



کتابچه راهنمای توجیهی بدو ورود دستیاران پزشکی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

فهرست مطالب

۴.....	مقدمه
۵.....	معرفی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
۶.....	رسالت
۷.....	ارزش های حاکم بر فعالیتهای بیمارستان
۸.....	دورنما: چشم انداز
۹.....	مدرسين و اعضای هیئت علمی گروه کودکان
۱۰.....	معرفی بخشهای بستری اطفال، معاون آموزشی، ریاست بیمارستان، واحد آموزش
۱۱.....	امکانات رفاهی و بهداشتی
۱۲.....	نظام جامع علمی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
۱۳.....	اهداف آموزشی و پژوهشی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
۱۴.....	برنامه مورنینگ و راند آموزشی
۱۵.....	برنامه درمانگاه فوق تخصصی اطفال – شیفت صبح
۱۶.....	فرآیند ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی بیمارستان
۱۷.....	تعهدات رزیدنتها در گروه کودکان
۱۸.....	وظایف رزیدنت سال اول کشیک اورژانس
۱۹.....	رزیدنت سال اول کشیک بخش
۲۰.....	رزیدنت سال سه و دو کشیک بخش (رزیدنت ارشد کشیک در بخش ها)
۲۱.....	وظایف رزیدنت ارشد سال دوم کشیک اورژانس
۲۳.....	دستورالعمل اجرایی رزیدنتها
۲۳.....	آیین نامه شرح وظایف کارآموزان دوره دکتری عمومی پزشکی بخش کودکان
۲۹.....	اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای
۳۲.....	بیانیه رعایت حقوق گیرندگان خدمت
۳۳.....	منشور حقوق بیمار
۳۵.....	دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی – کد کشوری دستورالعمل: م-پ-۶-۹۶/۲ و الزامات بیمه ای
۴۲.....	رعایت ایمنی بیمار
۴۳.....	نه راه حل ایمنی بیمار
۴۴.....	اصول دارودهی بر اساس هفت رأیت
۴۵.....	فرآیند ثبت، گزارشدهی و تحلیل خطا

۴۹	دستورالعمل استفاده از دستبند شناسایی در بخش های بیمارستان و دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران .
۴۷	استفاده از علائم اختصاری به همراه کدبندی رنگی دستبند شناسایی، برای مشخص نمودن بیماران پر خطر
۴۸	سوالات کلی ایمنی بیمار به همراه پاسخ
۶۰	عفونت بیمارستانی
۶۰	رعایت ایمنی فراگیران از لحاظ کنترل عفونت
۶۱	احتیاطات استاندارد
۶۲	رعایت بهداشت دست
۶۲	اندیکاسیون بهداشت دست
۶۳	روش ضد عفونی دست (Hand rub)
۶۴	مراحل پوشیدن وسایل حفاظت فردی
۶۵	مراحل درآوردن وسایل حفاظت فردی
۶۶	موقعیت های استفاده از دستکش
۶۷	راه های انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان
۶۸	فلوچارت مواجهه شغلی
۶۹	احتیاطات استاندارد
۷۱	نحوه آموزش به بیمار توسط فراگیر
۷۱	رعایت ایمنی فراگیران از لحاظ حفاظت فیزیکی
۷۵	الزامات بیمه ای
۸۳	الزامات پرونده نویسی
۸۴	فرآیند تدوین پروپوزال و پایان نامه

مقدمه

«بسمه تعالی»

فراگیر محترم کتابچه ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با فعالیت های این مرکز، قوانین و مقررات اداری، حقوق متقابل شما، بیماران و سازمان تهیه شده است. لذا ضمن خیر مقدم به شما برای پیوستن به خانواده بزرگ مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری، مطالعه کامل و دقیق آن را به شما توصیه می نمائیم.

با سپاس از خدواند بزرگ که توفیق خدمت به بیماران را به ما عطا کرد.

معرفی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری به عنوان سایت تخصصی و فوق تخصصی استان در رشته های کودکان و نوزادان فعالیت می کند. این مرکز علاوه بر پذیرش مراجعین ساکن در شهرستان ارومیه به عنوان مرکز ارجاعات استان در رشته های فوق الذکر نیز انجام وظیفه مینماید. بعلاوه این بیمارستان در کنار ارائه خدمات درمانی به امر آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی نیز مشغول بوده و همه ساله علاوه بر پذیرش دانشجویان رشته های پزشکی و پیراپزشکی، به پذیرش دستیاران رشته کودکان مبادرت می

ورزد.

آدرس بیمارستان: خیابان آیت الله کاشانی - سه راه کاشانی

کد پستی: ۵۷۱۴۶-۱۵۴۶۳

شماره تلفن های مرکز: ۳۲۲۳۷۰۷۷-۳۲۲۶۹۶۹

دورنگار: ۳۲۲۵۰۷۳۰

تاریخ تاسیس: ۱۳۰۷

تاریخ و شماره پروانه تاسیس مرکز / بیمارستان: ۸/۱۳۱۵/۱۳۶۶

نوع تخصص بیمارستان: تخصصی و فوق تخصصی کودکان و نوزادان

نوع فعالیت: آموزشی درمانی

نوع مالکیت: ملکی - دولتی

آخرین درجه اعتباربخشی بیمارستان: درجه یک

تاریخ آخرین ارزشیابی: ۱۳۹۹/۱۱/۰۷

کل مساحت زمین: ۱۵۸۱۵ متر مربع

کل مساحت زیربنا: ۲۴۰۰۰ متر مربع

نسبت فضای فیزیکی به تخت فعال: ۶۸ متر مربع به ازاء هر تخت

تعداد درب های ورودی: ۲ باب

محل فرود بالگرد: ندارد

تعداد تخت مصوب: ۲۲۳

تعداد تخت فعال: ۲۳۴

میانگین درصد اشغال تخت در سال ۱۳۹۹: ۵۷/۲٪

پست الکترونیکی: motahari-h-urm@umsu.ac.ir

آدرس پایگاه اطلاع رسانی (سایت اینترنتی): www.motahari.umsu.ac.ir

بخشهای بالینی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری در حال حاضر شامل:

ICU، PICU، NICU، ایزوله اطفال، نفرولوژی، نوزادان، اطفال ۱، هماتولوژی، خون اطفال، جراحی اطفال

بخش های سرپائی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری در حال حاضر شامل:

اورژانس عمومی، درمانگاههای فوق تخصصی، درمانگاههای تخصصی، درمانگاههای عمومی، اتاق عمل سرپایی و اتاق عمل کودکان

درمانگاههای فوق تخصصی شامل: قلب کودکان، نوزادان، آلرژی و ایمونولوژی، خون کودکان، عفونی کودکان، کلینیک دیابت، مغز و اعصاب کودکان، ریه کودکان، گوارش کودکان، نفرولوژی کودکان، جراحی عمومی کودکان، درمانگاه PKU، کلینیک تنفسی برای بیماران کووید ۱۹

درمانگاههای تخصصی شامل : کودکان

درمانگاههای عمومی شامل : پزشکی عمومی، دندانپزشکی کودکان، گفتار درمانی، روانشناسی بالینی

واحدهای پاراکلینیک و پشتیبانی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری :

آزمایشگاه، تصویربرداری (سونوگرافی، سی تی اسکن، ماموگرافی)، اکوکاردیوگرافی کودکان، EEG، داروخانه،

آشپزخانه، رختشویخانه، کارگزینی، حسابداری، درآمد و دفتر بهبود کیفیت و ...

رسالت

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری به عنوان تنها مرکز تخصصی و فوق تخصصی کودکان آذربایجان غربی مسئولیت دارد تا خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی در زمینه بیماریهای کودکان را به همه مراجعین و بیماران اعزامی از شهرستان های پیرامون در کمترین زمان ممکن و با حداکثر کیفیت و در کمال ایمنی و با بهره گیری از تکنولوژیهای روز ارائه نماید. بعلاوه این مرکز؛ تربیت پزشکان و سایر حرف پزشکی برای اطمینان از تداوم خدمات درمانی برای نسلهای آینده را از طریق آموزش و بکارگیری پژوهش های کاربردی و اساسی را عهده دار می باشد.

ارزش های حاکم بر فعالیت های بیمارستان

- (۱) ارائه خدمات ایمن توأم با حفظ کرامت انسانی و رعایت حقوق گیرندگان خدمت سرلوحه تمامی خدمات بیمارستان خواهد بود.
- (۲) (نمود این ارزش در سنجش رضایتمندی و میزان خطاهای اتفاق افتاده خواهد بود)
- (۳) مشتری محوری؛ کار تیمی و نگرش سیستمیک به کارها به همراه پایبندی به ارتقاء مستمر کیفیت خدمات.
- (۴) (نمود این ارزش در برنامه های بهبود کیفیت سالانه خواهد بود)
- (۵) توانمندسازی مدیران و کارکنان در محیطی واجد تعامل سازنده فی مابین همکاران با یکدیگر و مدیریت با کارکنان. (سنجش رضایتمندی کارکنان و آموزشهای ارائه شده ضمن خدمت معیار میزان رعایت این ارزش خواهد بود)
- (۶) صیانت از بیت المال و جلوگیری از هدررفت منابع. (صرفه جویی های سالانه)
- (۷) ارتقاء فرهنگ بهداشتی جامعه و مطرح نمودن این مرکز به عنوان یک بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت.
- (۸) تعداد پروژه های اجرا شده در زمینه ارتقاء فرهنگ بهداشتی جامعه و توانمند سازی بیماران در زمینه مراقبت از خود معیار ارزیابی میزان رعایت این ارزش خواهد بود

دورنما: چشم انداز

در تدوین دورنما تلاش گردید تا چشم انداز به نحوی به رشته تحریر درآید که :

- مختصر و قابل سپردن به ذهن باشد.
 - قدرت الهام بخشی و ایجاد چالش داشته باشد.
 - تعریف یک وضعیت ایده آل و آرمانی باشد.
 - برای کارکنان، مراجعین و گروههای ذینفع قابل قبول باشد.
 - واقع گرایانه و دست یافتنی باشد.
 - توصیفی از وضعیت خدمات این مرکز در آینده را در بر داشته باشد.
- ما بر آنیم که مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری را تا پایان برنامه به یکی از مراکز آموزشی، پژوهشی و درمانی درجه یک عالی در سطح کشور مبدل نماییم. مرکزی که تمامی کارکنان آن در کمال همدلی، آسایش روحی و جسمی، خدمات تخصصی و فوق تخصصی مربوط به بیماریهای کودکان را با رعایت استانداردهای روز دنیا و با کیفیت مطلوب و در نهایت ایمنی به مراجعه کنندگان ارائه نمایند. ضمناً تلاش خواهیم نمود که در تعامل با جامعه به ارتقاء فرهنگ سلامتی آحاد جامعه و پیشگیری از وقوع بیماریهای کودکان نیز همت گماریم.

مدرسین و اعضای هیئت علمی گروه کودکان:

ردیف	اسامی	مدرک و رشته تحصیلی	درجه علمی
۱	دکتر میررضا قائمی	فوق تخصص آلرژی کودکان	استادیار
۲	دکتر کامران دهقان	فوق تخصص نوزادان	دانشیار
۳	دکتر حمیدرضا هوشمند	فوق تخصص ایمنولوژی و آلرژی	استادیار
۴	دکتر محمد ولیزاده	فوق تخصص نفرولوژی اطفال	استادیار
۵	دکتر محمد صلواتی زاده	فوق تخصص ریه کودکان	استادیار
۶	دکتر زهرا فکور	فوق تخصص نوزادان	دانشیار
۷	دکتر ابراهیم صادقی	فوق تخصص عفونی کودکان	دانشیار
۸	دکتر محمد رادور	فوق تخصص قلب کودکان	استادیار
۹	دکتر احد قضاوی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	استادیار
۱۰	دکتر فرید قاضی زاده	فوق تخصص خون کودکان	استادیار
۱۱	دکتر امیر نسیم فر	فوق تخصص عفونی کودکان	دانشیار
۱۲	دکتر عزت اله عباسی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	دانشیار
۱۳	دکتر علی زلفی گل	فوق تخصص نوزادان	استادیار
۱۴	دکتر نازنین امین فرزانه	فوق تخصص گوارش کودکان	استادیار
۱۵	دکتر علیرضا عبدی	فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان	استادیار
۱۶	دکتر مهران نوروزی	فوق تخصص خون اطفال	استادیار
۱۷	دکتر علی آقاییار ماکوئی	فوق تخصص نوزادان	دانشیار
۱۸	دکتر هاشم محمودزاده	فوق تخصص نفرولوژی اطفال	دانشیار
۱۹	دکتر مرجان کوهنورد	متخصص کودکان	استادیار
۲۰	دکتر شاهصنم غیبی	فوق تخصص خون کودکان	استاد
۲۱	دکتر بابک حیدر پور	فوق تخصص نوزادان	استادیار
۲۲	دکتر نگین رستم زاده	متخصص کودکان	استادیار
۲۳	دکتر مریم ابراهیمی حیدرلو	فوق تخصص گوارش کودکان	استادیار

	<p>بلوک ۳ طبقه اول</p> <p>اتاق ریاست</p>	<p>ریاست بیمارستان مطهری</p>	<p>آقای دکتر قائمی</p>
	<p>بلوک ۶ طبقه اول</p>	<p>مدیر گروه اطفال</p>	<p>آقای دکتر دهمان</p>
	<p>بلوک ۶ طبقه اول</p>	<p>معاون آموزشی</p>	<p>آقای دکتر نوروزی</p>
	<p>بلوک ۶ طبقه اول</p>	<p>مسئول EDO</p>	<p>آقای دکتر ولینزاده</p>
	<p>بلوک ۶ طبقه اول</p>	<p>سرپرست واحد توسعه تحقیقات بالینی</p>	<p>آقای دکتر موشمند</p>

خانم پورشایگان	مسئول واحد آموزش	بلوک ۶ طبقه اول
خانم دانش	کارشناس آموزش	بلوک ۶ طبقه اول
خانم عباسی	کارشناس آموزش	بلوک ۶ طبقه اول
خانم کریمی	کارشناس پژوهش	بلوک ۶ طبقه همکف
خانم فتحعلی زاده	مسئول کتابخانه	بلوک ۶ طبقه اول

راه های ارتباطی با کارشناسان آموزش:

۰۴۴۳۳۱۹۷۷۱۸۸

۰۴۴۳۳۱۹۷۷۲۰۲

۰۴۴۳۳۱۹۷۷۱۹۲

کارشناس پژوهش:

۰۴۴۳۳۱۹۷۷۱۹۸

پوشش حرفه ای دانشجویان در محیط های آموزشی ، پژوهشی و بالینی:

- ۱) حجاب باید کامل و بر اساس شئون اسلامی و دانشجویی باشد.
- ۲) لباس فرم دانشجویان باید به صورت پاکیزه و مرتب و با دکمه های بسته باشد.
- ۳) استفاده از مانتو ، شلوار ، مقنعه (برای خانمها) و جوراب متعارف جهت پوشش الزامی است و به دور از مدهای افراطی باشد.
- ۴) پوشیدن مانتو تنگ یا خیلی گشاد کوتاه یا خیلی بلند مجاز نیست.
- ۵) شلوار باید اندازه متعارف داشته باشد و تنگ و کوتاه نباشد.
- ۶) کفش باید ساده ، تمیز با پاشنه متعارف و بدون صدای آزاردهنده باشد.
- ۷) از مانتو و شلواری که ضخامت لازم را برای حفظ پوشش ندارد ، استفاده نگردد.
- ۸) به دلیل افزایش انتقال عفونت و آسیب به افراد و تجهیزات، ناخنها بایستی کوتاه ، تمیز و پیراسته باشند.
- ۹) کارت شناسایی ارائه شده از سوی معاونت آموزشی شامل : عکس ، نام و نام خانوادگی ، آرم دانشگاه ، رشته تحصیلی و سمت دانشجو بایستی بر روی لباس فرم در سمت چپ به طوری که قابل رویت باشد نصب گردد.

