونی بیمار مبنی بر تماس با پزشک معالج/ سایر اعضای گروه پزشکی، پرستار یا ماما باید شخصا اقدام به تماس با پزشک معالج نموده و ارتباط بین بیمار یا همراه با پزشک معالج را برقرار کند.
6. در صورتی که پزشک معالج شماره تماس شخصی خود را در اختیار بیمار/ ولی قانونی قرار داده باشد پرستار/ ماما باید امکان برقراری تماس را فراهم نماید .
7. پرستار/ ماما باید هنگام ترخیص گیرنده خدمت مکان و زمان مراجعه ی بعدی را به وی آموزش دهد .

11) دستور العمل محدود و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو /پیجر شامل چه مواردی می باشد؟ (پوشه ی دستور العمل ها ،

پوشه ی اعتبار بخشی ، پوشه ی حقوق گیرنده خدمت)

1. استفاده از پیج محدود و تنها جهت موارد ضروری ، اورژانسی و یا مواردی که به دستور مدیریت یا براساس مصوبات کمیته ها نیازمند اطلاع رسانی باشد ،. زمان استفاده از بلندگو و پیجر در بیمارستان از ساعت 7 الی 20 شب می باشد ، پس از آن اطلاع رسانی های ضروری همچون کد احیا باید تنها از طریق تلفن صورت گیرد و در صورت نیاز به اطلاع رسانی های عمومی از ساعت 20 به بعد (از جمله آتش سوزی ، تخلیه ، و ..) پیج فقط به دستور سوپروایزر انجام شود .
2. مرکز مخابرات باید پس از اعلام بخش یا قسمت مربوطه کدهای تعریف شده اورژانسی مرکز را براساس جدول زیر پیج نماید .

پیج	عنوان
111	کد بحران (شرایط بحرانی)
125	آتش سوزی
99	احیای بزرگسال
100	تخلیه
گروه خونی بیماران نیازمند خون گرم	نیاز به خون گرم
110	کد انتظامات (نزاع و درگیری)
55	کد مادر باردار پرخطر
88	کد احیای نوزاد
44	کد فوریت های زیرساختی

3. مرکز مخابرات باید علاوه بر پیج کدهای ضروری مواردی که براساس مصوبات یا دستور ریاست اعلامی شود را نیز پیج نماید :

- مانند پخش دعای عهد صبح ها و حدیث کسا قبل از اذان ظهر و پخش اذان
- 4. پیچ کد 111 (شرایط بحرانی) باید در وقت اداری فقط به دستور ریاست و در وقت غیر اداری فقط به دستور سوپر وایزر انجام شود.
- 5. کار شنا سان مرکز مخابرات باید به صورت ماهانه با استفاده از چک لیست، سیستم اطلاع رسانی را در بخش ها و قسمت های مختلف بیمارستان کنترل و در صورت نیاز اصلاح نمایند. مسوول بخش ها و قسمت ها جهت تسریع در رفع خرابی پیچها، در صورت عدم پخش صوت های عمومی لازم است به مخابرات اطلاع رسانی نمایند.

12) روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران چگونه می باشد؟

(دستورالعمل مربوطه دستورالعمل ها، پوشه ی اعتبار بخشی حقوق گیرنده خدمت قرار داده شده است.)

الف) خبر فوت بیمار

در صورتی که بیمار بدحال و در حال احتضار باشد، مسوول بخش یا مسوول شیفت باید ضمن تماس با خانواده بیمار و ارائه شرح حال مختصری از بیمار از ایشان جهت حضور بر بالین بیمار وملاقات وی درخواست نماید.

بخش	فرد اطلاع دهنده خبر ناگوار
اورژانس	پزشک اورژانس به همراهان اطلاع رسانی نماید
بخش های ویژه در صورت عدم حضور همراه	مسوول بخش / مسوول شیفت باید بلافاصله با خانواده وی تماس گرفته و خبر فوت بیمار را به وی دهد و در صورت فوت بیمار بعد از ساعت 23 در پایان شیفت شب (صبح) با همراه بیمار تماس گرفته و خبر فوت بیمار را به وی ارائه دهد.
اتاق عمل	مسوول شیفت اتاق عمل
سایر بخش ها	مسوول شیفت / مسوول بخش وظیفه ی اطلاع رسانی خبر فوت به همراهان بیمار را به عهده دارد
در صورت فوت بیمار به صورت غیر منتظره یا فوت بیماران جوان که همراهان بیمار امید به بهبودی ایشان دارند، خبر فوت باید توسط مسوول شیفت به همراهان داده شود و در صورت نیاز به جزییات تخصصی، پزشک توضیحات لازم در مورد علت فوت ارائه می نماید.	

ب) خبر تشخیص بیماری سخت یا خبر ناخوشایند جهت بیمار

پزشک جهت ارائه اطلاعات باید با در نظر گرفتن میزان فهم، اطلاعات و شرایط روحی روانی بیمار، تصمیم گیری نموده و خبر را تنها در حضور بیمار، همراه وی یا در حضور هر دو بازگو نماید.

مسوول اطلاع رسانی خبر ناگوار باید موارد زیر را جهت اطلاع رسانی در نظر بگیرد:

- لازم است جهت اطلاع رسانی خبر ناگوار مکانی آرام و خلوت جدا از سایر بیماران انتخاب نماید آهسته، سنجیده و شفاف صحبت کند.
- اطلاعات را با زبان ساده و صادقانه ارائه دهد با نوع نگاه و حرکات بدنی، صمیمیت، همدردی، حمایت و اطمینان بخشی به بیمار نشان دهد. برای بیان خبر بد باید وقت کافی بگذارد اطلاعات را گام به گام ارائه دهد، هیجانات بیمار و خانواده اش را شناسایی کرده و نسبت به آن ها واکنش مناسب نشان دهد. کارکنان کادر درمانی باید در حضور همراه بیمار که خبر بدی دریافت نموده است، از شوخی، خنده و سایر رفتارهای غیر حرفه ای بپرهیزد.

خط مشی و روش " نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخوایسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین را بیان نماید.