معرفی مسئولین بخش ها:

رئیس بخش	مسئول واحد	بخش	گروه ها
دکتر صلواتی زده	خانم جامع	picu	گروه اول
دکتر دهقان	خانم قنبری	nicu	
دکتر ماکوئی	خانم نادری	نوزادان	
دکتر صادقی	خانم نوری	عفونی یک	گروه دوم
دکتر نسیم فر	خانم جودت	عفونی دو	
دکتر صادقی	خانم حافظی	ایزوله ۱-۲	
دکتر نوروزی	خانم حصاری	هماتولوژی و انکولوژی	گروه سوم
دکتر قاضی زاده	خانم قادری	خون	
دکتر والی	خانم خضری	اتاق عمل	گروه چهارم
دکتر والی	خانم طاهری	جراحی اطفال	
دکتر عباسی	خانم نویدظفر	اطفال یک (اعصاب)	گروه پنجم
دکتر امین فرزانه	خانم میرزایی	غدد و گوارش	
دکتر محمود زاده	خانم سیدزاده	نفرولوژی و آلرژی	
خانم دکتر کوهنورد	خانم افشار	اورژانس	گروه ششم

امکانات رفاهی و بهداشتی:

رختکن خانمها: بلوک ۵ مسئول پاپیون: خانم پیراده

رختکن آقایان: بلوک ۸ طبقه اول اتاق رزیدنت آقایان ، پاپیون آقایان طبقه بالای واحد نقلیه مسئول پاپیون آقای شادی دوست
سلف سرویس، جنب واحد درآمد

نظام جامع علمی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

نظام جامع علمی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه وظیفه پیاده کردن نقشه جامع بیمارستان را برعهده دارد. برای اجرای این نظام نقش های از پیش تعیین شده وجود دارد که هر کدام از آنها وظایفی را برعهده خواهند داشت.

ریاست بیمارستان زیر نظر مسئولین دانشگاه با استفاده از ابزار های در اختیار، وظیفه حسن اجرای آنرا برعهده خواهد گرفت.

واحد ها و نقش های تعریف شده عبارتند از:

۱. ریاست بیمارستان
۲. معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان
۳. مسئول توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان
۴. مدیر گروه

وظایف نقش های مختلف بیمارستان

۱. ریاست بیمارستان:

- نظارت بر حسن اجرای مصوباتی که از طریق رئیس دانشگاه ابلاغ میشود و ایجاد زمینه های مناسب برای رشد استعداد های تحصیلی
- ایجاد هماهنگی در امور آموزشی، پژوهشی، اداری، مالی، فرهنگی و دانشجویی بیمارستان
- نظارت بر حسن اجرای وظایف آموزشی و پژوهشی اعضای هیأت علمی بیمارستان
- پیشنهاد بودجه سالانه بیمارستان به مقامات زیربط
- تشکیل و نظارت بر کار شوراهای آموزشی ، پژوهشی و کمیته های مرتبط و ... بیمارستان

- ارزیابی کار سالانه بیمارستان و ارائه گزارشات لازم به رئیس دانشگاه
- بررسی صلاحیت معاونین و گروههای آموزشی و اظهار نظر درباره آنها
- نظارت بر حسن اجرای وظایف گروههای آموزشی و اتخاذ تدابیر لازم به منظور رفع مشکلات مالی، اداری و تخصصی، با توجه به اختیارات تفویض شده
- نظارت بر حسن اجرای وظایف کلیه واحدهای تابعه در بیمارستان
- پیشنهاد مدیران گروههای آموزشی به ریاست دانشگاه جهت تایید
- بررسی صلاحیت معاونین و گروههای آموزشی و عزل و نصب آنان
- برنامه ریزی و نظارت بر حسن اجرای برنامه های ارتقاء علمی و اخلاقی - فرهنگی دانشجویان، کارکنان و اعضا هیئت علمی
- ایجاد هماهنگی در سیاست گذاریها و برنامه ریزیها از طریق شرکت در کمیته ها - شوراها و جلسات درون و برون بیمارستانی

۲. معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان

- اداره کلیه امور آموزشی و پژوهشی بیمارستان
- مطالعه و اتخاذ تصمیم در مورد مسائل آموزشی با هماهنگی مسئولین مربوطه
- نظارت بر اجرای مقررات و آئین نامه های آموزشی بیمارستان
- تدوین پیشنهاد اصول اجرایی وظایف واحدهای وابسته
- نظارت بر حسن اجرای وظایف واحدهای وابسته
- برنامه ریزی آموزشی با همکاری واحدهای ذیربط
- نظارت بر حسن اجرایی برنامه ها و فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بیمارستان و ارزیابی آن و ارائه گزارش لازم به رئیس بیمارستان
- نظارت بر عملکرد آموزشی اعضا هیئت علمی و مدیران گروه و انعکاس آن به رئیس بیمارستان
- نظارت بر اجرای دوره های کوتاه مدت آموزشی
- بررسی و اتخاذ تصمیم در مورد فعالیت های پژوهشی با هماهنگی مسئولین ذیربط
- ارزشیابی نهادی فعالیت های پژوهشی سالانه بیمارستان
- همکاری در ارائه خدمات علمی و فرهنگی و اجتماعی و برگزاری کنفرانسها و سمینارهای علمی بیمارستان
- نظارت بر کلیه امور پژوهشی بیمارستان و کتابخانه و بانکهای اطلاعاتی
- تنظیم دستور جلسات شورای آموزشی و پژوهشی بیمارستان و نظارت بر حسن اجرای آن

۳. واحد توسعه تحقیقات بالینی

- ایجاد هماهنگی بین گروههای آموزشی در معرفی استادان واجد شرایط و تنظیم برنامه آموزشی و امتحانات

- ارائه پیشنهادها و اجرای تدابیری در زمینه ارتقاء سطح کیفی پایان نامه ها براساس تصمیمات متخذه در شورای پژوهشی بیمارستان
- همکاری با معاون آموزشی مرکز و ریاست بیمارستان در جهت ارتقاء کمی و کیفی آموزشی و پژوهشی بیمارستان
- نظارت بر آموزش علمی و نظری دانشجویان و نحوه برگزاری کلاسهای بیمارستان طبق برنامه های مصوب
- طرح مسائل و مشکلات آموزشی دانشجویان و استادان در تیم مدیریت آموزشی مرکز
- تشکیل جلسات تیم مدیریت آموزشی به منظور پیگیری مصوبات جلسات کمیته های مرتبط با آموزش

ه. گروه های آموزشی

شرح وظایف مدیران گروه

- تهیه برنامه اجرایی وظایف آموزشی و پژوهشی و خدماتی ارائه شده از طریق گروه براساس خط مشی شورای دانشگاه/ بیمارستان با مشورت اعضای گروه قبل از شروع نیمسال تحصیلی و گزارش آن به معاون آموزشی.
- ابلاغ برنامه های اجرایی وظایف آموزشی و پژوهشی و خدماتی هریک از اعضای گروه
- نظارت بر کلیه فعالیت های آموزشی و پژوهشی و خدماتی گروه
- تهیه جدول دروس هر نیمسال با همکاری اعضاء گروه و تسلیم آن به معاون آموزشی
- تجدیدنظر مستمر در برنامه ها با توجه به آخرین پیشرفتها و تغییرات و تحولات و تسلیم این برنامه ها به مراجع ذیربط
- تشکیل و اداره جلسات شورای گروه و ارسال گزارش کار، مصوبات، پیشنهادها و نظریات جمعی گروه به معاون آموزشی برای هماهنگی اجرایی یا طی مراحل قانونی و ابلاغ بخشنامه ها و آئین نامه ها و مصوباتی که معاون آموزشی ارسال کرده است.
- پیشنهاد طرحهای پژوهشی که گروه راساً یا با همکاری گروه های دیگر آماده انجام دادن آن است معاون پژوهشی بیمارستان برای پیگیری مراحل بعدی جهت تصویب در شورای پژوهشی دانشگاه
- ارزیابی کار سالانه اعضای گروه و گزارش آن به معاون آموزشی
- تلاش جهت ارتقای همه جانبه اعضای هیات علمی گروه.
- نظارت بر نحوه ارائه دروس و انتخاب کتب درسی.
- شناسایی امکانات و تسهیلات درون و برون دانشگاهی و سعی در جذب آن برای ارتقای گروه.

نظام پایش نقشه جامع عملکردی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

نظام پایش نقشه بیمارستان به شکلی تدوین شده که شخصیت های واحد های حقوقی در سایه سیاست ها و راهبرد ها، اقداماتی که در مرحله قبل برعهده واحد ها قرار گرفت را پایش خواهد کرد.

واحد های پایش کننده در بیمارستان به شرح ذیل می باشند:

۱. ریاست بیمارستان
۲. شورای آموزشی بیمارستان
۳. شورای پژوهشی بیمارستان
۴. معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان
۵. مسئول توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان

وظایف واحدهای پایش کننده نقشه جامع بیمارستان

۱. ریاست دانشکده

۲. شورای آموزشی بیمارستان

- برنامه ریزی جهت ایجاد زمینه های اجرایی مصوباتی که توسط مسئولین محترم دانشگاه ابلاغ می گردد
- تدوین سیاستهای آموزشی بیمارستان با توجه به خط مشی آموزشی دانشگاه
- هماهنگی میان گروه ها و بخش ها در ارائه دروس
- برنامه ریزی دروس و کارآموزی
- بررسی و اظهار نظر در مواردی که ریاست محترم بیمارستان به شورا ارجاع می دهند
- بررسی و تعیین نیاز به عضو هیئت علمی جدید و پیشنهاد آن به دانشگاه

۳. شورای پژوهشی بیمارستان

- تدوین برنامه راهبردی و سیاستهای پژوهشی بیمارستان
- تهیه، تدوین و بازنگری آئین نامه های مختلف پژوهشی
- اصلاح قوانین و مقررات در راستای به کار گیری سیاست های تشویقی به منظور ایجاد انگیزه و محیط مشوق برای اعضا هیأت علمی جهت انجام فعالیت های پژوهشی
- تصویب نهایی اولویت های پژوهشی پیشنهادی توسط گروههای آموزشی
- بررسی و اظهار نظر درباره مسائل ارجاع شده از سوی شورای پژوهشی یا معاون پژوهشی دانشگاه
- فراهم کردن زمینه اجرای مصوبات شورای پژوهشی دانشگاه و امور ابلاغ شده توسط معاون پژوهشی دانشگاه و مدیریتهای زیرمجموعه ایشان
- تصویب طرحهای پژوهشی اعضای هیات علمی و پایان نامه های تحقیقاتی دانشجویان
- نظارت بر روند صحیح اجرای طرح های پژوهشی
- پایش و ارزشیابی عملکرد فعالیتهای پژوهشی اعضای هیئت علمی

- برنامه ریزی و فراهم سازی زمینه برگزاری کارگاه های پژوهشی
- برنامه ریزی و بسترسازی جهت برگزاری همایش های علمی
- ترغیب و تشویق اعضاء هیئت علمی جهت شرکت در همایشهای علمی داخل و خارج کشور
- سیاست گذاری و نظارت بر امور کتابخانه و تامین منابع کتابخانه ای
- سیاست گذاری و نظارت بر امور مربوط به فن آوری اطلاعات در راستای سیاست های مدیریت آمار و اطلاع رسانی دانشگاه
- ترغیب و تشویق دانشجویان جهت مشارکت فعال در تدوین و اجرای طرحهای تحقیقاتی

۴. اعتبار بخشی آموزشی مرکز

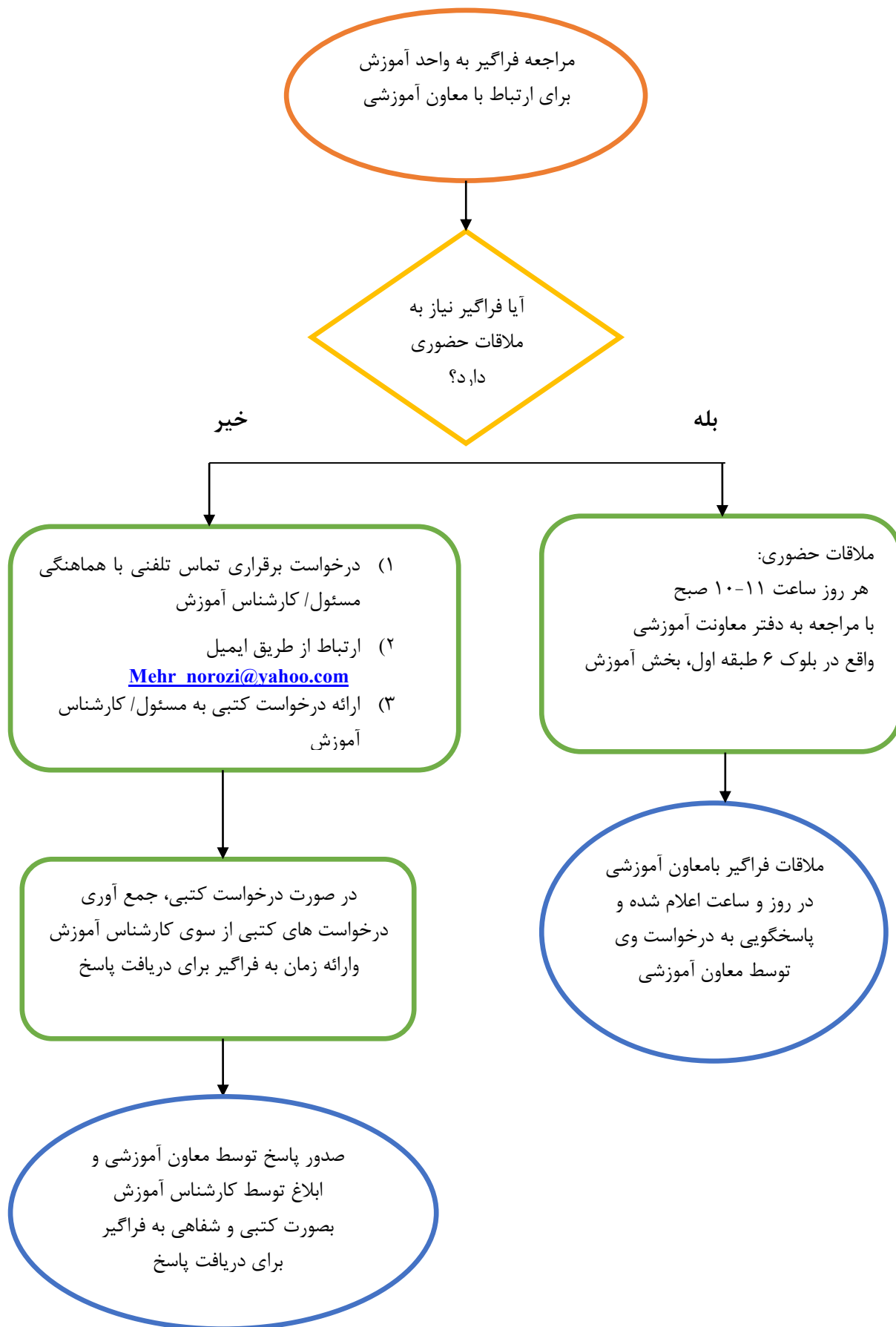
هدف از اعتباربخشی بیمارستان ها و موسسات آموزشی را ارتقای کیفیت و همسویی این مراکز با استاندارد های ملی و بین المللی می توان ذکر کرد. این فرایند، نیازمند ارتقاء مستمر کیفیت می باشد و جهت اطمینان از حفظ موقعیت اعتبار داده شده و یا ارتقاء آن در سازمان یا موسسه مربوطه، به ارزیابیهای مجدد آن در دوره های زمانی مختلف، نیاز می باشد.

نحوه ارزیابی این فرایند شامل دو مرحله می باشد :

مرحله اول بصورت خودارزیابی (ارزیابی دورنی) می باشد.

مرحله دوم، ارزیابی بیرونی است که گروهی از افراد خارج از سازمان و یا موسسه مذکور به ارزیابی عملکرد آن می پردازد. در همین راستا، اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی یکی از انواع اعتباربخشی میباشد که ابعاد مختلف عملکرد این مراکز را در ۹ حیطة متناسب با ارائه آموزش بالینی در سطوح مختلف از طریق انطباق آن با استانداردهای تعریف شده موجود، توسط کارشناسان خبره مورد بررسی قرار میدهد. ابعاد مختلف عملکرد آموزشی مراکز آموزشی درمانی در ۹ حیطة مختلف از طریق استانداردهای اعتباربخشی که شامل ۶۶ استاندارد میباشد، مورد بررسی قرار میگیرد

فرآیند ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی بیمارستان



تعهدات رزیدنتها در گروه کودکان

- ۱- ورود به بیمارستان در روزهای عادی ساعت ۷:۳۰ صبح و خروج از بیمارستان ساعت ۱۴
- ۲- ورود به بیمارستان در روزهای تعطیل و پنجشنبه ساعت ۷:۴۵ صبح و خروج از بیمارستان ساعت ۱۳:۳۰
- ۳- ساعت ۱۴ تحویل بیماران PICU و NICU و بیماران بد حال بخش بصورت حضوری و کتبی با محتوای مشخصات بیمار، همراه با تشخیص و اقدامات لازم در ساعت کشیک.
- ۴- تمامی دستورات که از طریق مکالمه شفاهی صورت میگیرد باید در پرونده مکتوب گردد، بخصوص د ساعت کشیک
- ۵- تحویل دفتر ثبت بیماران فقط توسط رزیدنت اورژانس ساعت ۷:۴۰ به آموزش اطفال تحویل گردد. (دفتر فوق نباید توسط کارورز، کارآموز و یا ... تحویل گردد)
- ۶- حضور رزیدنتها ۸:۱۵ در گزارش صبحگاهی
- ۷- رزیدنت ارشد هر روز در کشیک وظیفه دارد به تمامی بخشها سرکشی و بیماران تازه پذیرش شده و بدحال را معاینه و در پرونده(به ساعت و تاریخ) ثبت نماید.
- ۸- رزیدنت ارشد کشیک هر روز باید ساعت ۲۲:۳۰ شب بیماران تازه بستری شده را با حضور کارورزان و رزیدنت کشیک (غیر از رزیدنت اورژانس) راند کرده و تشخیص بیماران بحث شود.
- ۹- رزیدنت ارشد و رزیدنت مسئول بیمار همراه با کارورزان کشیک باید برای معرفی بیمار صبح فردا آمادگی داشته و تمامی اقدامات انجام گرفته را مطلع باشند.
- ۱۰- در پایان هر ماه دستیاران موظف به گرفتن برگه ارزیابی درون بخشی از آموزش و دریافت نمره از استاد بخش مربوطه می باشند

وظایف رزیدنت سال اول کشیک اورژانس

- حضور مداوم و مقیم اورژانس
- آموزش اینترن های کشیک
- نظارت بر حضور و عملکرد اینترنهای کشیک اورژانس
- معاینه و اخذ و ثبت شرح حال از بیماران بستری
- ثبت دستورات داروئی در دو برگه اورژانس و برگه دستورات بستری با هماهنگی و تحت نظارت رزیدنت ارشد اورژانس
- نظارت بر اجرای دستورات دو برگه در اورژانس و انجام کلیه اقدامات درمانی بیماران
- پیگیری آزمایشات بیماران بستری در اطفال III
- نظارت بر حسن درمان بیماران در بخش اطفال III

رزیدنت سال اول کشیک بخش

- در روزهایی که یک نفر رزیدنت سال اول در بخش کشیک باشد
- امور مربوط به بیماران بخش های نفرولوژی، اطفال I و اطفال II و نوزادان بعهدہ رزیدنت سال اول میباشد و در کلیه امور موظفہ هماهنگی با رزیدنت سال سه یا دو کشیک بخش می باشد.
- در روزهای که دو نفر رزیدنت سال اول در بخش کشیک باشند مسئولیت بخش های نفرولوژی، اطفال I و اطفال II و نوزادان بین آنها تقسیم خواهد شد.
- رزیدنت سال اول کشیک هیچگونه مسئولیتی در زمینه بیماران بخش خون و PICU ندارد (اعم از نوشتن دستورات، رویت آزمایشات و غیره)

رزیدنت سال سه و دو کشیک بخش (رزیدنت ارشد کشیک در بخش ها)

- 1) رزیدنت ارشد کشیک بعنوان جانشین مدیر گروه در شیفت عصر و شب می باشد و در قبال کلیه امور مربوط به بیماران بستری می بایست پاسخگو باشد.
- 2) نحوه تقسیم بخشها در شیفت کشیک عصر و شب ماهانه براساس تعداد رزیدنت ها مشخص خواهد شد.
- 3) مسئول برگزاری گزارش صبحگاهی، پیگیری درمان بیماران، ارائه سیر درمان و شرح حال بیماران در گزارش صبحگاهی رزیدنت سال ۲ بخش می باشد.

وظایف رزیدنت ارشد سال دوم کشیک اورژانس

- 1- تصمیم گیری در مورد بیماران مراجعه کننده به اورژانس - ثبت دستورات - نظارت بر حسن اجرای دستورات.
- 2- تصمیم گیری و نظارت بر بستری بیماران در بخش های مختلف و تقسیم تخت های بخش ها.
- 3- رزیدنت ارشد مسئول مستقیم پذیرش بیماران اعزامی از سایر مراکز می باشد.
- 4- نظارت بر تایپ صحیح اسامی بیماران و تشخیص های احتمالی در جدول گزارش صبحگاهی.
- 5- تماس با اتند مسئول گزارش صبحگاهی و هماهنگی جهت برگزاری جلسه گزارش صبحگاهی.
- 6- نظارت بر تقسیم بیماران بستری در هرکشیک بین کارورزان جهت ارائه گزارش صبحگاهی.
- 7- تماس با اساتید آنکال و مشاوره تلفنی و کسب تکلیف در مورد بیماران بستری در موارد لزوم.
- 8- حضور در چک راند ساعت ۲۲ بخش ها.
- 9- حضور در اورژانس در طول مدت کشیک از ساعت ۱۴ تا ۸ صبح.

- رزیدنت های سال ۳ می بایست قبل از اسفند ماه نسبت به دفاع پایان نامه اقدام نمایند.
- رزیدنت های سال یک می بایست قبل از امتحان ارتقا نسبت به تصویب پروپوزال پایان نامه اقدام نمایند.
- کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس جهت بستری بعد از انجام کلیه امور زیر مجاز به انتقال به بخش ها می باشند:
- تعبیه آنژیوکت و شروع سرم تراپی و تعیین تکلیف و برنامه درمانی و در صورت نیاز مشاوره با اساتید آنکال (فقط توسط رزیدنت سال ۲ یا ۳)، رزرو خون و پلاکت و در موارد خاص تزریق فرآورده ها، کنترل خونریزی تعبیه تامپون.
- مسئول تمامی امور درمان و بستری بیماران در شیفت عصر و شب اورژانس رزیدنت ارشد اورژانس می باشد.
- تمامی رزیدنت ها اعم از رزیدنت سال یک، دو و سال سه و کلیه اینترن ها بجز اینترن های مقیم اورژانس باید در چک راند ظهر و شب شرکت نمایند.
- رزیدنت سال اول مقیم در اورژانس از شرکت در چک راند معاف می باشد.
- رزیدنت سال دوم کشیک اورژانس فقط در چک راند ساعت ۲۲ شرکت خواهد نمود.
- تمامی اینترن ها و رزیدنت های کشیک موظف به رعایت سلسه مراتب و اجرای دستورات مقام ارشد بدون کم و کاست می باشند.
- هر گونه مرخصی روزانه در روز بعد کشیک ممنوع می باشد.
- حضور در گزارش صبحگاهی (تحت هر شرایط) اجباری می باشد، بجز رزیدنت سال اول اورژانس.
- هر گونه مرخصی در صورت عدم تأیید توسط اتند مسئول آموزش دستیاران بمنزله غیبت و عدم حضور غیر موجه تلقی خواهد گردید.
- کلیه دستیاران موظف به ثبت زمان ورود و خروج به بیمارستان در دستگاه تایمکس (ثبت با اثر انگشت) می باشند.
- رزیدنت های سال یک در قبال امور مربوط به بیماران بخش خون و PICU هیچگونه مسئولیتی ندارند.
- انجام هر گونه مشاوره تلفنی با اساتید آنکال جزء وظایف رزیدنت سال ۲ و ۳ می باشد. (رزیدنت سال اول مجاز به مشاوره تلفنی با اساتید نمی باشند)
- قبل از انجام هر گونه مشاوره اورژانس با اساتید گروه اطفال (درون گروهی) رزیدنت مسئول کشیک یا رزیدنت مسئول بیمار باید به صورت تلفنی با اتند مربوطه هماهنگ شود و سپس نسبت به مشاوره کتبی اقدام نماید.
- دستیاران اطفال موظف به تکمیل Log book اینترنتی دوره رزیدنتی و و تایید توسط استاد مربوط می باشند.

دستورالعمل اجرایی رزیدنتها

- ۱- رزیدنت اورژانس ملزم به اطلاع بیمار انتقالی به رزیدنت ارشد بخش (بعد از اتمام کارهای اولیه که شامل شرح حال گیری و دستورات پزشکی می باشد) اطلاع داده و ساعت آنرا در پرونده ثبت کند.
- ۲- رزیدنت بخش موظف است با توجه به وضعیت عمومی که رزیدنت اورژانس به ایشان اطلاع داده است اگر اورژانسی باشد کمتر از چند دقیقه بر بالین بیمار حاضر و پیگیری حال عمومی و اجرای دستورات باشد و یا در صورت نیاز تغییر در دستورات بیمار با هماهنگی رزیدنت ارشد اقدام نماید.
- ۳- رزیدنت ارشد موظف است براساس تماس و پیگیری رزیدنت بخش و در صورت نیاز بر بالین بیمار حاضر و دستورات لازم را با مسئول شیفت بخش مربوطه دستورات پزشکی را انجام دهند.
- ۴- تمامی امورات اشاره گردیده با هماهنگی مسئول شیفت و پرستار مسئول بیمار در طول ساعات کشیک برای روزهای عادی از ساعت ۱۴ تا ۸ اقدام و برای روزهای تعطیل در طول ساعات شبانه روزی انجام گردد. هر گونه کوتاهی و ... بایستی در پرونده بیمار ثبت و به موازین مربوطه در طول ساعات کشیک گزارش شود بدین معنی رزیدنت ارشد مسئول نهایی دستورات پزشکی و سوپروایزر بیمارستان مسئول پرستاری خواهد بود و نیازی به هیچگونه رفتار شخصی در این امور از طرف رزیدنت ها با پرستاران نمی باشد

شرح وظایف کارآموز مطابق بندهای زیر است:

الف - کلیات:

- ۱- رعایت مفاد آیین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- رعایت مقررات مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری، بخشها و گروه آموزشی کودکان
- ۴) حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان

ب - مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی:

- ۱- اخذ شرح حال کامل و معاینه بالینی ، پیگیری و تفسیر نتایج آزمایشات و بررسی های پاراکلینیک ، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص های افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود.
- ۲- آشنایی اولیه با کلیه بیماران بستری در بخش مربوطه
- ۳- ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط به خود در بخش به همراه کارورز و دستیار و پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری روزانه
- ۴- در صورت لزوم و به تشخیص گروه نوشتن یادداشت های مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on – and off – service notes)

ج - اقدامات تشخیصی - درمانی:

- ۱- فراگیری امور زیر به منظور کسب مهارت به مدت ۳ ماه و با تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده کارآموز می باشد. بدیهی است با توجه به راه اندازی مراکز آموزش مهارت های بالینی لازم است این مهارتها قبل از مواجهه با بیمار واقعی در این مرکز و به نحو مقتضی به کارآموزان آموزش داده شود.
- * تزریقات (زیر جلدی، عضلانی، وریدی)
 - * رگ گیری (IV cannulation)
 - * نمونه گیری وریدی (venous blood sampling)
 - * نمونه گیری برای کشت خون
 - * گرفتن ECG و تفسیر آن
 - * پانسمان ساده
 - * رنگ آمیزی گرم و مشاهده لام
 - * تهیه و تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار
 - * ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه
 - * فیزیوتراپی تنفسی
 - * تهیه و رنگ آمیزی و تفسیر لام خون محیطی

* نمونه گیری از گلو و زخمها برای انجام اسمیر مستقیم و کشت

* اندازه گیری بیلی روبین با دستگاه بیلی چک

* اندازه گیری قند خون با استفاده از گلوکومتر

* استفاده از اسپری های تنفسی با و بدون دم یار

* استفاده از دستگاه نبولایزر

* انجام پالس اکسی متری

* استفاده از اسپری های بینی

* استفاده از سیستم های اطلاع رسانی الکترونیکی بیمارستان مانند HIS - PACS

۲- انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار میتواند توسط کارآموز انجام شود:

- گذاشتن لوله معده و گرفتن نمونه از ترشحات معده

- گذاشتن سوند ادراری (بجز در نوزادان و شیرخواران)

- گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)

- فلبوتومی

- بخیه زدن و کشیدن بخیه

- انجام تست PPD و خواندن آن

- انجام پانسمان هایی که نیاز به دبریدمان ، شستشوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند.

- انجام واکسیناسیون روتین اطفال در خانه های بهداشت و یا درمانگاهها.

۳- کارآموزان در موارد زیر می توانند انجام هر کدام از این اعمال را توسط فراگیران مقاطع بالاتر (کارورز یا

دستیار یا اعضای هیأت علمی) مشاهده نمایند:

- مشاهده تامپون قدامی بینی

- مشاهده خارج کردن جسم خارجی از گوش ، حلق ، بینی و چشم

- مشاهده گذاشتن لوله تراشه و airway

- مشاهده آتل گیری

- مشاهده انجام پونکسیون لومبار (Lumbur puncture)
- مشاهده تخلیه آبسه
- مشاهده نمونه گیری سوپراپوبیک
- مشاهده کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور
- مشاهده و یادگیری CPR
- مشاهده آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان
- مشاهده پونکسیون مفصل زانو
- مشاهده تزریق داخل نخاعی (intrathecal) و داخل مفصلی
- مشاهده انجام جراحی های سرپایی ساده (ختنه ، برداشتن توده های سطحی ، خارج کردن ingrowing nail)
- مشاهده گذاشتن chest tube
- مشاهده تزریق داروهای خطرناک
- مشاهده تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی
- مشاهده درناژ سوپراپوبیک مثانه
- مشاهده گذاشتن کانتور ورید نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان
- مشاهده سونداژ ادراری نوزادان و شیرخواران
- مشاهده کات دان
- مشاهده انجام اکوکاردیوگرافی
- مشاهده انجام اسپیرومتری
- مشاهده انجام EEG
- مشاهده انجام Dissimpaction روده
- مشاهده نحوه استفاده از دستگاه CPAP
- مشاهده نحوه انجام دیالیز صفاقی
- مشاهده نحوه تجویز سورفکتانت در نوزادان نارس دچار RDS
- مشاهده هر اقدام تشخیصی ، درمانی و تهاجمی دیگر که در برنامه آموزشی مصوب کارورزان پیشنهاد شده است
- بقیه موارد مشابه که در این آیین نامه نیامده است.

د - شرکت در همایش های آموزشی:

- ۱- شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس های درس تئوری و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس های علمی، راندهای آموزشی و سایر برنامه های آموزشی براساس برنامه های گروه آموزشی کودکان
- ۲- حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج
- ۳- حضور در درمانگاه یا خانه های بهداشت طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه از بیمار و معرفی بیمار به پزشک معالج یا دستیار.
- ۴- معرفی بیمار در راندهای آموزشی طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل: معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص های افتراقی و طرح درمانی.
- ۵- ارائه کنفرانس های علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط استاد بخش مربوطه یا دستیار ارشد بخش.

ه - حضور در بیمارستان:

- ۱- ساعت حضور در بیمارستان کارآموزان ۷:۴۵ و خروج ۱۳:۳۰ می باشد.
- ۲- حضور در بیمارستان، درمانگاه و یا خانه های بهداشت طبق برنامه تعیین شده از طرف گروه است.
- ۳- مسئولیت نظارت بر حضور فیزیکی کارآموزان و حسن اجرای زمان بندی شده برنامه با رزیدنت ارشد بخش کودکان، کارشناس آموزش گروه و نیز مسئول پرستاری بخش می باشد.
- ۴- ترک بیمارستان در ساعات ذکر شده جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است.
- ۵- خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت استاد بخش مربوطه و امضای جانشین و ارائه برگه مرخصی به واحد آموزش مقدور است.
- ۶- حضور و غیاب کارآموزان در تمامی فعالیت های زمان بندی شده با کارشناس آموزشی گروه کودکان بوده و ضمن تذکر موارد منفی به کارآموز، در آخر هر دوره به مسئول برگزاری امتحان فینال تحویل خواهد شد.
- ۷- کارآموزان حق استفاده از ۶ روز مرخصی در طول دوره را خواهند داشت. مرخصی روزانه با موافقت استاد بخش مربوطه و امضای جانشین و ارائه برگه مرخصی به واحد آموزش مقدور است.