13) در صورت بروز هر گونه خسارت برای بیمار از طرف بیمارستان، جبران آن به چه صورت می باشد؟

(پوشه ی بهبود، پوشه ی دستورالعمل ها، اعتبار بخشی، حقوق گیرنده خدمت)

- در صورت بروز وقایع ناخوایسته منجر به حادثه سرپرستار/ مسوول شیفت گزارش وقایع ناخوایسته را در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر اطلاع می دهد.

2. سوپروایزر / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش وقایع ناخواسته را ضمن اطلاع به انکال وقایع ناخواسته به مدیریت درمان و دبیر کمیته مربوطه (مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی مرگ و میر کودکان 1 الی 59 ماهه / مرگ و میر پره ناتال / مرگ و میر مادران / احیای نوزاد) جهت برگزاری کمیته اطلاع رسانی می کند

1. دبیر کمیته مربوطه اقدام به برگزاری کمیته فوری نموده و ضمن بررسی حادثه در کمیته، نوع خسارت وارد شده به بیمار را (خسارت روحی، جسمی، روانی و مالی) مشخص و موارد آسیبهای موقت، نیاز به بستری یا طولانی شدن بستری، آسیب دائمی به بیمار، نیاز به مداخله برای حفظ زندگی و موارد نقش داشتن در مرگ بیمار، در کمیته اخلاق بالینی مطرح می شود.

2. مسوول اطلاع رسانی به بیمار و خانواده در مورد حادثه پیش آمده شخصی است که نسبت به حادثه وقوف کامل پیدا کرده و با توجه به نوع حادثه پیش آمده مکان مناسب و افراد مناسب با حادثه پیش آمده را دفتر پرستاری (از مسوولین بخش ها و سوپروایزرها) جهت اطلاع رسانی به بیمار / خانواده و مراجعین انتخاب و ضمن تشریح کامل رخداد به صورت باز و شفاف اظهار پشیمانی / عذرخواهی توسط ایشان انجام می گردد و چارچوبهای لازم برای اطلاع رسانی شامل آمادگی، شروع مکالمه، بیان واقعیات، گوش دادن فعال، تایید آن چه بیان شده است را رعایت می نماید.

3. **مدیر درمان** انتظارات منطقی بیماران و همراهان وی را تشخیص و تصمیم گیری در کمیته اخلاق بالینی مطرح می گردد.

4. نتایج حاصل از مکالمه ها و گفتگوها به صورت مستند صورتجلسه می گردد.

5. در زمان بروز حادثه در گیر بروز حادثه ساعات اولیه امکان رویداد هر نوع رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز حادثه هستند با استی با بردباری و سعه صدر مسوولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه نموده و محرمانگی وقایع و رخدادهای حادث شده را حفظ نمایند.

6. سایر کارکنان محرمانگی وقایع و رخدادهای حادث شده را رعایت می نمایند.

7. کارشناس ایمنی بیمار پس از تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی روانی در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی، مواردی را که شامل آسیب های موقت، نیاز به بستری یا طولانی شدن بستری، آسیب دائمی به بیمار، نیاز به مداخله برای حفظ زندگی و موارد نقش داشتن در مرگ بیمار را در کمیته اخلاق بالینی مطرح می نماید.

8. اعضای کمیته اخلاق بالینی در خصوص نحوه جبران خسارت وارده، به صورت موردی تصمیم گیری می نمایند و موارد جبران خسارت را به قسمت مالی جهت پرداخت به بیمار و به مدیریت درمان جهت پیگیری اعلام می نمایند.

9. مسوولین مربوطه از کارکنان مربوطه منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از جمله حمایت های عاطفی بدون تخریب شخصیت و با حفظ جوانب محرمانگی وقایع رخ داده، پیگیری امورات کارکنان از طریق دفتر حقوقی بیمارستان و با بیمه مسوولیت مدنی حمایت می نماید.

10. سوپروایزر آموزشی در ارتباط با مهارت های ارتباطی کارکنان بالینی به خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه در زمان بروز آسیب به بیماران، حفظ خونسردی، گزارش وقایع در دقیقه صفر بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسوولین مرتبط و عدم پنهان کاری و برنامه ریزی می نماید

14) بیماران نیازمند حمایت های اجتماعی شامل چه گروه از بیماران می باشد؟

1. بیمارانی که تحت پوشش بیمه نیستند.

2. بیماران مجهول الهویه

3. افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلابان به ایدز، سو مصرف مواد، مادر باردار وابسته به مواد مخدر

4. مواردی که احتمال خشونت، خودکشی، آسیب و یا سوء استفاده مطرح است (مانند کودک، سالمند و همسر آزاری)

5. بیماران دارای ناتواناییها و معلولیت های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری) اختلالات روانی

6. بیماران اختلالات ذهنی و بیماران با اختلال هوشیاری بدون همراه، بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، زندانیان، افراد بیخانمان و کودکان بی سرپرست و بد سرپرست ...

7. بیماران تحت پوشش سازمان های حمایتی (مانند بهزیستی ، کمیته امداد امام خمینی ، خیریه ها)
8. بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، بیماران نیازمند به حمایت روانی و اجتماعی با شرایط فرهنگی ، اجتماعی و اقتصادی غیر متعارف.

بیماران نیازمند حمایت های اجتماعی که کارکنان موظفند در صورت وجود بیماران با چنین شرایطی از طریق سامانه HIS ثبت و به مددکار اطلاع رسانی نمایند : (پوشه ی بهبود، پوشه ی دستورالعمل ها، پوشه ی ابلاغیه داخلی می باشد)

15) نحوه عملکرد واحد مددکاری چگونه است ؟

مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود فرم های ارزیابی تخصصی و مدیریت مواردی را که از طریق HIS به ایشان معرفی شده اند و یا به روش های مختلف شناسایی نموده است، تکمیل کرده و در پرونده بالینی بیمار ثبت می نماید

- مددکار اجتماعی در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار می دهد. مددکار اجتماعی پرونده پزشکی بیمار را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند و اطلاعات مورد نیاز را از آنان کسب می نماید در صورت لزوم، جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمار، پیگیری های برون و درون سازمانی انجام میدهد مددکار اجتماعی بایستی پس از جمع آوری اطلاعات فرم هایی که به منظور ارزیابی وضعیت بیمار وجود دارد را تکمیل نموده و به عنوان مستندات در پرونده ی بیمار بایگانی کند

16) پیگیری پس از ترخیص بیماران نیازمند توسط مددکاری چگونه است ؟

کارشناس مددکاری روند درمانی / تشخیصی / توانبخشی بیماران دارای ناتوانایی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را پس از ترخیص از طریق تلفنی / حضوری پیگیری می نماید. همچنین پس از ارجاع بیماران بی خانمان یا بد سرپرست به مراجع حمایتی در بهزیستی و از انجام اقدامات تا مرحله اخذ خدمات توسط مددجو اطمینان حاصل می نماید.