۸- غیبت بیش از ۱/۱۰ مدت کارآموزی اگر موجه باشد موجب حذف بخش مذکور و چنانچه غیرموجه باشد موجب ثبت نمره صفر خواهد شد. کارآموزان در طول دوره موظف به شرکت در ۲۰ جلسه گزارش صبحگاهی، ۵۵ راند آموزشی و ۶۳ جلسه کلاس تئوری می باشند. غیبت بیش از ۳ جلسه در مورنینگ، ۳ جلسه در راندهای آموزشی و درمانگاه و ۶ جلسه در کلاس تئوری در صورت موجه بودن موجب حذف بخش و در صورت غیر موجه بودن موجب ثبت نمره صفر خواهد شد.

۹- غیبت در کلاس تئوری بر نمره تئوری و غیبت در گزارش صبحگاهی و راند بخش بر نمره عملی دانشجو تأثیر خواهد داشت.

و- آموزش و ارزیابی

- ۱- آموزش و راهنمایی کارآموزان در گرفتن شرح حال، معاینه کودک و نوشتن سیر بیماری با کارورزان و دستیاران بوده، توسط آنها تایید و امضاء شده و جزو فعالیت آموزشی کارورزان و دستیاران می باشد.
 - ۲- در صورت عدم حضور استاد مربوطه به هر علت (مرخصی، شرکت در جلسات بیمارستان، دانشکده و کارگاه های مختلف و ...) راند آموزشی به عهده دستیار بخش و با محتوای آموزشی برای کارآموزان می باشد.
 - ۳- کارآموزان موظف به ارائه فرم تکمیل شده نمره درونبخشی در پایان هر بخش طبق برنامه می باشند.
 - ۴- نمره تئوری پایان دوره بر اساس آزمون کتبی و نمره بخش به صورت زیر می باشد:
 - ۴۰٪ از نمره آزمون بخش آخر دوره (۸ نمره از ۲۰)
 - ۳۵٪ از نمره آزمون تئوری آخر دوره (۷ نمره از ۲۰)
 - ۲۵٪ از نمره ارزیابی درون بخشی در طول دوره (۵ نمره از ۲۰)
- ❖ لازم به ذکر است که در مورد هر یک از نمرات فوق دانشجو باید حداقل ۶۰٪ نمره را کسب نماید در غیر اینصورت در درس کودکان مردود محسوب خواهد شد.

- ۵- ارائه دفترچه گزارش حضور در مورنینگ (بیماران معرفی شده) و گزارش حضور در درمانگاه برای تمامی کارآموزان الزامی می باشد و پس از بررسی گزارشات توسط مدیر گروه در نمره پایان دوره دخالت داده خواهد شد.
- ۶- موارد تخلف کارآموزان از شرح وظایف فوق و یا هر گونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارآموزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسید. مورد به مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.

۷- ارائه هر گونه انتقاد ، پیشنهاد و... در باره کل برنامه و قسمت های مختلف آن مزید امتنان فراوان بوده و جزو فعالیت

آموزشی شما کارآموزان عزیز می باشد

- برنامه آموزشی بخش های مختلف گروه آموزشی کودکان

الف- برنامه آموزش کارآموزان پزشکی بخش کودکان

گزارش صبحگاهی : شنبه تا چهارشنبه	۸:۱۵-۹:۱۵	۱
ویزیت آموزشی بیماران و درمانگاه کودکان	۹/۳۰- ۱۱/۳۰	۲

اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای

از آنجا که هدف از آموزش دانشجو در دانشگاه های علوم پزشکی ، در حقیقت تربیت نیروی ماهر جهت انجام حرفه مقدس پزشکی و پیرا پزشکی و احتمالاً ورود به حریم خصوصی افراد است. از این رو به عنوان یک وظیفه ی شرعی و اخلاقی ، دانش آموخته موظف است رفتاری کاملاً حرفه ای و متناسب با شأن محیط های علمی و درمانی از خود نشان دهد و همواره به عنوان مشاوره رازدار به حریم خصوصی و شأن و مقام دیگران احترام بگذارد.

شرح وظایف فراگیران

- ۱) رعایت شئونات شرعی و رفتار حرفه ای و پوشش حرفه ای در تمامی ساعات حضور در بیمارستان
- ۲) رعایت مفاد آیین نامه های ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اعم از استانداردهای اعتبار بخشی ، حفظ حقوق و ایمنی بیمار ،....
- ۳) فراگیران موظفند در ابتدای دوره خود را به اتند مربوطه معرفی نمایند و معرفینامه تو سط اتند مربوطه امضا و به واحد آموزش اعلام گردد.
- ۴) پی گیری تقسیم تختهای بستری بیماران بین فراگیران از مدیران گروهها
- ۵) اعلام لیست کشیک به واحد آموزش در ابتدای دوره توسط نماینده گروه
- ۶) امضا روزانه دفاتر حضور و غیاب (واقع در واحد آموزش یا دفتر مدیر گروه)

- ۷) حضور اینترنهای غیر کشیک در بخش ها جهت انجام امور بیماران و راند با اتند مربوطه
- ۸) رعایت الزامات اصول پرونده نویسی
- ۹) انتخاب یک نفر نماینده برای هماهنگی کلاس ها با اساتید مربوطه
- ۱۰) ارائه حداکثر ۳ کنفرانس دانشجویی به عنوان کارگروهی با هماهنگی استاد مربوطه.
- ۱۱) اعلام لیست (شامل : اسامی، عنوان، تاریخ کنفرانسهای برگزار شده) جهت ثبت در فعالیتهای آموزشی گروه در ابتدای دوره.
- ۱۲) حضور فعال در تمامی فعالیت های آموزشی طبق برنامه.
- ۱۳) مطالعه دقیق مورد های اطلاع رسانی واقع در بخش برای آشنایی بیشتر با وظایف.
- ۱۴) حضور منظم در برنامه و فعالیتهای آموزشی بخش مربوطه طبق کوریکولوم و رعایت شرح وظایف تنظیمی توسط مدیر گروه و معاون آموزشی پزشکی عمومی گروه
- ۱۵) همراهی کردن بیماران بد حال یا اینتوبه در هنگام خروج از بخش جهت اقدامات تشخیصی و درمانی و همچنین هنگام اعزام بیماران بد حال به مراکز درمانی دیگر طبق صلاحدید اتند کشیک.
- ۱۶) پیگیری انجام کلیه اقدامات ت شخی صی و درمانی و بررسی آخرین نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی و اطلاع دادن آن به اتند کشیک
- ۱۷) انجام اقدامات تشخیصی و درمانی زیر بر عهده کارورزان می باشد : گرفتن - ABG تفسیر - ECG گذاشتن لوله معد - گذاشتن کاتتر فولی
- ۱۸) انجام اقدامات تشخیصی و درمانی زیر با صلاحدید و تحت نظارت مستقیم اتند کشیک بوسیله کارورز قابل انجام است : گذاشتن لوله تراشه و برقراری راه هوایی - گذاشتن Chest Tube - Tap مایع آسیت یا پلورال افیوژن - ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه
- ۱۹) رگ گیری و نمونه گیری وریدی - گرفتن ECG
- ۲۰) پایدار کردن بیمار شامل عملیات احیاء و انجام اقدامات اولیه شامل رگ گیری از بیماران
- ۲۱) گرفتن ABG ، نظارت بر ت سریع انجام و رویت فوری و تفسیر EKG، انتوبه کردن با نظارت رزیدنت یا پزشک متخصص اورژانس ، سونداژ و گرفتن NGT

الزامات کلی دانشجویان در محیط های آموزشی - پژوهشی:

- ۱) دانشجویان می باید از ایجاد هر گونه اختلال به هنگام تدریس خودداری نمایند.
- مصادیق اختلال : ورود به کلاس بعد استاد / خوردن و آشامیدن / بلند صحبت کردن ، خندیدن و ایجاد سرو صدا / استفاده از تلفن همراه و سایر وسایل صوتی و تصویری
- ۲) انجام هرگونه رفتار یا عملی که خلاف منزلت دانشجویی و رفتار حرفه ایست ، ممنوع است.
- ۳) حفاظت و استفاده صحیح از امکانات و تجهیزات آموزشی در اختیار ، از وظایف دانشجو است.

الزامات کلی دانشجویان در محیط های بالینی:

- ۱) از آنجائیکه رعایت حریم شخصی و آرامش روحی بیمار در هر شرایطی برای دانشجویان الزامی است، لذا باید سعی نمایند قبل از معاینه، آزمایش و یا تهیه شرح حال، رضایت بیمار را اخذ نمایند.
- ۲) دانشجویان در صورتی که دستورالعملی را به ضرر بیمار و یا ناقض مقررات بالینی و ایمنی ببینند، باید در ابتدا آن را با رزیدنت ارشد آموزش بالینی در میان بگذارند.
- ۳) هنگام معاینه باید حریم خصوصی بیماران رعایت شود.
- ۴) دانشجویان باید به مذهب و فرهنگ بیماران احترام بگذارند.
- ۵) دانشجویان باید اسرار بیماران را حفظ نمایند.

مقررات انضباطی فراگیران

دستیارانی که در انجام وظایف خود به نحو قابل توجهی کوشش کنند برحسب مورد به شرح زیر مورد تشویق قرار خواهند گرفت:

- ۱) اعطای تقدیر نامه از سوی مدیر گروه به پیشنهاد رئیس بخش
- ۲) اعطای تقدیر نامه از سوی دانشکده به پیشنهاد رئیس بخش و تأیید مدیر گروه
- ۳) اعطای تقدیر نامه از سوی رئیس دانشگاه به پیشنهاد رئیس دانشکده

در صورتیکه دستیاران مقیم در انجام وظایف محوله قصور ورزند با توجه به اهمیت مسئله بر حسب مورد تنبیهاتی به شرح زیر در مورد آن ها اعمال خواهد شد:

- ۱) اخطار کتبی از سوی مدیر گروه به پیشنهاد رئیس بخش
 - ۲) توبیخ کتبی از سوی دانشکده به پیشنهاد رئیس بخش و تأیید مدیر گروه
- **رسیدگی به تخلفات اولیه کارورزان و دستیاران که حداکثر موجب تعلیق چهار هفته ای خواهد شد(با قطع حقوق و افزایش دوره و درج در پرونده) با رئیس بیمارستان و رئیس بخش مربوطه خواهد بود.

بیانیه رعایت حقوق گیرندگان خدمت

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری با هدف تأمین حقوق گیرندگان خدمات سلامت، حفظ و ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی بین ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت، رعایت موارد ذیل را که بر گرفته از قوانین و مقررات جاری می باشد، برای همه فراگیران الزامی می داند:

- ۱) تمامی فراگیران با رعایت موازین اخلاقی اسلامی و طبق منشور اخلاقی و اداری وظایف خود را به نحو احسن در راه خدمت به مردم و با در نظر گرفتن حقوق و خواسته های قانونی آنها انجام داده، و ملزم به رعایت منشور حقوق بیمار می باشند. (متن منشور حقوق بیمار در ادامه آمده است.)
- ۲) تمامی مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری از حقوق یکسان برخوردار می باشند و هرگونه بی اعتنایی به امور مراجعین و تخلف از قوانین و مقررات عمومی در این مرکز ممنوع بوده، به شکایات واصله از سوی مراجعین رسیدگی خواهد شد.
- ۳) با توجه به اینکه هدف نهایی مرکز دستیابی به رضایت خدمت گیرندگان از طریق ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت می باشد رضایت سنجی از مراجعین به صورت ادواری در بیمارستان انجام و در ارزیابی عملکرد پرسنل مربوطه تأثیر گذار می باشد.
- ۴) تمامی فراگیران مرکز موظفند؛ وظایف خود را با دقت، سرعت، صداقت، امانت، گشاده رویی، انصاف و تبعیت از قوانین و مقررات عمومی و اختصاصی مرکز که به آنها ابلاغ گردیده، ارائه نمایند و در مقابل عموم مراجعین به طور یکسان و به مرکز در خصوص انجام وظیفه پاسخگو می باشند.
- ۵) کارمندان مرکز در انجام وظایف و مسئولیتهای قانونی در برابر شاکیان مورد حمایت مرکز می باشد



منشور حقوق بیمار

منشور حقوق بیمار

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

- ❖ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ❖ بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ❖ فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ❖ بر اساس دانش روز باشد.
- ❖ مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ❖ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد.
- ❖ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ❖ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد.
- ❖ توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- ❖ در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- ❖ با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- ❖ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ❖ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- ❖ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش:

- ❖ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش.
- ❖ نام، مسؤلیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر.
- ❖ روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار.

- ❖ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ❖ کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ❖ ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان
- ❖

1. Patient Rights Charter

نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- ❖ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:
- ❖ تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
- ❖ بیمار علی‌رغم 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 می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

- ❖ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط.
- ❖ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور.
- ❖ شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.
- ❖ قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.
- ❖ اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

- ❖ انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- ❖ پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

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

- ❖ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- ❖ در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود، ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- ❖ فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند، می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

❖ 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.

دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

- ❖ هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت نماید.
- ❖ بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- ❖ خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.
- ❖ در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار - مذکور در این منشور - بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود.
- ❖ البته چنانچه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.
- ❖ چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود

دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی - کد کشوری دستورالعمل: م-پ-۲-۶/۹۶ و الزامات بیمه ای

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

اهداف اختصاصی:

۱. ایجاد بستری مناسب جهت توصیف خدمات ارائه شده به بیمار، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت و تدوین دقیق طرح مراقبت از بیمار
۲. ایجاد مستندات قانونی در مورد ضرورت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار، صیانت از حقوق بیمار و پشتیبانی از تصمیمات حرفه ای ارائه دهندگان خدمت
۳. تضمین بازپرداخت خدمات ارائه شده به بیمار
۴. ایجاد منابع غنی اطلاعاتی به منظور تقویت آموزش و پژوهش در حوزه پزشکی و حرف وابسته

بخش اول: اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

ماده ۲. تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.

تبصره ۱-۲. با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاهها و دانشکده ها، لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

تبصره ۳-۱. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت غلایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد" یا اختصار آن (N/A) استفاده شود. **Not Applicable.**

ماده ۵. اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

تبصره ۵-۱. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

تبصره ۶-۱. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

تبصره ۶-۲. هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول

گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

تبصره ۶-۳. در الصاق EKG - و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.

تبصره ۶-۴. ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

ماده ۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.

تبصره ۷-۱. در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند -) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املای صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۱. در ثبت عبارات های تشخیصی رعایت نکات زیر ضروری می باشد:

- ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت های همراه و عوارض) در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.
- عدم ثبت علائم و نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص. در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.
- عدم تناقض در ثبت عبارات های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.
- رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات (به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی از سایر وضعیت ها) صورت گیرد.
- از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.

ماده ۲. عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می باشد، ذکر محل دقیق)، سمت موضع

(در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیک و ...) باشد. در موارد استفاده از اصطلاح اپونیم در شرح اقدام، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

تبصره ۳-۱. پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

ماده ۱-۴. دستورات تلفنی (Tel orders) بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۴-۱. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
- نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

تبصره ۵-۱. لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه " دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد " قابل انجام است.

تبصره ۵-۲. گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج، باید در پرونده بیمار موجود باشد.

ماده ۶. کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی (Panic value) را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

بخش سوم: اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی / مستندات از قلم افتاده

گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود.

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

تبصره ۱-۱. اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره ۱-۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

تبصره ۱-۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

ماده ۲. مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

تبصره ۲-۱. ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان " ثبت تاخیری " مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

تبصره ۲-۲. ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: ضمایم و ملحقات "نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

ماده ۳. روش اضافه کردن اطلاعات:

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه " ضمیمه / اضافه شده " ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

تبصره ۳-۱. ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. اینگونه یادداشتهای برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
- واژه " یادداشت توضیحی " ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
- تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی
گزارش های مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص *	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

نوار مغز، نوار قلب، تستهای استرس تردمیل، تصویربرداری پزشکی و سایر گزارش ها، اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد تحت عنوان (late entry یادداشت های تاخیری) در پرونده ثبت می گردد.