17) نظر خواهی از سایر پزشکان به غیر از پزشک معالج در صورت درخواست بیمار چگونه است ؟ (تنها در صورت موافقت پزشک معالج انجام می شود)

- (مکان دستورالعمل : پوشه ی بهبود ، پوشه ی دستورالعمل ها ، پوشه ی اعتباربخشی پوشه ی حقوق گیرنده خدمت می باشد)
1. سرپرستار بخش باید درخواست بیمار را به اطلاع پزشک معالج وی رسانده و در صورت موافقت پزشک معالج مبنی بر نظر خواهی از پزشک دوم، به سوپروایزر جهت اطلاع و به بیمار جهت هماهنگی با پزشک مورد نظر اطلاع رسانی می نماید. (م سولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج می باشد لذا در صورت درخواست بیمار ، نظر خواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته است و در صورت تایید پزشک معالج دستورات وی قابل اجرا می باشد)
 2. مسولیت هماهنگی جهت حضور ، تامین و پرداخت هزینه پزشک دوم (پزشک شاغل در بیمارستان / یا پزشک شاغل در خارج از بیمارستان) به عهده ی خود بیمار می باشد .
 3. بیمار توسط پزشک مورد نظر ویزیت و دستورات لازم در پرونده وی ثبت می شود.
 4. سرپرستار بخش باید دستورات پزشک دوم را به اطلاع پزشک معالج رسانده و در صورت تایید وی دستورات اجرا گردد.
 5. در صورت عدم موافقت پزشک معالج با نظر خواهی از پزشک دیگر ، در صورتی که پزشک دوم در بیمارستان شاغل باشد بیمار می تواند با رضایت شخصی از سرویس پزشک خارج و در سرویس پزشک دوم قرار گیرد .

18) برخورد با بیمار در حال احتضار چگونه است ؟

((مکان دستورالعمل : پوشه ی بهبود ، پوشه ی دستورالعمل ها ، پوشه ی اعتباربخشی ، پوشه ی حقوق گیرنده خدمت می باشد)

- 1- بیمار را حتی الامکان در اتاق درمان ، اتاق دو تخته یا حداقل در فضای مجزا که با پرده یا پاراوان ایجاد می نماید، قرار دهد و محیطی آرام در حد شرایط بالینی بیمار و با رعایت قوانین و مقررات بیمارستان برای بیمار فراهم نماید.
- 2- پرستار جهت پاسخ گویی به نیازهای عاطفی بیمار و کاهش اضطراب او، ارتباط چهره به چهره با بیمار برقرار نمایند و در صورتیکه بیمار هوشیار باشد باید شرایطی فراهم کند که وی بتواند عقاید ، نظرات و احتیاجات خود را بیان کند و به سوالات بیمار پاسخ دهد .
- 3- کلیه اقدامات درمانی لازم و دستورات پزشک را بدون توجه به محتضر بودن بیمار انجام دهد. با توجه به دستورات پزشک ، درد بیمار را کنترل نماید .
- 4- بیمار در حال احتضار تنها نباشد و در صورتیکه بیمار هوشیار است از وی در مورد افرادی که مایل به دیدارشان می باشد سوال نماید .
- 5- سرپرستار باید اجازه دهد کسانی که می توانند احساس امید را در بیمار حفظ نموده و مورد درخواست بیمار هستند، از بیمار مراقبت نمایند.
- 6- جهت برقراری حمایت از سوی خانواده حتی الامکان به خانواده و اقوام درجه یک بیمار اجازه دهد بر بالین بیمار حضور یابند.
- 7- مسوول بخش باید با انتظامات هماهنگ کند که ورود و خروج همراهان با در نظر گرفتن رعایت آرامش و سکوت در بخش تسهیل شود.
- 8- سرپرستار بخش باید بنا به درخواست بیمار یا خانواده وی از روحانی مستقر در مرکز در صورت امکان و حضور ایشان در بیمارستان برای انجام اعمال مذهبی لازم دعوت نماید.

19) تسهیلات معنوی موجود در بخش شما برای بیماران چیست ؟

تامین امکانات لازم شامل قبله نما، توالی تیمم و امکانات برگزاری نماز از جمله سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن در اتاق بستری دسترسی به نماز خانه با امکانات لازم برای بیماران و همراهان / مراجعین در بیمارستان و اطلاع رسانی مناسب آن در سطح بیمارستان به صورت شبانه روزی برای همراهان / خانواده بیماران مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی به بیماران کم توان

20) در صورت نیاز بیمار به داروی خاصی که در بیمارستان موجود نباشد چه می کنید ؟

عدم ارجاع بیمار / همراه برای تهیه دارو، ملزومات و تجهیزات به خارج از بیمارستان وجود داروخانه مجهز در تمام ساعات شبانه روز در بیمارستان تدارک داروها و تجهیزات خاص از خارج از بیمارستان ، بدون نیاز به حضور دخالت بیمار با تماس با متصدی آنکال دارو و تجهیزات (آقای فقیه و آقای شیرعلی) جهت انجام اقدامات لازم در راستای تامین اقلام دارو و تجهیزات مورد نیاز بیمارستان با تعامل با سایر مراکز درمانی و یا داروخانه های معتبر سطح استان

21) در صورت نیاز بیمار به خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین توسط بیمارستان چه اقداماتی انجام می دهید ؟

به منظور ارائه خدمات پاراکلینیکی به صورت شبانه روزی و تامین خدمات پاراکلینیکی غیر قابل ارائه توسط بیمارستان با سایر مراکز تشخیصی قرارداد منعقد نموده اند .