ماده ۴. رفع نقص پرونده پزشکی

- در بخش مدارک پزشکی، پرونده پس از بررسی کمی و کیفی، در صورت ناقص بودن، باید مستند ساز را از طریق فکس، ایمیل، یا اطلاع الکترونیکی از نقص پرونده پزشکی آگاه کند. مستند ساز موظف است طی ۱۴ روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.

۲. الصاق فرم رفع نقص (که حاوی نام و شماره پرونده بیمار و عناصر ناقص پرونده و تاریخ ارجاع به بخش درمانی می باشد) ضروری است.

۳. چنانچه پرونده ظرف ۱۴ روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدارک پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد.

الزامات بیمه ای:

مجموعه ای از الزامات تعیین شده توسط سازمان های بیمه گر ، به عنوان خریداران عمده سلامت است که ارائه دهنده خدمت ، ملزم به رعایت آنها می باشد.

- اجرای کلیه نکات مربوط به مستند سازی و پرونده نویسی
- ویزیت کلیه پزشکان میبایست با مهر و امضاء و تاریخ باشد.
- کدهای جراحی باید مطابق با کتاب ارزش نسبی درخواست شود.
- تمامی اقدامات درمانی باید با امضاء و تاریخ و ساعت به روشنی در پرونده ثبت گردد.
- درخواست ارائه خدمات می بایست دقیقاً مطابق با نوع انجام آن خدمت باشد. مثال:
- در درخواست سی تی اسپیرال حتما کلمه اسپیرال ثبت شود.
- در درخواست سونوی مثانه پرتابل حتما به کلمه پرتابل اشاره شود.

دستورالعمل و راهنمای مستندسازی فرم های پرونده پزشکی به پیوست کتابچه توجیهی بدو ورود فراگیران می باشد

رعایت ایمنی بیمار:

کلیه فراگیران موظف هستند که نسبت به استقرار شاخصهای ایمنی بیمار (مرگ و میر - زخم بستر - سقوط از تخت - عفونتهای بیمارستانی - خطاهای بیمارستانی) متعهد باشند و ایمنی بیمار را که یکی از ارزشهای سازمانی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری و از اولویتهای استراتژیک مرکز بوده و در برنامه استراتژیک لحاظ گردیده ، در سرلوحه کار خود قرار دهند و ضمن همکاری با کمیته های مربوطه خود را ملزم به رعایت الزامات ایمنی بیمار بدانند و نسبت به گزارش خطاهای درمانی برای به مشارکت گذاشتن تجارب و جلوگیری از تکرار مجدد خطاها کمک نمایند.

نه راه حل ایمنی بیمار:

 نه راهکار ارائه شده جهت patient safety از طرف سازمان بهداشت جهانی 		
	<p style="text-align: center;">توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی</p> <p>Look-alike, sound-alike medication names</p>	۱
	<p style="text-align: center;">توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا</p> <p>patient identification</p>	۲
	<p style="text-align: center;">ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار</p> <p>communication during patient hand-overs</p>	۳
	<p style="text-align: center;">انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار</p> <p>performance of correct procedure at correct body site</p>	۴
	<p style="text-align: center;">کنترل غلظت محلول های الکترولیت</p> <p>control of concentrated electrolyte solutions</p>	۵
	<p style="text-align: center;">اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات</p> <p>assuring medication accuracy at transitions in care</p>	۶
	<p style="text-align: center;">اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها</p> <p>avoiding catheter and tubing misconnections</p>	۷
	<p style="text-align: center;">صرفاً یکبار استفاده از وسایل تزریقات</p> <p>single use of injection devices</p>	۸
	<p style="text-align: center;">بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی</p> <p>improved hand hygiene to prevent health care-associated infection</p>	۹

اصول دارو دهی بر اساس هفت رایت

اصول دارو دهی صحیح بر اساس 7R

یکی از 9 راه حل ایمنی بیمار



موارد قابل توجه در دسته های دارویی

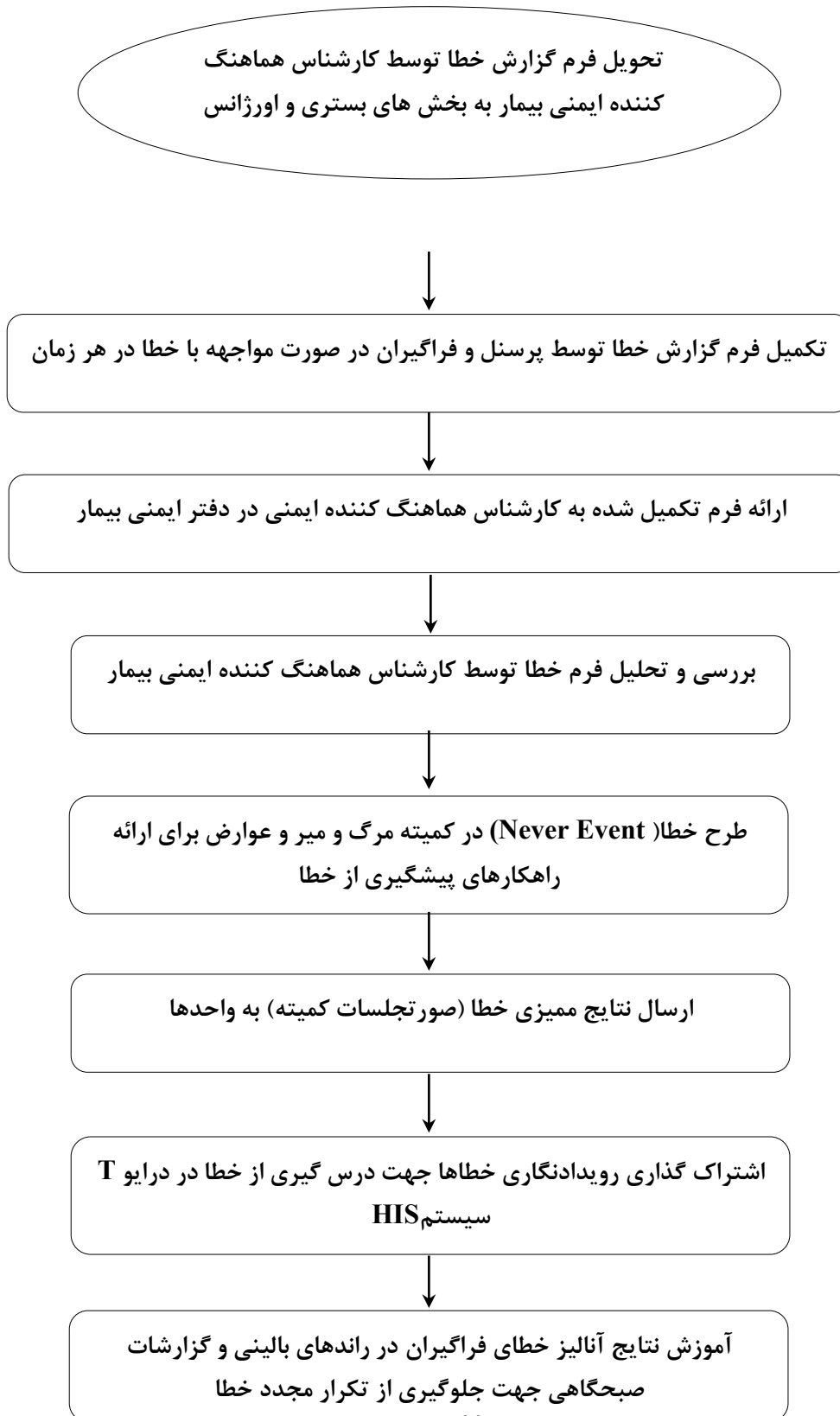
1-داروهای پرخطر

2-داروهای مشابه

3-داروهای حیاتی

4-داروهای بچه‌گالی

فرآیند ثبت، گزارشدهی و تحلیل خطا



دستورالعمل استفاده از دستبند شناسایی در بخشهای بیمارستان

1. در زمان پذیرش بیماران بستری از مطب، ارزیابی بیمار توسط پرستار بخش انجام شده و رنگ دستبند بصورت مکتوب به پذیرش اعلام شود.
2. بیماران انتقالی از اورژانس به سایر بخشها، در زمان تشکیل پرونده بستری، رنگ دستبند بصورت مکتوب به پذیرش اعلام شود.
3. در هنگام پذیرش بیماران صحت اطلاعات دستبند توسط پرستار، با بیمار یا یکی از بستگان درجه یک وی کنترل شود.
4. در حین بستری دستبند شناسایی بیماران کنترل گردد و دستبندهای آسیب دیده یا گم شده تهیه و تعویض شود.
5. ضروری است دریافت دستبند شناسایی بصورت کتبی توسط بیمار در "برگه ارزیابی اولیه" در پرونده بیمار، تایید شود.
6. در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امضاء می شود.

دستورالعمل رنگ دستبند در بیمارستان

سیستم رنگ "قرمز" دستبند شناسایی فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی دارویی شناخته شده و خطرناک استفاده می شود

سیستم رنگ "زرد" برای شناسایی بیماران در معرض خطر:

1. بیماران مستعد سقوط (مطابق معیار مورس که ضمیمه است)
2. بیماران مستعد زخم فشاری
3. بیماران مستعد ترومبوآمبولیسم وریدی
4. بیماران با کاهش سطح هوشیاری

برای سایر بیماران دستبند رنگ سفید استفاده می شود.

دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران

روش شناسایی فعال بیماران: از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به طور صحیح شناسایی نمایید.

تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.

به منظور پیش گیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه یبچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمائی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید شود.

دستبندهای شناسایی حداقل باستی، دو نشانه متعل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ منگنی یا آبی با پس زمینه سفید دستبند پرینت شود. در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو نشانه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.

استفاده از علائم اختصاری به همراه کدبندی رنگی دستبند شناسایی، برای مشخص نمودن بیماران پر خطر:

عبارت فارسی	عنوان لاتین	حروف اختصاری
سقوط از تخت	Fall	F
زخم فشاری	Bed Sore	B
خودکشی	suicide	S
تشنج	convulsion	C
ترومبوز وریدهای عمقی	Tromboembolism	T
سوء تغذیه	malnutrition	D

سوالات کلی ایمنی بیمار به همراه پاسخ

دسترسی به فایل: کلیه فایل های مربوط به مباحث ایمنی قابل دسترس در درایو T، فولدر ایمنی ۹۹ قرار دارد که به روز رسانی شده است. شامل کتابچه ها- فرم های ایمنی- بانک ایمنی و غیره است. در این فایل دو کتابچه ابلاغ و خط مشی در برگیرنده عمده مباحث مربوط به ایمنی می باشد. که لازم است پرسنل نحو دسترسی به آن را بدانند. علاوه از درایو T مباحث ایمنی در درایو اعتبار بخشی نیز به روز رسانی شده و در اختیار می باشد.

۱- **هموویتولانس چیست؟** هموویتولانس یعنی مراقبت از خون و فرآورده های خونی (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت پرستاری)

۲- **در مورد تزریق خون کدام موارد ایمنی را باید رعایت کنیم؟**

- فرم رضایت آگاهانه قبل از تزریق خون از بیمار اخذ گردد.
- فرم درخواست خون توسط پزشک معالج پر گردد.
- کیسه خون از نظر نشتی، لیز، لخته و حباب و باد کردگی کنترل ظاهری انجام گیرد
- قبل از تزریق خون شناسایی صحیح بیمار انجام شود.
- همخوانی مشخصات برچسب کیسه خون با مشخصات گیرنده خون کنترل گردد.
- از زمان چک دستورات تا زمان تزریق خون نظارت پرستار شاهد الزامی است.
- خون با احتیاط و با حفظ زنجیره سرد حمل و نقل گردد

۳- **راه حل ایمنی بیمار را نام ببرید؟**

- ۱- شناسایی بیمار ۲- توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار ۵- کنترل غلظت محلولهای الکترولیت ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها ۸- استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات ۹- بهبود بهداشت دست

۴- **هفت رایت دارودهی را نام ببرید؟** ۱- بیمار صحیح ۲- داروی صحیح ۳- راه مصرف صحیح ۴- زمان صحیح ۵- دوز صحیح

۶- مستند سازی صحیح ۷- حق کارکنان و بیمار و مراقبین وی در مورد سوال از دستور دارویی داده شده

۵- منظور از داروهای LASA چیست؟ داروهای با شکل ظاهری یا تلفظ مشابه (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی-)

Look-Alike, Sound-Alike Medication Names (استاندارد داروهی)

۶- اقدامات لازم برای تفکیک فیزیکی داروها با اسامی و اشکال مشابه و پر خطر :

- تفکیک فیزیکی برخی از داروها نظیر قرص هایی که به لحاظ ظاهری مشابه اند (برای مثال از نظر : رنگ و شکل)، از یکدیگر
- الصاق برچسب قرمز رنگ و نام دارو (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی ظروف نگهداری داروهای با هشدار بالا در انبار داروخانه.
- اشکال مختلف آماده یا دوزهای متفاوت از یک دارو با اسامی و یا بسته بندی مشابه را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- KCL در تمامی انبارهای دارویی (بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) و ترالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در جعبه های در بسته قرمز مخصوص نگهداری نموده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- در بخش ها انفوزیون الکترولیت های با غلظت بالا با روش چک مستقل دو گانه انجام دهید.

۷- مهار فیزیکی را تعریف کنید. (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت پرستاری- خط مشی مهار)

مهار فیزیکی کنترل بیمار بی قرار و پرخاشگر با ابزارهای فیزیکی را گویند

۸- هدف از مهار فیزیکی چیست؟

جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار

۹- در چه مواردی برای بیمار از مهار فیزیکی یا شیمیایی استفاده میشود؟

۱- در مواردی که بیمار بی قراری میکند(و احتمال جدا کردن اتصالات از خودش را دارد). ۲- در موارد تهدید به خودکشی ۳- بیماران در معرض سقوط

۱۰- دستورالعمل مهار فیزیکی را بنویسید؟

- پرستار بیمار را ارزیابی نموده و علت بی قراری وی را به پزشک معالج گزارش می نماید
- پزشک معالج به علت مشاهده یا گزارش موارد زیر دستور استفاده از مهار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید : رفتار تهاجمی - رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران - رفتارهای خودتخریبی و تهاجم - مسمومیت با الکل یا داروها- کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها (دلیریوم) - رفتارهای خودآسیب رسان همراه با کنترل ضعیف - خواست خود بیمار
- پزشک معالج باید در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار را ثبت نماید در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی بایستی پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک بگیرد
- پزشک معالج دستورمهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر می نماید (بالغین حداکثر ۴ساعت - نوجوانان ۹ تا ۱۷سال حداکثر ۲ساعت- کودکان زیر ۹ سال حداکثر یک ساعت)
- پرستار بیمار بی قرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی کرده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید
- پرستار باید کنترل نماید نرده کنار تخت بیمار بالا باشد
- پرستار وسایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده می نماید (نوارهای پددار قابل انعطاف- دستبند پددار- شکم بند پددار- باند- پنبه
- پرستار باید دقت نماید راستای طبیعی بدن بیمار در طول مدت مهار حفظ شود و شانه ها در وضعیت مناسب قرار گیرد
- پرستار کنترل می نماید که وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد
- پرستار پس از بستن عضو ، نبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی را هر یک ساعت بررسی می نماید
- پرستار به کمک بیمار و خدمات هر ۲ساعت بیمار را تغییر پوزیشن می دهد و نواحی مهار را کنترل می نماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود
- پرستار باید هر ساعت بیمار را از نظر ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی نماید
- در صورت اجازه پزشک، پرستار در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند
- در صورت اجازه پزشک پرستار جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از خدمات و یا بیماریر کمک می گیرد
- در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی خدمات باید در برآورده کردن نیاز های شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک نماید در غیراینصورت از لوله لگن استفاده شود و یا بیمار سونداژ گردد

- اگر مهار بیمار بصورت فیزیکی میسر نباشد یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد پرستار باید به پزشک معالج اطلاع رسانی نموده و در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- پرستار باید طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی زمان شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل -حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

۱۱-هدف از مهار شیمیایی چیست؟ (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت پرستاری- خط مشی مهار)

- پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی برای بیمار و پرسنل درمانی
- جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران

۱۲- دستورالعمل مهار شیمیایی را بنویسید؟ (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت پرستاری- خط مشی مهار)

بیمار توسط پرستار بررسی و علت بیقراری و نا آرامی وی مشخص می شود

بر اساس معیار (Richmond Agitation-Sedation Scale) RASS میزان پرخاشگری چک می گردد

پرستار محیطی آرام و خصوصی جهت صحبت و آرامش برای بیمار فراهم می نماید

پرستار بیمار مداخلت لازم را انجام داده و حفاظ کنار تخت بیمار را بالا می برد

پرستار مسئول شیفت در صورت احتمال آسیب جدی به بیمار به پزشک معالج اطلاع می دهد

پزشک معالج بعد از ارزیابی بیمار در برگ دستور پزشک ، نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن مهار شیمیایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان ، مشخص می نماید.

پرستار مسئول شیفت دستور پزشک را چک کرده ، در کاردکس وارد و در کارت دارویی می نویسد

پرستار مسئول شیفت ، کارت دارویی را به پرستار بیمار تحویل تحویل می دهد

پرستار بیمار جهت مهار شیمیایی دارو ها را طبق دستور پزشک و دستورالعمل دارو درمانی اجرا می کند و در صورت لزوم مطابق دستور، بیمار مانیتور و یا به وی اکسیژن داده می شود

پرستار بیمار ، بیمار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد گزارش الزم را به پزشک ارایه می دهد.

پرستار بیمار وضعیت عالیم حیاتی ، نیاز های تغذیه ای ، نیاز های اجابت مزاج ، تمامیت پوستی نیاز های بهداشتی که تحت مهار

شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی می کند و معیار RASS را چک می کنند

کلیه اقدامات ، مشاهدات و معیار RASS توسط پرستار در پرونده ثبت می شود

۱۳- شاخص های ۱۴ گانه ایمنی را نام ببرید.

- ۱) سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
 - ۲) واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
 - ۳) آسیب حین تولد نوزاد
 - ۴) سوختگی با کوتر در اتاق عمل
 - ۵) انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
 - ۶) جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار
 - ۷) آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
 - ۸) عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - ۹) خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - ۱۰) انواع زخم فشاری ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی
 - ۱۱) تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - ۱۲) مرگ یا عارضه شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
 - ۱۳) شوک آنا فیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عارضه پایدار
 - ۱۴) عفونت بیمارستانی شدید منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی منجر به عارضه پایدار یا مرگ

۱۴- **وقایع ناخواسته چیست؟** وقایع و خطاهایی هستند که نباید در بیمارستان اتفاق بیفتند و ۲۸ مورد هستند که به صورت ملی گزارش می شوند.

۱۵- **چند مورد وقایع ناخواسته نام ببرید؟** ۱- تحویل اشتباهی نوزاد به والدین ۲- سقوط از تخت ۳- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار ۴- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه بر روی عضو سالم ۵- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی ۶- مفقود شدن بیمار در بیمارستان که بیش از ۴ ساعت طول بکشد. (مثال زندانیان بستری) ۷- کلیه موارد منجر به عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین ۸- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی ۹- ربودن بیمار ۱۰- مرگیانانوانیجدمرتبطباواکنشهمولیتیکبهعلت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

۱- چرا باید خطاها را گزارش کرد؟

به سه علت باید خطاها گزارش شوند. ۱- علت یابی خطا ۲- درس گیری از خطا ۳- پیشگیری از وقوع خطا

۱۷- **دستورالعمل جابجایی درون بخشی چیست؟** ۱- باید علت جابجایی را به بیمار توضیح میدهیم ۲- تخت مقصد را آماده میکنیم

۳- بیمار را به صورت ایمن (در صورت لزوم با ویلچر یا برانکارد ایمن) با تمامی مدارک و اتصالات از جمله سرمها و برگه چارت علائم

حیاتی به تخت مقصد منتقل میکنیم. ۴- چارت پرونده بیمار را عوض میکنیم. ۵- نام بیمار را در سیستم کامپیوتر به تخت جدید منتقل میکنیم. ۶- شماره کارت و کاردکس بیمار را عوض میکنیم.

۱۸- **دستورالعمل جابجایی بین بخشی چیست؟** ۱- برای جابجایی بین بخشی بیماران داشتن دستور پزشک الزامیست. ۲- دلیل

جابجایی را به بیمار و همراه بیمار توضیح میدهیم. ۳- با بخش مقصد جهت گرفتن تخت هماهنگ میشویم. ۴- شرح حال مختصری از بیمار به مسئول شیفت بخش مقصد داده میشود. ۵- در صورتی که بخش مقصد برای انتقال بیمار تخت خالی نداشته باشد مراتب باید به اطلاع دفتر پرستاری رسانده شود. ۶- بعد از گرفتن تخت از بخش مقصد، علائم حیاتی بیمار را کنترل میکنیم. (در صورت تبادر بودن ابتدا تب بیمار را پایین می آوریم سپس بیمار را منتقل میکنیم) ۷- بیمار را به صورت ایمن (در صورت نیاز ویلچر یا برانکاردر) به همراه کلیه مدارک و وسایل و با اطمینان از صحت اتصالات با همراهی پرستار و کادر خدمات از بخش مبدا به بخش مقصد منتقل میکنیم. ۸- در بخش مقصد بیمار را بر روی تخت مورد نظر به صورت ایمن قرار داده و با ارائه توضیحاتی در مورد بیمار، بیمار را تحویل پرستار مسئول بیمار میدهیم.

۱۹- **چند مورد از شاخص های ایمنی بیمار را نام ببرید؟** ۱- سقوط منجر به آسیب پایدار یا مرگ ۲- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ ۳- عوارض ناشی از ترانسفوزیون خون ۴- عوارض بعد از عمل ۵- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار ۶- انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه ۷- سوختگی با کوتر در اتاق عمل ۸- آسیب حین تولد نوزاد ۹- جاماندن جسم خارجی در بدن بعد از عمل ۱۰- آمبولی ریه بعد از عمل و...

۲۰- **رضایت آگاهانه بیمار در چه مواردی اخذ میگردد؟** قبل از انجام عمل جراحی - قبل از انجام بیهوشی - قبل از ترانسفوزیون خون - قبل از اقدامات تهاجمی مثل LP، کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، آندوسکوپی، بیوپسی کبد، نمونه برداری از مغز استخوان و
۲۱- **اخذ رضایت آگاهانه بیمار چگونه انجام می شود؟** ۱- توضیحات پزشک مربوطه در مورد شرح پروسیجر و عوارض ناشی از آن و ثبت آن با دستخط خود پزشک ۲- اخذ اثر انگشت بیمار یا همراه بیمار ۳- تایید رضایت آگاهانه با دستخط بیمار یا همراه وی

۲۲- **معیار ارزیابی روحی روانی، زخم بستر، سقوط، سطح هوشیاری را بترتیب نام ببرید؟**

معیار ارزیابی روحی روانی: ریچموند ارزیابی زخم بستر: برادن ارزیابی سقوط: مورس ارزیابی سطح هوشیاری: گلاسکو

۲۳- **دستور تلفنی داروهای با هشدار بالا چیست؟** در داروهای با هشدار بالا دستورات تلفنی ممنوعیت ندارد ولی محدودیت دارد.

۲۴- **کیسه خون از چند مورد باید چک گردد؟** از نظر شکل ظاهری - وجود حبابهای هوا - وجود لخته - باد کردگی - وجود ذرات

معلق - از نظر تغییر رنگ - تاریخ انقضا - از نظر نشی - لیز بودن

۲۵- **ADR چیست و چرا باید گزارش گردد؟** عارضه ناخواسته دارویی (Advers Drug Reactions Or ADR)

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت عارضه ناخواسته دارویی عبارت است از :

هر نوع واکنش ناخواسته و زیان آور که در دوزهای معمول مورد استفاده برای پیشگیری، تشخیص یا درمان بیماری یا تغییر عملکرد فیزیولوژی رخ می دهد.

۲۶- اهداف عمده مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها عبارتند از:

- شناسایی سریع عوارض و تداخل های دارویی که تا زمان ورود دارو به بازار شناخته نشده اند.
- تشخیص افزایش ناگهانی در میزان وقوع عوارض ناخواسته شناخته شده.
- شناسایی ریسک فاکتورها و مکانیسم هایی که عوارض ناخواسته دارویی تحت آن شرایط رخ میدهند.
- تخمین جنبه های کمی زیان های ناشی از مصرف داروها.
- تحلیل و انتشار اطلاعات مورد نیاز در تجویز داروها و مقررات دارویی.
- پیشگیری از وقوع عوارض دارویی قابل پیشگیری واکنشهای ناخواسته دارویی میباشد. که جهت جمع آوری داروهایی که موارد زیادی از حساسیت به آن دارو گزارش میشود مهم میباشد.

۲۷- آیا در تزریق خون نیاز به اخذ رضایت آگاهانه است؟

بله. در تزریق خون اخذ رضایت آگاهانه الزامیست که باید توسط پزشک اخذ گردد.

۲۸- در چه مواردی میتوان بدون اخذ رضایت آگاهانه از بیمار پروسیجر را انجام داد؟

در موارد اورژانسی که حیات بیمار در خطر میباشد.

۲۹- در مورد پیشگیری از اتصالات نادرست به بیمار چند مثال بزنید؟ اجتناب از تعبیه NGT در ریه به جای معده، اجتناب از

تعبیه آنژیوکت در شریان به جای ورید، اجتناب از تعبیه سوند فولی در دختر بچه ها به جای مثانه در واژن

۳۰- چرا باید به ایمنی بیمار در بیمارستان اهمیت داد؟ دو مورد بنویسید. ۱- رعایت ایمنی بیمار رسالت مراقبت و درمان در هر

بیمارستان است. ۲- جهت بالا بردن شاخصهای ایمنی بیمار و نشان دادن کیفیت مراقبتی بیمارستان ملزم به رعایت موارد ایمنی هستیم.

۳۱- مسئول ایمنی بیمار در بیمارستان: دکتر سیدرضا قائمی

دبیر کمیته مرگ و میر: دکتر قائمی کارشناسان ایمنی: خانم ها جودت - باقری رابطین ایمنی: یک نفر منتخب بخش که ابلاغ رابط ایمنی دارند

۳۲- مسئولیت ایمنی بیمار در بیمارستان را چه کسانی به عهده دارند؟ همه کارکنان اعم از پزشکان، پرستاران، کارکنان

آزمایشگاه، رادیولوژی، واحدهای غیر بالینی، خدمات و

۳۳- شناسایی بیمار در اطفال چگونه است؟ پرسش از همراه بیمار و تطابق اطلاعات دستبند با اطلاعات پرونده.

۳۴- شناسایی بیمار در افراد با کاهش هوشیاری چگونه است؟ در صورت داشتن همراه از او پرسش می شود. در غیر این صورت تطابق اطلاعات دستبند با اطلاعات پرونده انجام گیرد.

۳۵- تعریف سازمان جهانی بهداشت در مورد تلفیق دارویی چیست؟

فرایند رسمی تعامل بین متخصصین مراقبتهای سلامت و بیمار در جهت حصول اطمینان از انتقال صحیح و کامل اطلاعات دارویی در حین تغییر مراقبتهای درمانی

۳۶- مسئول انجام تلفیق دارویی در بیمارستان چه کسی است؟ داروساز بالینی بیمارستان خانم دکتر قلیچ خان

۳۷- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی توسط چه کسی انجام می شود؟ بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد،

۳۸- در چه شرایطی اخذ اطلاعات دارویی به تعویق می افتد؟ فقط در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و

در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار میتواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد.

اخذ تاریخچه داروهای مصرفی توسط چه کسی صورت می گیرد؟ در بیمارستانهای آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام میشود.

۳۹- داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند:

۱- داروهای نسخه شده

۲- ویتامینها

۳- داروهای روی پیشخوان 1 یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.

۴- مواد تشخیصی و کنتراستها

۵- تغذیه مکمل

۶- فرآوردههای خونی

۷- مایعات وریدی

۸- مواد غذایی

۹- داروهای گیاهی

۴۰- در صورت خرابی و یا نیاز به تجهیزاتی خاص که در بخش موجود نمی باشد از چه طریق اقدام می کنیم؟

از طریق بخش پشتیبان که قبلاً تعریف شده است و در صورت بروز هرگونه مشکل به دفتر پرستاری اطلاع داده می شود. لیست تجهیزات پشتیبان در کلیه بخش ها موجود می باشد و بایستی پرسنل از این لیست آگاهی داشته باشند.

۴۱- ابزار برادن ScaleBraden چیست و چه کار بردی دارد؟

این دستورالعمل در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران می باشد.

در ابتدا بیمار از نظرووجود زخم بستر ارزیابی می شود بر حسب محل زخم ،درجه زخم و وجود ترشح .در صورت عدم وجود زخم از نظر استعداد زخم ارزیابی می شود. تحرك - تغذیه -سایش و کشش - ادراک حسی - رطوبت - فعالیت فیزیکی مواردی هستند

که باید مد نظر داشت

۴۲-بیمار پر خطر و اورژانسی را تعریف کنید. (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت بیماران در معرض خطر آسیب پذیر)

بیماران پر خطر، بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت میباشند، مانند بیماران در معرض سقوط - زخم فشاری- خودکشی سوء تغذیه ، پلی فارمسی، ترومبوز وریدهای عمقی بیماران اورژانس به بیمارانی بدحالی اطلاق میشود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبتهای فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است. البته بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در همه موارد بیمار اورژانسی نیستند.

۴۳- دو شناسه اصلی بیمار را نام ببرید و در موارد تشابه اسمی از کدام آیتم استفاده می شود؟ نام و نام خانوادگی- تاریخ تولد به روز ماه و سال . در موارد تشابه اسمی از نام پدر استفاده می شود. (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت بیماران در معرض خطر آسیب پذیر)

۴۴- انواع دستبندهای شناسایی و موارد استفاده هر کدام را بنویسید؟ دستبند زرد برای بیماران پرخطر و دستبند قرمز برای بیمارانی که به ماده خاصی حساسیت داشته باشند. (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت بیماران در معرض خطر آسیب پذیر)

۴۵- منظور از سیستم کدبندی رنگی چیست؟ استفاده از علائم اختصاری برای مشخص نمودن بیماران پر خطر شامل:

حروف اختصاری	عنوان لاتین	عبارت فارسی
F	Fall	سقوط از تخت
B	Bed Sore	زخم فشاری
S	suicide	خودکشی
C	convulsion	تشنج
T	Tromboembolism	ترومبوز وریدهای عمقی
D	malnutrition	سوء تغذیه

(ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- مراقبت بیماران در معرض خطر آسیب پذیر)

۴۶- خطا چگونه ایجاد می شود؟

هرگاه برنامه ریزی و یا انجام یک برنامه یا پروسیجر دچار مشکل شده و از مسیر خود منحرف گردد خطا ایجاد شده است.

۵- نحوه گزارش دهی خطا و وقایع ناخواسته در بخش ها چگونه است؟ نحوه گزارش دهی خطا در بخش ها در فرم

مخصوص خطا یا دفاتر گزارش خطا- وقایع ناخواسته در فرم وقایع ناخواسته

۴۷- پروسه زمانی گزارش دهی خطاها و وقایع ناخواسته چگونه است؟

در خصوص وقایع منجر به فوت یا آسیب شدید و ماندگار باید به صورت اورژانسی به پزشک و سوپر وایزر کشیک انجام گیرد و در موارد خفیف تر به پس از تکمیل فرم مربوطه در اسرع وقت به واحد ایمنی بیمار و در فرم مخصوص ارسال گردد.

۴۸- فرهنگ ایمنی بیمار چیست؟ ۱- نگرش سیستمیک به جای نگرش فردی در برخورد با خطا

۲- به دور از ترس و تنبیه ۳- مسئولیت پذیری تمام کارکنان نسبت به ایمنی خود، همکاران، بیماران و همراهان

۴۹- خصوصیات سازمان با فرهنگ ایمنی چیست؟ ۱- امنیت روانی ۲- رهبری فعال ۳- شفافیت ۴- انصاف

۵۰- پروتکل ترخیص ایمن بیمار بر چه اساسی است؟ پروتکل ترخیص ایمن بر اساس پروتکل اسمارت می باشد.