فهرست خدمات غیر قابل ارائه در تصویربرداری (PET ، SPEA ، OCT)

آزمایشگاه (Anti GBM ، Aldestrone ، Anti gliadin IgA، Anti gliadin IgG ، Lupus Anticoagulant ، IHC پاتولوژی ، پاتولوژی فروزن سکشن،

دیالیز صفاقی ، اعزام در خصوص بیماران قلبی جهت پیس میکر های دایم ، ICD ، ABLAETION ، مشاوره های فوق تخصص اطفال ، همودیالیز بیماران HBSAg مثبت ، مشاوره تخصصی چشم پزشکی ، آنژیوگرافی مغز ، نوار عصب و عضله تخصصی

مسئول بخش / مسئول شیفت از مقصد پذیرش می نماید و هماهنگی های لازم را با رعایت طرح انطباق و تامین تجهیزات جهت انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پزشک یا پرستار با توجه به وضعیت بیمار انجام می دهد .

22) سیستم ارتباط پرستار با بیمار در بخش شما چگونه است ؟

سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار در راستای حفظ ایمنی بیمار است و فعال بودن آن و پاسخ پرستار به همه فراخوانهای بیمار اهمیت دارد و آموزش استفاده از سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار در زمان ورود به بخش به بیمار ارائه میشود و بیمار و همراهان از آن آگاهی دارند .

برای تمام تختها ، برای فضاهای بسته مانند اتاقهای تصویر برداری ، سرویسهای بهداشتی و حمام بیماران

23) ظروف توزیع غذای بیماران عفونی ، بخش های ویژه به چه صورت می باشد .

توزیع غذا در ظروف یکبار مصرف برای بخشهای ویژه، ایزوله عفونی بخشهای بستری و ایزوله اورژانس جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا توزیع غذای بیماران دیالیز، ایزوله عفونی، باید غذا توسط مسئول توزیع به مسئول بخش مربوطه تحویل داده شود و ورود متصدیان توزیع غذا به این بخشها مجاز نیست.

24) منشور حقوق بیمار شامل چه مواردی است ؟ محل نصب منشور در بخش کجا می باشد

نصب منشور حقوق بیمار در لابی، ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخشهای بستری و اورژانس به استثنای بخشهای ویژه بیمار حق دارد خدمات سلامت را به نحو مطلوب دریافت نماید.
بیمار حق دارد اطلاعات را به نحو مطلوب و میزان کافی دریافت نماید.
بیمار حق دارد در دریافت خدمات سلامت آزادانه انتخاب و تصمیم گیری نماید.
بیمار حق دارد از احترام به حریم خصوصی و رعایت اصل رازداری برخوردار شود .
بیمار حق دارد به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات دسترسی داشته باشد .

25) چه برنامه های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران برای شما برنامه ریزی و اجرا میشود؟

دوره مهارت های ارتباطی ، منشور حقوق بیمار ، اخلاق حرفه ای و... جهت کارکنان در تاریخ های متعدد برای کارکنان برگزار شده است هر کدام از کارکنان باید بدانند در کدام دوره و در چه تاریخی شرکت نموده اند .

26) چه اقداماتی در راستای رعایت حریم خصوصی بیمار و حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار انجام می شود؟

درج نام و نام خانوادگی بیمار ، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش ممنوع می باشد ، همچنین در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک / پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می شود نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس می باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.

27) چه افرادی حق دسترسی به اطلاعات بیمار را دارند ؟

کلیه ی اطلاعات بیمار محرمانه بوده و فقط رده های شغلی زیر مجاز به دسترسی به اطلاعات می باشند :
پزشک معالج ، پزشک مشاوره ، سایر پزشکان مقیم یا آنکال بیمارستان ، رئیس بیمارستان ، مسئول فنی ، مدیر پرستاری بیمارستان ، سرپرستار ، پرستار/ماما، سوپروایزر بالینی/آموزشی/کنترل عفونت، منشی بخش بالینی، متخصصان پاراکلینیک ، متخصص / کارشناس

ارشد/کارشناس تغذیه، کدگذاری، کارشناس مدارک پزشکی/مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت، واحد درآمد، واحد ترخیص، مقیم بیمه، داروساز بالینی، دبیر کمیته های بیمارستانی (اخلاق، مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، عفونت) مددکار و... دسترسی کامل به پرونده بیماران مربوطه

28) در صورتی که بیمار یا همراه وی درخواست افزایش رعایت حدود حریم خصوصی بیمار را داشته باشد چه اقداماتی انجام می دهید ؟

1. در صورت امکان بیمار را به اتاق با تخت کمتر یا اتاق خصوصی هدایت می نماید.
2. در صورت درخواست پوشش کامل تر و محفوظ تر و هرگونه درخواستی که نیاز به افزایش محدوده حریم خصوصی و رعایت پوشش کامل تر باشد را مسوول شیفت موظف است به درخواست بیمار پاسخ دهد و مرتفع نماید.
3. در صورت نیاز بیماران/همراهان به مرجع دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی وی، مسوول بخش / مسوول شیفت شماره ی تلفن پاسخگویی به سوالات شرعی در بیمارستان (4020) را در اختیار بیمار قرار داده و در صورت درخواست بیمار با روحانی بیمارستان جهت حضور بر بالین بیمار و پاسخگویی به سوالات وی هماهنگی نماید.
4. در صورت حضور بیماران با سایر ادیان در بیمارستان، مسوول شیفت / مسوول بخش به نمایندگی ولی فقیه اطلاع رسانی نماید.
5. در تصویر برداری و آزمایشگاه نیز خدمات به بیماران توسط کارشناس همگن ارائه می شود در سونوگرافی نیز در صورتی که بیمار درخواست انجام خدمت توسط پزشک همگن را داشته باشد این خدمت توسط پزشک همگن ارائه می شود.

29) به منظور انجام مراقبت با پرسنل همگن (به ویژه برای خواهران) و رعایت طرح انطباق چه اقداماتی انجام می شود ؟ اگر پرسنل همگن حضور نداشت چه باید کرد ؟

جهت انجام کلیه امور پرستاری، مراقبتی فقط از پرسنل همگن استفاده گردد و فقط افراد مجاز می توانند به حریم خصوصی بیمار وارد شوند. افراد مجاز شامل پزشک معالج، پرستار همگن مسوول بیمار، کمک پرستار و خدمات می باشند و در انجام امور مراقبتی غیر از پرستار مسوول بیمار در مواقع غیر ضروری از ورود دیگران جلوگیری می شود.