۵۱- پروتکل ترخیص ایمن به چه منظوری تدوین شده است؟ به منظور بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و خانواده‌ها و ارتقای

فرایند ترخیص تدوین شده است.

۵۲- آیت‌های ترخیص ایمن بر اساس اسمارت را نام ببرید؟ (ابلاغ فایل اعتبار بخشی ۹۹- عمومی بالینی- ترخیص بیماران به

صورت ایمن)

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 داروها وجود دارد.

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.

۵۳- چرا باید ترخیص بیمار به نحو ایمن انجام گیرد؟ برای اینکه ترخیص ایمن پشتوانه‌ای برای پیشگیری از بستری مجدد می‌باشد.

۵۴- ADR چیست و چگونه باید گزارش گردد؟ واکنش‌های ناخواسته (دارویی و لوازم مصرفی) در فرم زرد رنگ مخصوص گزارش می‌کنیم. نمونه فرم‌ها در فایل ایمنی موجود است. پس از تکمیل فرم به رابط ADR (واحد ایمنی) ارسال می‌گردد.

۵۵- در مورد تست‌های معوقه بیمار چه اقدامات ایمنی باید انجام داد؟ برگه‌ای که تاریخ دریافت جواب آزمایش در آن قید شده باشد ضمیمه خلاصه پرونده شده به بیمار داده می‌شود. در هنگام مراجعه و تحویل جواب اثر انگشت گرفته می‌شود. در جواب‌های بحرانی اگر بیمار یا همراه مراجعه نکردند ما با شماره تلفن موجود در پرونده پیگیری خواهیم نمود.

۵۶- در مورد موارد بحرانی (Panic Value) چه اطلاعاتی دارید؟ مقادیر بحرانی در آزمایشگاه و موارد بحرانی در عکس برداری

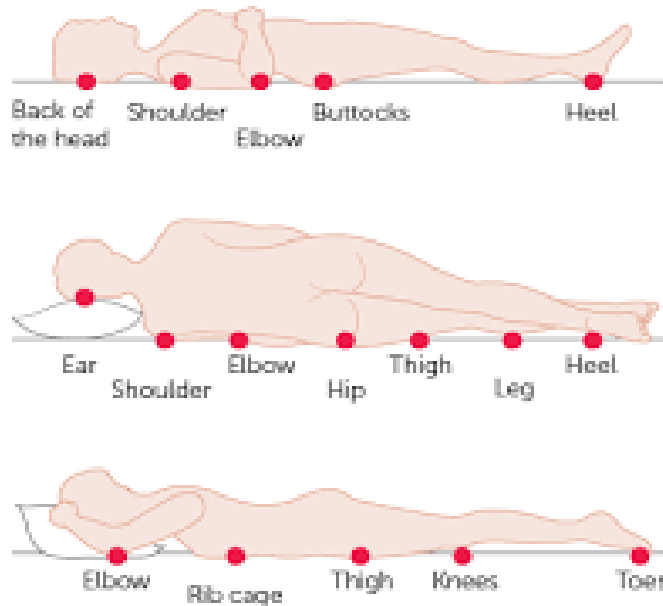
هستند که توسط این واحدها در شیفت‌ها به مسئولین بخش‌ها با تلفن مخصوص موارد بحرانی (RED CALL) اطلاع رسانی می‌گردند و مسئول گزارش‌گیرنده موظف است مورد را بلافاصله به پزشک معالج جهت اقدامات حیاتی و ایمنی بیمار اطلاع رسانی نماید. لیست کامل موارد بحرانی آزمایشگاه و رادیولوژی در واحدهای مربوطه موجود است.

۵۷- موارد بحرانی (Panic Value) در کدام موارد پاراکلینیکی گزارش می‌شود؟ دو مورد از هر کدام مثال بزنید؟

آزمایشگاه و تصویر برداری - مثلاً قند خون بالایا پایین تر از حد نرمال و یا پتاسیم بالا... در تصویر برداری مثلاً آپاندیسیت پرفوره و

یا شکستگی مهره های گردنی یا خونریزی داخلی یا مرگ جنین یا جداسدن جفت و مایع آزاد داخل شکم و ...

۵۸- داروهای پرخطر را تعریف کنید؟ داروهایی هستند که پنجره درمانی باریکی دارند به طوری که اگر دوز اندکی بالاتر از دوز درمانی داده شود، ایجاد مسمومیت دارویی و عوارض خطرناک برای بیمار خواهد نمود.



Cancer Research UK
Original diagram by the Tissue Viability Society

۵۹- نکات فشاری در پوزیشن های مختلف:

۶۰- دو پیام مهم ایمنی داروی:

- داروهای فاقد بر حسب مشخصات به دور انداخته شود.
- هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰٪ نمی دانید چیست به بیمار ندهید.

۶۱- معیار ولز از جمله معیارهایی است که جهت تعیین ریسک آمبولی_ریه در موارد اورژانس استفاده می شود.

بر اساس این معیار بیماران به سه دسته ریسک پایین ، متوسط و بالا تقسیم می شوند و تشخیص قطعی در این بیماران بر اساس این ریسک است.

فهرست ۱۲ قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیوم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هیپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

داروی فوق ، دارای بیشترین عوارض جدی ناشی از اشتباه داروپزشکی در بیمارستانهای سراسر کشور هستند

عفونت بیمارستانی:

عفونتی که ۷۲ - ۴۸ ساعت پس از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود بشرطی که در زمان پذیرش علائم آشکار عفونت را نداشته و بیماری در دوره کمون خود نباشد . عفونت بیمارستانی می تواند از محیط کسب شود یا توسط فلور داخلی بیمار ایجاد شود. براساس نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی NNIS چهار عفونت زیر توسط تیم کنترل عفونت روزانه شناسایی میگردد. الف) علائم و نشانه های عفونت جراحی ب) علائم و نشانه های عفونت ادراری ج) علائم و نشانه های عفونت خونی د) علائم و نشانه های پنومونی.

رعایت ایمنی فراگیران از لحاظ کنترل عفونت:

- رعایت موازین کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد در حیطه کنترل عفونت و بهداشت محیط
- شرکت در کلاسها و سمینارهای کنترل عفونت و بهداشت محیط جهت آشنایی باموازین کنترل عفونت و بهداشتی
- مطالعه پمفلتها و تراکت های آموزشی کنترل عفونت و بهداشت محیط براساس آخرین دستورالعمل و بخشنامه های وزارتخانه
- تشکیل پرونده بهداشتی
- اقدام جهت تزریق واکسن هپاتیت

- تعیین تیتراژ آنتی بادی جهت دریافت واکسن
- استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (دستکش - ماسک - عینک محافظه - کلاه)....- هنگام انجام پروسیجرهای درمانی
- گزارش و پیگیری به موقع و سریع مواجهات شغلی (نیدل استیک ، پاشیدن خون و ترشحات به داخل چشم و مخاطه)

احتیاطات استاندارد

احتیاطات استاندارد

Standard Precautions

همیشه از این اقدامات پیشگیرانه پیروی کنید

 <p>قیل و پس از تماس با هر بیمار بهداشت دست ها را رعایت کنید</p>	 <p>وسایل مشترک مابین بیماران را پاک/ضدعفونی و آماده استفاده مجدد نمایید.</p>
 <p>وقتی خطر مواجهه یا ترشحات وجود دارد، از لوازم محافظت شخصی استفاده کنید!</p>	 <p>از آداب مربوط به عطسه و سرفه و بهداشت تنفسی متابعت نمایید.</p>
 <p>وسایل نوک تیز و برنده را بطور ایمن استفاده و دفع کنید.</p>	 <p>از روش آسپتیک استفاده نمایید.</p>
 <p>پاکسازی و نظافت محیط را بطور روزمره انجام دهید.</p>	 <p>وسایل دور انداختنی و منسوجات مصرف شده را بطور ایمن لمس کنید و دور بیندازید.</p>

رعایت بهداشت دست



اندیکاسیون بهداشت دست :

۱. قبل از تماس با بیمار
۲. قبل از پروسیجر آسپتیک
۳. بعد از مواجهه با خون و مایعات بدن بیمار
۴. بعد از تماس با بیمار
۵. بعد از تماس با محیط مجاور بیمار

How to clean your hands?

Handrubbing with alcohol-based handrub is the preferred routine method of hand hygiene if ■ hands are not visibly soiled

Handwashing with soap and water – essential when hands are visibly dirty or visibly soiled ■ (following visible exposure to body fluids)¹

روش ضد عفونی دست (Hand rub):

it's all about **WHEN** and **HOW!**

Your 5 Moments for Hand Hygiene

1	BEFORE TOUCHING A PATIENT	WHOISG1 WHOIS1	Clear your hands before touching a patient or before approaching facilities. To protect the patient against harmful germs carried on your hands.
2	BEFORE CLEAN/ASEPTIC PROCEDURE	WHOISG2 WHOIS2	Clear your hands immediately before performing a clean/aseptic procedure. To protect the patient against harmful germs, including the patient's own, from entering their body.
3	AFTER BODY FLUID EXPOSURE RISK	WHOISG3 WHOIS3	Clear your hands immediately after an exposure risk to body fluids (and after glove removal). To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.
4	AFTER TOUCHING A PATIENT	WHOISG4 WHOIS4	Clear your hands after touching a patient and her/his immediate surroundings, when leaving the patient's side. To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.
5	AFTER TOUCHING PATIENT SURROUNDINGS	WHOISG5 WHOIS5	Clear your hands after touching any object or surface in the patient's immediate surroundings, when leaving a room if the patient has not been touched. To protect yourself and the health-care environment from harmful patient germs.

World Health Organization | Patient Safety | SAVE LIVES
A World Where No One Needs Care | Clean Your Hands

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

ⓐ Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;

1b Rub hands palm to palm;

2 Rub hands palm to palm;

3 Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;

4 Palm to palm with fingers interlaced;

5 Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;

6 Rotational rubbing of left hand clasped in right palm and vice versa;

7 Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;

8 Once dry, your hands are safe.

World Health Organization | Patient Safety | SAVE LIVES
A World Where No One Needs Care | Clean Your Hands

This takes only 20–30 seconds!

مراحل پوشیدن وسایل حفاظت فردی (شامل روپوش)

<p>۶ بهداشت دست را اجرا کنید</p>	<p>۳ به محل پاکیزه جلوی واحد ایزولاسیون بروید.</p> <p>۴ با بررسی چشمی اطمینان حاصل کنید اندازه های لازم وسایل حفاظت فردی درست هستند و از کیفیت مناسبی برخوردارند.</p> <p>۵ دستورالعمل پوشیدن وسایل حفاظت فردی را تحت نظر فرد ذیصلاح انجام دهید (همکار).</p>	<p>۲ پوشش ضد عفونی شده و همچنین چکمه ها را در اتاق رختکن بپوشید.</p>	<p>۱ همه وسایل شخصی (جوهرات، ساعت، گوشی، خودکار و غیره) را کنار بگذارید.</p>
---	--	---	---

<p>۹ ماسک صورت را بپوشید.</p>	<p>۸ روپوش یکبار مصرف را بپوشید. روپوش از جنسی باشد که مقاومت آن از لحاظ سوراخ شدن یا نسبت به مایعات بنی، خون و پاتوژن های منتقله از راه خون مقاوم باشد.</p>	<p>۷ دستکش هایتان را بپوشید (دستکش معاینه، دستکش لاستیکی).</p>
--------------------------------------	---	---

<p>۱۲ پیش بند یکبار مصرف ضد آب را بپوشید. (اگر در دسترس نیست از نوع قابل استفاده مجدد با کیفیت بالا که ضد آب نیز باشد استفاده کنید.</p>	<p>۱۱ پوشش سر و گردن را بپوشید. سرپوش جراحی و پوشش گردن (ترجیحاً شیلد شفاف یا هود صورت).</p>	<p>۱۰ عینک حفاظتی یا سپر حفاظتی را بپوشید.</p>
--	---	---

۱ در صورتیکه چکمه در دسترس نیست از کفش های بسته (پشت بند) به همراه پوشش طای که سر بخورد و ترجیحاً ضد آب باشد استفاده کنید.

۱۳ جفت دیگر دستکش ها را (ترجیحاً ساق بلند) روی آستین لباس بکشید.

ترجمه و گرافیک: مهندس مهدی علی گل کریمی/ بهداشت حرفه ای گ. م. بهداشت خدایه کمالی/ عیاشی/ شمسار. ۱۳۹۵

مراحل در آوردن وسایل حفاظت فردی (شامل روپوش)

- ۱** همیشه وسایل حفاظت فردی را زیر نظر فرد ذیصلاح از تن در آورید. از وجود ظروف دفع پسماندهای عفونی در محل در آوردن لباس اطمینان حاصل کنید. برای موارد با استفاده مجدد باید ظروف مجزا در دسترس باشد.
- ۲** بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.^۱

۳ به منظور جلوگیری از آلودگی دست ها، پیش بند را در حالت خمیده به جلو در آورید. در صورتیکه از پیش بند یکبار مصرف استفاده می کنید آن را از بخش یقه پاره کنید و آن را بدون لمس بخش جلویی لوله کنید بند پستی را باز کنید و آن را به سمت جلو جمع کنید.



- ۴** بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.
- ۵** دستکش را طبق شماره ۱۷ به طور ایمن در آورده و دفع کنید.
- ۶** بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۷ پوششهای سر و گردن را طوری بیرون آورید که باعث آلودگی صورت نشود. پوشش را از قسمت انتهایی دهانه پستی گرفته و از سمت عقب به جلو و از درون به بیرون جمع کرده و به طور ایمن دفع کنید.



۸ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۹ ابتدا گره روپوش را باز کنید. سپس آن را از سمت عقب به جلو و از درون به بیرون جمع کرده و سپس به صورت ایمن دفع کنید.



۱۰ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۱ عینک یا شیلد صورت را با گرفتن کش آن از سمت عقب باز کنید و به طور ایمن دفع کنید.



۱۲ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۳ ابتدا بند یا کش پایینی ماسک را از پشت سر گرفته و آن را به صورت آویزان به زیر چانه خود بیاورید. سپس بند بالایی را گرفته و کل ماسک را با آن برداشته و به طور ایمن دفع کنید.



۱۴ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۷ دستکش ها را با تکنیک مناسب در آورده و به طور ایمن دفع کنید.



۱۸ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۵ بدون لمس دستکش ها (یا پاپوشها) را در آورید. اگر چکمه های تان را خارج از محل با ریسک بالا به پا کرده اید میتوانید آنها را به پا داشته باشید ولی قبل از خروج از محل رختکن آنها را تمیز و ضدعفونی کنید.^۲

۱۶ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

^۱ در زمان کار در مناطق بیابان، دستکش بیرون بردن از انجام فرایند روی بیمار لیل و قبل از پیگیری امور بیمار عدم تمییز شود.
^۲ عفونت زبانی مناسب چکمه ها شغل وارد شدن به جوشپه محلول کلر ۱۵٪ درصد (در صورتی که به خاک و کثافت آلوده است باید با یک فرچه تمیز شود) و سپس شستن همه جوانب آن با محلول غلظت کلر است. همچنین حداقل روزی یکبار و به مدت ۳۰ دقیقه چکمه ها باید در محلول کلر با غلظت ۱۵٪ درصد ضدعفونی و سپس شسته و خشک شوند.

موقعیت های استفاده از دستکش:

موقعیت های استفاده از دستکش

- I. **به هیچ وجه دستکش جایگزین** شستشوی دست با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول مالش دست نمی شود.
- II. **استفاده نامناسب** دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد.
- III. لزوم استفاده از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) **منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و احتیاطات مبتنی بر روش انتقال** است
- IV. **وجود خط مشی** شفاف و روشن در ارتباط با موارد استفاده از دستکش متناسب با موقعیت های مختلف ارائه خدمات به بیماران در هر بیمارستان ضروری است.

اگر در طی ارائه خدمات به صورت منطقی تماس با خون یا سایر مواد بالقوه عفونی ، غشاء

مخاطی یا پوست آسیب دیده بیش بینی می شود، پوشیدن دستکش الزامی است.