در هنگام ویزیت توسط پزشک غیر همگن و یا معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از کارکنان همگن بیمارستان حضور یابد و در صورت داشتن همراه و تمایل بیمار، همراه وی تا پایان زمان ویزیت و معاینه در کنار وی حضور دارد.

در بخش های ویژه به منظور رعایت طرح انطباق مسوول بخش موظف است در هر شیفت کارکنان مرد و زن (اعم از پرستار، کمک پرستار) در نظر بگیرد.

در صورت کمبود نیروی انسانی همگن باید ترتیبی اتخاذ شود که حداقل در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هرگونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمار و یا به درخواست بیمار / همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام شود و کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار جایگزین می شوند

30) پروسیجرهایی که باید توسط پرسنل همگن ارائه خدمت گردد نام ببرید ؟ در شرایط اورژانسی چه باید کرد ؟

در فوریت های پزشکی که حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است، ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان غیر همگن انجام و جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار صورت می پذیرد.

پروسیجرهای خاص مانند، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافی های واژینال، یوروگرافی، باریوم انما، هیسترو سالپینگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپ و اکو کاردیوگرافی بایستی در تمام نوبت های کاری توسط کارکنان همگن انجام شود.

31) روش اجرایی حفاظت از اموال گیرنده خدمت در بیمارستان چیست ؟

بیمار مرد پس از پذیرش و مراجعه به انبار لباس و تعویض لباس خود و تحویل لباس ، در صورت تمایل اموال خود را به متصدی رخشویخانه تحویل می دهد ، متصدی پس از تحویل گرفتن و تکمیل فرم مربوطه یک نسخه از آن را به بیمار و تحویل داده و یک نسخه از آن را روی اموال بیمار قرار می دهد .

در مورد بیماران خانم طبق قوانین بیمارستان در صورتیکه بیمار همراه نداشته باشد، لازم است کمک پرستار بخش ، لباس ها و اموال قیمتی بیمار را تحویل گرفته و در فرم مخصوص ثبت (فرم ثبت /شمارش اموال بیمار) و گردد این فرم توسط دو پرستار امضا شود. سپس به مسوول انبار لباس تحویل داده شود . مسوول انبار لباس، لباس ها و اموال قیمتی را برچسب زده و تا هنگام ترخیص در انبار نگهداری و رسید را به کمک پرستار بخش تحویل دهد. کمک پرستار بخش رسید را ضمیمه ی پرونده نماید.

جهت بیماران بخش اورژانس در صورتی که بیمار تصادفی باشد و یا همراهی نداشته باشد و یا بیمار مجهول الهویه باشد، نیروی انتظامات باید در صورت به همراه داشتن وسایل و اموال عادی یا قیمتی، آنها را تحویل گرفته و در حضور مسوول شیفت اورژانس فرم مربوطه را تکمیل نماید و پس از امضای متصدی انتظامات ، مسوول شیفت اورژانس و مسوول انتظامات وسایل را به دفتر انتظامات تحویل دهد.

در صورتی که طلاهای بیماران خانم مانند انگو و ... قابلیت خارج شدن از اندام بیمار را نداشته باشد :

در بخش اورژانس:

- در صورت حضور بیمار با هو شیاری پایین یا بدون هو شیاری در بخش اورژانس در صورتی که همراه داشته باشد در حضور همراهان و با اجازه ی ایشان طلاها توسط تاسیسات چیده شده ، تعداد و نوع آن ها در فرم مربوطه ثبت و توسط همراه ایشان و مسوول شیفت بخش و متصدی انتظامات تایید شود. طلاهای چیده شده نزد انتظامات نگهداری شده و تحویل آشنایان درجه یک بیمار شود .
- در صورت عدم اجازه همراهان به چیدن آن ها ، با زدن برچسب بر روی آن ها ، تعداد آن ها در فرم مربوطه ثبت و توسط مسوول شیفت اورژانس ، متصدی انتظامات و همراه تایید شود ، در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل مسوول شیفت اتاق عمل نیز نسبت به تایید فرم اقدام نماید .
- پس از انتقال بیمار از اتاق عمل نیز بایستی مسوول وقت اتاق عمل نسبت به تحویل بیمار به بیمار بر بخش مربوطه اقدام و از تعداد طلاجات بیمار اطمینان حاصل نمایند .
- همچنین در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد با تاسیسات هماهنگی شده و موارد چیده شده و در فرم مخصوص توسط متصدی انتظامات در حضور مسوول شیفت اورژانس و متصدی تاسیسات ثبت و امضا شود و به مسوول شیفت انتظامات تحویل داده شود .
- در صورت فوت ، اشیاء و اموال قیمتی بیمار به همراه درجه یک ایشان (فرد بزرگسال) تحویل داده شده و امضا و اثر انگشت فرد تحویل گیرنده در فرم مربوطه ثبت گردد .

در سایر بخش ها:

- پرستار در صورت حضور بیمار با هو شیاری پایین یا بدون هو شیاری ، تعداد موارد شمارش شده را در فرم تحویل / شمارش اشیاء قیمتی بیمار ثبت کرده و توسط شمارش کننده ، همراه بیمار و پرستار بخش امضا و فرم به پرونده بیمار الصاق گردد.
- در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر انتقال داده شد مانند (بخش جراحی به اتاق عمل) لازم است هنگام تحویل مجددا موارد ثبت شده با موارد موجود نزد بیمار کنترل و توسط تحویل دهنده و تحویل گیرنده امضا شود .

32) فرآیند رسیدگی به شکایات در این مرکز به چه صورت است ؟

- مراجعه به مسوول بخش
- در شیفت صبح به قسمت بازرسی یا تماس با 1020 و در شیفت عصر و شب مراجعه به واحد پرستاری و یا تماس با سوپروایزر 2222

- صندوق های رسیدگی به شکایات و انتقادات و پیشنهادات که در فواصل زمانی 15 روزه صندوق ها باز و جمع آوری می شوند .

ثبت در سایت بیمارستان

- کارشناس پیگیری امور بیماران خانم بهرامی می باشد که در دفتر مددکاری و پیگیری امور بیماران مستقر می باشد، و در بخش ها

34) مسئول پیگیری امور بیماران کیست ؟ و چه اقداماتی انجام می دهد ؟

کارشناس پیگیری امور بیماران خانم بهرامی (کارشناس مددکاری بیمارستان) می باشند که در دفتر مددکاری و پیگیری امور بیماران مستقر می باشند، و در بخش ها با ، انجام بازدیدهای میدانی و مصاحبه با بیماران، مشکلات بخش ها را شناسایی می نماید و ضمن پیگیری به قسمت های مربوطه ارجاع می نمایند .

35) روش اجرایی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه چگونه است؟

- مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع تو سط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع می شود کلیه ی بیماران که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند می بایست مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند، شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده ی وضعیت، مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد.
- طی 24ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی (پلیس 110) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام می گیرد

36) نحوه سنجش رضایت گیرندگان خدمت چگونه انجام می شود . میزان این شاخص در بخش شما چند می باشد ؟

رضایتمندی بیماران و همراهان در بازه های زمانی سه ماهه تو سط کارکنان انتخاب شده اداری و همچنین از طریق ارسال پیامک حاوی لینک سنجش رضایتمندی بیماران انجام می شود و نتایج آن در جلسه کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش و سنجش کیفیت مطرح می شود . و گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت اعلام می شود. نتایج میزان رضایتمندی بیماران و همراهان به تفکیک بخش ها در پوشه ی بهبود کیفیت پوشه ی شاخص ها پوشه ی واحد پرستاری قرار داده شده است . (نمرات بخش ها از داخل این پوشه مطالعه شود و هر بخش اقدامات اصلاحی مربوط به خود را بایستی بداند .)

37) نحوه شناسایی پرسنل چگونه می باشد ؟

- کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل بر اساس پوشش و کارت شناسایی برای بیماران و مراجعین قابل شناسایی باشند
- بدو ورود بیمار باید کارکنان بر اساس پوشش به بیمار معرفی شوند (پرستار روپوش سفید یا در بخش های ویژه آبی رنگ ، کمک پرستار روپوش کرمی، خدمات روپوش زرشکی) همچنین تمامی کارکنان بیمارستان ملزم به نصب کارت شناسایی هستند. به گونه ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.
- روپوش باید سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.
- زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

38) اقدامات تهاجمی بخش شما که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارد؟

قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اطلاعات لازم در اختیار بیمار /ولی قانونی قرار میگیرد و رضایت آگاهانه اخذ می شود. فهرست موارد اخذ رضایت آگاهانه در پوشه ی بهبود، پوشه ی حقوق گیرنده خدمت قرار داده شده است.

مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآوردههای خونی انجام میشود .

در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار)نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست

39) آیا از بیمار یا همراه جهت انجام اقدامات و ارائه خدمات به بیمار استفاده می شود ؟

خیر کلیه ی موارد زیر توسط کارکنان انجام می شود :

- انجام فرآیندهای تشخیصی و مراقبتی بیمار توسط کارکنان بیمارستان
- پی گیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران در بخشهای بستری و اورژانس توسط کارکنان بیمارستان به صورت شبانه روزی
- عدم استفاده از همراه بیمار در انجام فرآیندهای مورد نیاز بیمار بستری در بخشها/ تیت نظر در اورژانس
- انتقال بیمار به واحد تصویر برداری و دریافت گزارش تصویربرداری توسط کارکنان
- انتقال نمونه ها به آزمایشگاه یا اخذ نتیجه از آزمایشگاه توسط کارکنان
- دریافت/ عودت خون یا فرآوردههای خونی بیمار توسط کارکنان
- دریافت نسخ دارویی بیماران تیت نظر و بستری در اورژانس توسط کارکنان
- انجام مراقبتهای بالینی و خدمات مرتبط به بالین بیمار توسط کارکنان

بهداشت حرفه ای :

40) آیا از فهرست تجهیزات حفاظت فردی بخش خود و مکان ان آگاهی دارید ؟

- تجهیزات حفاظت فردی شامل ماسک ، دستکش ، ماسک N95، گان و ... می باشد . این فهرست علاوه بر اینکه بر روی کمد وسایل حفاظت فردی موجود است در پوشه ی بهبود ف پوشه ی بهداشت حرفه ای نیز موجود می باشد .
- برنامه آموزشی استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت حضوری در بخش و چهره به چهره توسط کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد.

41) ترتیب پوشیدن و خارج کردن وسایل حفاظت فردی چگونه است ؟ آیا پوستر ان در بخش موجود می باشد ؟

ترتیب پوشیدن : شست و شوی دست ها ، گان ، ماسک ، عینک یا شیلد ، دستکش

ترتیب خارج کردن : دستکش ، شستشوی دست ها ، عینک یا شیلد ، گان ، ماسک شستشو و ضد عفونی دست ها

پوستر ترتیب پوشیدن و خارج کردن در بخش موجود می باشد .

42) موقعیت های استفاده از ماسک N95 کدامند ؟

- هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل
- در مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل / مبتلابه عفونتهای مسری

43) آیا کتابچه ی ایمنی و سلامت شغلی در بیمارستان وجود دارد ؟ مکان ان کجاست و شامل چه مواردی می باشد :

این کتابچه در پوشه ی بهبود ، پوشه ی بهداشت حرفه ای قرار دارد و شامل اطلاعات کلیات ایمنی شغلی ، آشنایی با وسایل حفاظت فردی ، آشنایی و مواجهه با مخاطرات فیزیکی ، شیمیایی ، اسکلتی عضلانی و استرس می باشد

44) حوادث شغلی چگونه گزارش می شوند؟

در صورتی که در حین کار حادثه ای رخ دهد که منجر به ایجاد آسیب شود یا حتی آسیبی وارد نشود لازم است فرم گزارش حادثه در سامانه ای اتوماسیون تکمیل و به قسمت ایمنی اقدامات تامینی (کارشناس بهداشت حرفه ای) ارسال شود.

45) آیا معاینات شغلی برای شما انجام شده است و از نتایج مربوطه به ان آگاهی دارید؟

معاینات شغلی کارکنان به صورت سالانه انجام می شود، برای انجام معاینات شغلی شرکت بیرونی فراخوان و در دوره ی زمانی مشخص معاینات پرسنل انجام می شود. نتایج معاینات شغلی در پرونده ی سلامت شغلی افراد در قسمت ایمنی و اقدامات تامینی (کارشناس حرفه ای) موجود است. لازم است هر فرد از نتایج معاینات خود آگاهی داشته باشد.

46) عوامل زیان آور محیط کار کدامند؟

عوامل زیان آور کار شامل عوامل شیمیایی (مواد شیمیایی و آلاینده ها)، عوامل فیزیکی (صدا، روشنایی، پرتوهای غیر یونیزان، ارتعاش، میدان مغناطیسی، شرایط جوی) عامل زیان آور بیولوژیک یا توژن ها و عوامل بیماری زای میکروبی شامل ویروس ها، باکتری ها و... می باشد. این عوامل اندازه گیری شده و در راستای استاندارد شدن آن ها اقدامات لازم برنامه ریزی و اجرا می شود.

کنترل عفونت:

47) **مواجهات شغلی را تعریف نمایید.** تماس پوست، چشم، مخاط یا تماس درون پوستی با خون یا دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ می دهد.

48) **در صورت مواجهه شغلی (نیدل استیک، یا ششی) چه اقداماتی باید انجام شود.** 1- شستن موضع با آب ولرم بمدت 2 تا 3 دقیقه 2- اجتناب از فشار دادن موضع در گیر 3- تکمیل فرم مواجهات شغلی 4- اطلاع رسانی سریع به سوپروایزر کنترل عفونت یا بالینی

49) **اجزای احتیاطات استاندارد را نام ببرید.** 1- بهداشت دست (در 5 موقعیت تعیین شده و پس از خروج دستکش) 2- دستکش (پوشیدن دستکش هنگام تماس با خون و مایعات بدن و... و تعویض دستکش ها) 3- گان (جهت محافظت از پوست و پیشگیری از آلودگی لباس در مواردی که احتمال پاشیده شدن خون یا سایر ترشحات و مایعات دفعی وجود دارد). 4- ماسک، محافظ چشم و صورت (جهت محافظت از چشم، بینی و دهان حین انجام برخی پروسیجرها) 5- لوازم آلوده مراقبت از بیمار (لوازم آلوده به گونه ای جمع آوری گردد که از مواجهه پوست و مخاط با آن ها جلوگیری شود). 6 کنترل و پاکسازی محیط بیمار 7- جمع آوری اقلام پارچه ای و لندری به گونه ای که میکروارگانیسم ها ی بیماری زا به محیط منتقل نشود. 8 دفع سر سوزن و اجسام نوک تیز و برنده دم درپوش گذاری مجدد، شکستن و خم کردن سر سوزن و... 9- تجهیزات احیای بیمار: استفاده از قطعات دهانی، آمبویگ و سایر وسایل مربوط به تهویه جهت پیشگیری از تماس با دهان و ترشحات دهان بیمار 10- محل استقرار بیمار جدا سازی بیماری که خطر انتقال بیماری دارد 11- بهداشت تنفسی آداب عطسه و سرفه)

50) **احتیاطات از راه انتقال را نام ببرید.** 1- احتیاطات هوایرد 2- تنفسی 3- تماسی

51) احتیاطات تماسی شامل چه مواردی می باشد:

این دسته از احتیاط ها جهت بیماران ذیل انجام میشود:

آدنوویروس اطفال و نوزادان، سلولیت همراه با ترشح، زخم، بستر عفونی، هپاتیت A، زرد زخم، عفونتهای انتروویروسی، اسهال با عامل شیگلا و کلسترییدیوم دیفیسل، دیفتتری جلدی، گال، شیش، سرخجه، آبله، تب خونریزی دهنده و ویروسی و... نکته مهم در این احتیاط استفاده از ماسک معمولی، گان و دست شستن است

- بیمار در اتاق خصوصی باشد و در صورت لزوم چند بیمار با یک عفونت یکسان در یک اتاق بستری شوند.
- تا حد امکان از جابجایی و حمل و نقل بیمار اجتناب شود.

52) احتیاطات قطراتی شامل چه مواردی می باشد :

این دسته از احتیاط ها جهت بیماران ذیل انجام میشود :

هموفیلوس آنفولانزای نوع B ، مننگوکوک، پنومونی مقاوم به چند دارو، آنفولانزای ساده، اوریون، میکوپلاسما پنومونیه، سیاه سرفه، سرخجه، دیفتری حلقی، مملک با عامل استرپتوکوک، گروه A نکته مهم در این احتیاط استفاده از ماسک معمولی و دست شستن است در احتیاط قطرات:

بیمار در اتاق خصوصی بستری شود و در صورت لزوم چند بیمار با یک بیماری در یک اتاق بستری شود. نیازی به بسته بودن درب اتاق نمی باشد. در صورت ورود به اتاق به فاصله کمتر از یک متر از بیمار از ماسک جراحی استاندارد استفاده کنند. سایر اصول احتیاطات استاندارد بر بالین بیمار رعایت شود. در صورت نیاز به جابجایی بیمار حتما از ماسک جراحی استاندارد برای وی استفاده شود.

53) احتیاطات هوایی شامل چه مواردی می باشد :

• این دسته از احتیاط ها جهت بیماران ذیل انجام میشود:

سل ریه یا حنجره، سرخک، آبله مرغان، زونای منتشر، بیماران دچار عفونت HIV همراه با سرفه و ارتشاح ریوی، سندرم حاد شدید تنفسی (SARS)، آنفولانزای H1N1، تب خونریزی دهنده ویروسی (VHF)، پنومونی مشکوک ناشی سیاه زخم، پنومونی ناشی از عامل طاعون و عفونت های نوظهور که بنا به دستورالعمل وزارت بهداشت یا تصمیمات کمیته کنترل عفونت احتیاج به رعایت این احتیاط داشته باشند نکته مهم در این احتیاط استفاده از ماسک N95 و الزام به دست شستن می باشد و بیمار لازم است ماسک جراحی بزند بیمار در اتاق خصوصی با فشار منفی بستری شود (اتاقهای ایزوله بخش آی سی یو این مرکز فیلتر HEPA دارد و امکان خروج هوا مستقیم به بیرون وجود دارد) درب اتاق همیشه بسته باشد و ورود کلیه افراد مراقب بیمار و همراهان بر بالین بیمار با ماسک N95 باشد جابجایی بیمار مگر در موارد ضروری محدود و در صورت نیاز به جابجایی بیمار حتما از ماسک جراحی استاندارد برای وی استفاده شود و مسیر تردد بیمار خلوت شود

54) روش های ضد عفونی کردن دست را نام ببرید. هندراب بمدت 20 تا 30 ثانیه، هندواش بمدت 45 تا 60 ثانیه

55) عفونت بیمارستانی را تعریف و شاخص آن را ذکر نمایید عفونتی است که 24 ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد به شرطی که بیمار در بدو ورود دارای علائم بیماری نباشد و در دوره کمون بیماری خاصی هم نباشد.

عفونت ادراری، عفونت خون، عفونت موضع جراحی، عفونت تنفسی

میزان عفونت های بیمارستانی به صورت فصلی پایش شده و در پوشه ی بهبود ف پوشه ی شاخص های بیمارستانی، واحد پرستاری، میزان عفونت های بیمارستانی موجود می باشد.

56) نحوه گزارش دهی عفونت های بیمارستانی را بیان نمایید. تکمیل فرم بیماریابی در بخش و ارسال آن به دفتر پرستاری و اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت

57) مراقبت بسته ای را تعریف نمایید (ویژه آی سی یو). مجموعه اقداماتی که در مراقبت از بیماران انجام می شود و هدف آن کمک به پیشگیری از عفونت های بیمارستانی، کاهش تجویز آنتی بیوتیک غیر ضروری و محدود ساختن مقاومت آنتی بیوتیکی می باشد.

بسته مراقبتی در پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور :

- بالا آوردن سرتخت به میزان 30 تا 45 درجه
- دهانشویه روزانه با کلر هگزیدین

• استفاده از رژیم دارویی پروفیلاکسی برای پیشگیری از زخم های گوارشی

• استفاده از رژیم دارویی پروفیلاکسی DVT

-**بسته مراقبتی در پیشگیری از عفونت ادراری:**

• کوتاه کردن طول مدت داشتن سوند ادراری در بیمار و تبدیل آن به کاتتر اکسترنال

• شستشو و ضدعفونی پرینه به صورت روزانه

-**بسته مراقبتی در پیشگیری از عفونت زخم جراحی:**

• استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی با رعایت قواعد مربوطه (نوع آنتی بیوتیک مورد استفاده ، زمان شروع و خاتمه)

• حمام دادن به بیمار شب قبل از جراحی

• اجتناب از شیو عمل جراحی

بسته مراقبتی در پیشگیری از عفونت کاتتر ورید مرکزی :

• اجتناب از کاتتر گذاری فمورال

• تدوین دستورالعمل برای گذاشتن کاتتر مرکزی

• رعایت اصول آسپتیک در زمان تعبیه کاتتر

• تعبیه کاتتر مرکزی توسط افراد مشخص

• تعویض پانسمان محل ورود کاتتر هر 5 تا 7 روز (در صورت آلودگی یا مرطوب شدن بلافاصله

• تعویض ست های انفوزیون هر 96 ساعت (به جز مورد خون و اینترالیپید که بلافاصله می بایست تعویض گردد)

58) دیالیز بیماران دارای هیپاتیت مثبت چگونه انجام می شود (ویژه دیالیز). ارجاع به بیمارستان خورشید

59) روش های ضدعفونی کردن دست با زمان آن را نام ببرید . هندراب بمدت 20 تا 30 ثانیه ، هندواش بمدت 45 تا 60 ثانیه

الف روش : Hand rub -

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت **Hand rub** مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید.

ب روش صحیح شستن دست با آب و صابون- :

✓ در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.

✓ ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.

✓ با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.

✓ دستها را کاملاً آبکشی نمائید.

✓ با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید.

✓ با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری

کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید

60) موقعیت بهداشت دست را ذکر نمائید. 1- قبل از تماس با بیمار 2- بعد از تماس با بیمار 3- موارد آسپتیک 4- خون و ترشحات بیمار 5-

محیط اطراف بیمار

61) بیماری های واگیردار مشمول گزارش دهی تلفنی ، فوری و کتبی را نام ببرید .

فهرست بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماریها و چگونگی گزارش دهی آنها که توسط قسمت بهداشت به بخش ها ارسال

گردیده و در پوشه بهبود - کنترل عفونت - بیماری های واگیر قرار داده شده است .

شرح ذیل میباشد:

الف : بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی) شامل وبا، فلج شل حاد، سیاه سرفه، سرخک، سندرم سرخجه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، هر نوع حیوان گزیدگی، تبهای خونریزی دهنده ویروسی ۴ ، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مار ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه‌های که منجر به نگرانی عمومی شود) و افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری)

ب: بیماری های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی) سل، جذام، کزاز بالغین، ایدز و عفونت HIV ، بیماری های مقاربتی، انواع هیپاتیت های ویروسی، تیفوئید، شایگلوزیس، لیتوسپیروزیس، سیاه زخم جلدی، کالآزار، سالک، تب مالت، فاسیولیاژیس، شیسستوزومیازیس، تب راجعه، کیست هیداتید، پدیکولوز، عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی غیر از موارد فوری

62) نشانگرهای کلاس 4 و 6 چه هستند و برای چه مواردی استفاده می شود ؟

نشانگر شیمیایی کلاس 4 برای تایید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از 12 قلم مانند ست های پانسمان و ... استفاده شده و نتایج در پرونده ی بیمار ثبت می شود و از نشانگرهای شیمیایی کلاس 6 برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیش از 12 قلم مانند ست های لاپاراتومی ، سزارین ، ایمپلنت ها و... استفاده شده و نتایج در پرونده ی بیماران ثبت می شود .