راه های انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان :

۱) انتقال از طریق تماس (Contact) : تماس، شایع ترین و مهمترین راه انتقال عفونت های بیمارستانی به شمار می آید و به سه زیر گروه تقسیم می شود

I. تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت یا کلونیزه شده با میکروب

II. تماس غیرمستقیم میزبان حساس باشیء واسطه آلوده (وسایل، سوزن، پانسمان، دستکش آلوده)

III. قطره یا (Droplet): توسط فرد حین عطسه، سرفه و صحبت کردن، حین ساکشن کردن، برونکوسکوپی و مواجهه با ملتحمه، مخاط بینی یا دهان

۲) از طریق هوا (Airborne)

۳) انتقال از طریق وسیله مشترک آلوده مانند غذا، آب، داروها و تجهیزات و وسایل آلوده

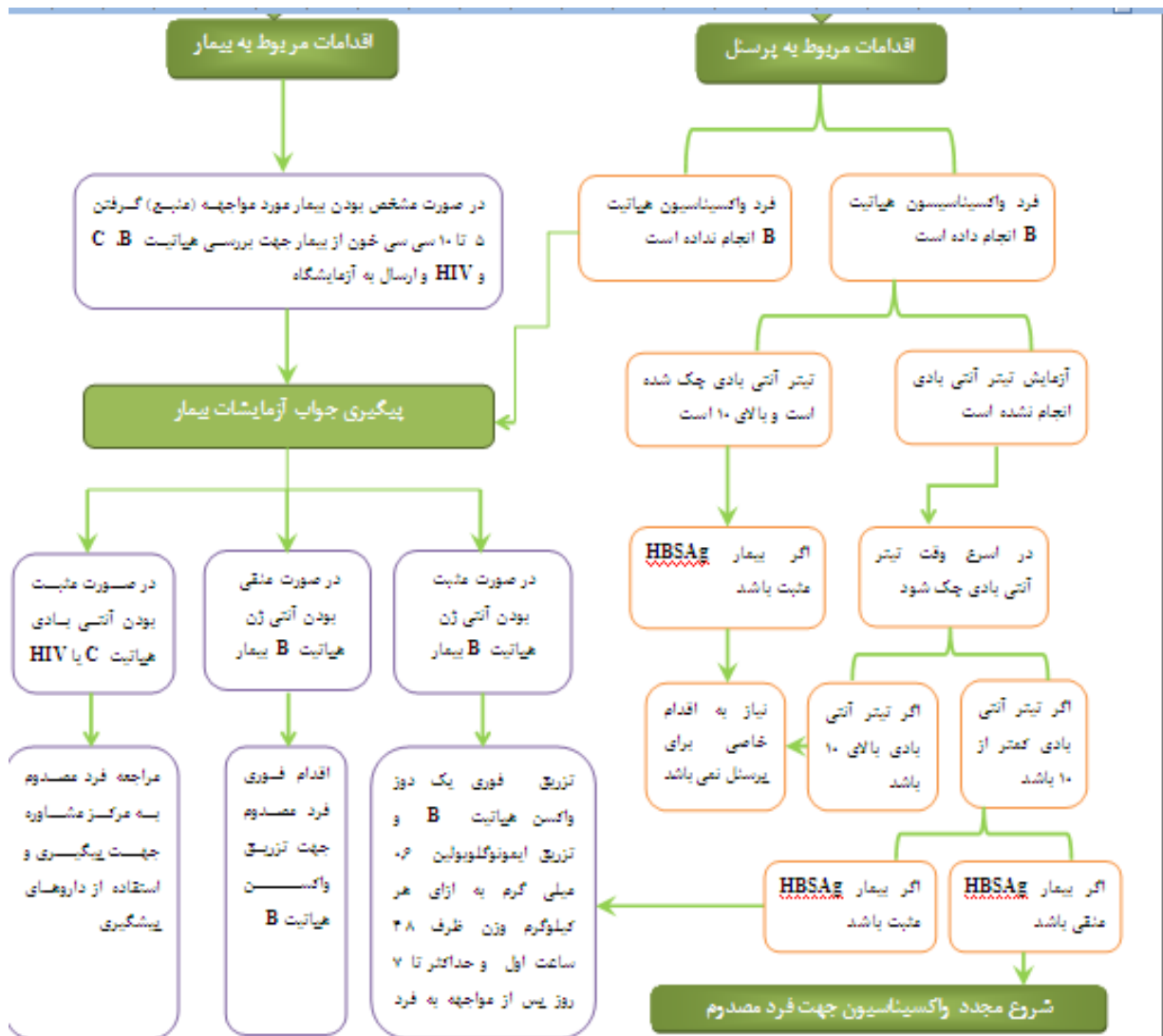
۴) انتقال از طریق ناقلین مانند پشه، مگس و موش که اهمیت چندانی در انتقال عفونت بیمارستانی ندارد.

فلوچارت مواجهه شغلی:

فلوچارت مواجهه شغلی

مورد مواجهه شغلی: ۱- فرو رفتن سرسوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی ۲- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به بریدگی باز، ملتحمه (چشم ها) و غشاء مخاطی کارکنان ۳- تماس خون و ترشحات آلوده بیماران با پوست ناسالم

الف) انجام کمکهای اولیه فوری: (۱) شستشوی زخم با صابون و آب ولرم (۲) خودداری از مالش موضعی چشم ها (۳) شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب یا نرمال سالین در صورت آلودگی (ب) گزارش فوری مواجهه به سوپروایزر کنترل عفونت یا بالینی و پر کردن فرم مواجهه



احتیاطات استاندارد:

- احتیاطات هوایی
- احتیاطات قطره ای
- احتیاطات تماسی

اصول احتیاطات هوایی:

- این احتیاطات از انتشار عفونت از طریق ذرات بسیار کوچک (کمتر از ۵ میکرون) معلق در هوا پیشگیری می کنند
- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار منفی و تهویه مناسب
- خروج هوا باید به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل بخش)
- بستن درب اتاق بیمار
- استفاده از ماسک تنفسی مخصوص (N۹۵) و باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد
- بیماران اتاق را ترک نکنند (در صورت جابجایی از ماسک جراحی استفاده نمایند)

احتیاطات قطرات:

پیشگیری از انتقال عفونت توسط قطرات مربوط به :

عطسه / سرفه / صحبت کردن / ساکشن

اصول احتیاطات قطره ای:

- بستری بیمار در اتاق خصوصی
- درب اتاق بیمار میتواند باز باشد (به دلیل جابجایی کم ذرات)
- استفاده از ماسک جراحی هنگام ورود به اتاق بیمار
- محدودیت جابجایی و حرکت بیمار
- در صورت ضرورت جابجایی، بیمار باید ماسک بپوشد.

اصول احتیاطات تماسی:

- بستری بیمار در اتاق خصوصی
- پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق
- پوشیدن گان در صورتیکه احتمال آلوده شدن لباس پرسنل با ترشحات بیمار وجود داشته باشد

- استفاده از وسایل اختصاصی تا حد امکان (گوشی - فشار سنج شخصی) چنانچه امکان پذیر نیست در فواصل آنها را تمیز و ضدعفونی کنید
- محدود نمودن حرکت بیمار در خارج از اتاق
- نظافت و ضدعفونی روزانه اتاق بیمار و وسایل موجود در آن

نکات قابل توجه در اصول احتیاطات تماسی:

- در آوردن دستکش قبل از ترک اتاق
- رفع آلودگی دستها با محلول ضدعفونی دست بلافاصله پس از در آوردن دستکش
- قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید در آورده شود و باید مراقب بود لباس پرسنل آلوده نشود.

در موارد زیر رعایت احتیاط تماسی ضرورت دارد:

- بیماران دچار عفونت با باکتری های مقاوم به چند دارو
- عفونت های منتقله از راه مدفوعی-دهانی (هیپاتیت A-شیگلا) در بیمارانی که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند
- بیماران اسهالی حاد
- Diarrhea: C. difficile
- Rotavirus GE
- Hemorrhagic fevers (Lassa, Marburg, Ebola, CCHF)

نحوه آموزش به بیمار توسط فراگیر:

- آموزش به بیماران یکی از شاخص های کیفیت پذیرفته شده درمانی است. تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها آموزش های مناسب را از پزشک، پرستار، کارشناس تغذیه و سایر کادر آموزشی دریافت نمایند.
- فراگیر می بایست با توجه به شرایط بیمار و صلاحدید اتند مربوطه، بیمار را از بیماری و وضعیتش آگاه سازد.
- در صورت داشتن محدودیت حرکتی بیمار، فراگیر می بایست دامنه حرکت و فعالیت را به وی آموزش و در صورت نیاز به فیزیوتراپی اقدامات لازم را انجام دهد.
- فراگیر می بایست، رژیم غذایی و هرگونه پرهیز از غذاها را به اطلاع بیمار برساند.
- در صورتی که بیمار دارای جراحی و پانسمان، زخم و یا هرگونه جراحی باشد فراگیر می بایست؛ نکات لازم، زمان تعویض پانسمان و طریقه مراقبت از خود را به بیمار توصیه نماید. همچنین در صورت دیابتی بودن بیمار و لزوم به تزریق انسولین؛ دوز انسولین و زمان تزریق
- انسولین و طریقه استفاده از داروهای خوراکی را برای بیمار یادداشت نماید.
- چنانچه طبق دستور پزشک پس از ترخیص بیمار نیاز به انجام آزمایشات دوره ای داشته باشد بیمار را نسبت به انجام آنها آگاه نموده و تاریخ بعدی را برای بیمار یادداشت و توضیح دهد.

رعایت ایمنی فراگیران از لحاظ حفاظت فیزیکی:

۱. تیم حفاظت امنیت در بیمارستان تحت نظارت واحد حراست بیمارستان فعالیت می نماید.
۲. تیم حفاظت امنیت شامل واحد نگهبانی و انتظامات می باشد.
۳. نیروی انتظامی بصورت ۲۴ ساعته در بیمارستان مستقر و مسئولین شیفت های نگهبانی بایستی با همکاری ایشان نسبت به حفاظت از کارکنان، فراگیران، پزشکان، اموال و اسناد بیمارستان اقدام نمایند.
۴. ساعات کاری در شیفت صبح از ۷:۳۰ تا ۱۳:۳۰، در شیفت عصر از ۱۳:۳۰ تا ۱۹:۳۰ و در شیفت شب از ۱۹:۳۰ تا ۳۰:۷ صبح روز بعد می باشد.
۵. برنامه ماهیانه توسط مسئول واحد حراست تهیه و با تایید مدیر و رئیس بیمارستان اجرایی می شود.
۶. مکان های تعیین شده برای نگهبانی:

درب اصلی ۲ نفر - خروجی بیمارستان ۱ نفر - ورودی بخش اطفال (ساختمان سفید) ۱ نفر، ورودی بخش کودکان (بلوک ۹) ۱ نفر - ساختمان کوثر ۱ نفر

تعداد نگهبانان: ۷ نفر شیفت صبح و ۶ نفر شیفت عصر و ۶ نفر شیفت شب

محل هایی که دارای دوربین است :

۱. درب اصلی و درب خروجی
۲. ورودی تمامی پویون ها
۳. درب بانک صادرات (سابق)
۴. درب و ورودی اورژانس
۵. راه پله ورودی بخش ها
۶. پشت واحد تاسیسات
۷. طبقات مختلف ساختمان
۸. درب داروخانه بیمارستان
۹. داخل پارکینگ
۱۰. ورودی کتابخانه
۱۱. آزمایشگاه
۱۲. رادیولوژی
۱۳. واحد نقلیه

۷. کنترل کامل محیط بیمارستان و داخل بخشها بخصوص در ساعات ملاقات جهت پیشگیری از حوادث (مانند سرقت ، تخریب اموال بیمارستان ، آسیب به پرسنل ، فرار بیماران و ...) برای نگهبان ها الزامی می باشد.
۸. شناسایی پزشکان ، فراگیران و کارکنان حوزه استحضافی جهت حفاظت غیر محسوس از آنها و جلوگیری از تعرض افراد متفرقه به ایشان بایستی توسط نگهبان انجام گیرد.
۹. آشنایی و بکارگیری سیستم ها و تجهیزات الکترونیکی امنیتی و حفاظتی و مخابراتی توسط نگهبان و استفاده به موقع و مناسب از آنها در هنگام بروز حادثه و یا پیش بینی احتمال بروز حادثه باید انجام گیرد.

۱۰. سامان دادن همراهین در ساعات ملاقات/راهنمایی کردن بیماران و همراهان/ کنترل مکرر بخشها و جلوگیری از توقف افراد ناشناخته و مشکوک در بخشها و هدایت آنها به بیرون از بخش و یا خارج بیمارستان ، جهت ارتقای سطح امنیتی بخشها انجام گیرد.
۱۱. شماره تلفن های داخلی ۱۱۷- ۱۱۰ می باشد که در صورت لزوم می توانید با آن تماس بگیرید.
۱۲. کد ۱۱۰ جهت حضور فوری تیم حفاظت امنیت در بیمارستان در نظر گرفته شده است.
۱۳. سیستم فراخوان اضطراری نگهبان در بخش ها فعال است و در صورت فراخوان نگهبان باید در کمتر از ۲ دقیقه در محل حضور داشته باشد.

الزامات بیمه ای

تعاریف:

- بیمه:** واژه ایست حقوقی و در لغت به معنی اطمینان یا ضمانت با حفظ و نگهداری در برابر حوادثی که بیم وقوع آن می رود.
- بیمه گر:** شرکت ، سازمان یا موسسه ای که در قبال اخذ مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، بیمه گزار را تحت پوشش خدماتی که مشخصات آن در قرارداد ذکر شده است قرار می دهد.
- بیمه شده:** فردی است که پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) می تواند از مزایای خدمات سلامت بهرمنند گردد.
- فرانشیز:** قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمت پرداخت نماید.
- سهم بیمه پایه:** قسمتی از تعرفه خدمات تشخیصی - درمانی که بیمه پایه در قبال ارائه اینگونه خدمات از سوی مراکز طرف قرارداد به آنها پرداخت می نماید.
- درجه اعتباربخشی:** درجه ای است که گواهینامه صادره توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی درج گردیده و نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز درمانی می باشد.
- تعرفه:** نرخ خدمت یا کالای خاصی است که براساس ملاحظات اقتصادی ، سیاسی و اجتماعی و در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه یا تحصیل هدف مشخصی تعدیل می گردد.
- بیمه گزار:** شخصی است حقیقی یا حقوقی که با پرداخت مبلغ معینی به عنوان حق بیمه ، خدمات معینی را براساس قرارداد منعقد با بیمه گر دریافت می نماید.
- رسیدگی:** فرایندی است که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط موسسات درمانی برای بیمار بستری بررسی شده و بعد از انطباق با ضوابط ، مقررات و تعرفه های مصوب ارزش گذاری می گردد.

تعدیلات: میزان هزینه ای که به علت خدمات انجام نشده و یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات، ضوابط و تعرفه های مصوب اعلام شده، از مبلغ درخواستی موسسات کسر می شود.

اسناد بستری:

کلیه مستنداتی که بابت ارائه خدمات تشخیصی - درمانی در بیمارستانها به بیمه شدگان بستری، توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می گردد.

نحوه احراز هویت بیمار هنگام ارائه ی خدمت:

در هنگام مراجعه بیمار تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به پزشک، ارائه ی دفترچه درمانی الزامی نیست و می توانید احراز هویت بیمار را با دریافت کدملی و رویت یکی از مدارک زیر انجام دهید:

۱. دفترچه بیمه

۲. کارت ملی و شناسنامه

پرداخت به پزشکان تمام وقت جغرافیایی:

برای کلیه خدمات بستری و سرپایی (درمانی، تشخیصی، پاراکلینیکی، و توانبخشی) که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بخش دولتی ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر ۲ برابر ارزشهای نسبی درج شده در ستون واحد ارزش نسبی، قابل محاسبه و اخذ می باشد. این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار برای کلیه خدمات (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تمام وقتی) می باشد.

پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی به آن دسته از پزشکان اطلاق می شود که به صورت تمام وقت در مراکز آموزشی - درمانی و یا مراکز درمانی محل خدمت خود اشتغال داشته و حق انجام فعالیت انتفاعی در زمینه خدمات درمانی خارج از مراکز دانشگاهی را نخواهند داشت.

تبصره: در صورت احراز عدم حضور اعضای هیات علمی و درمانی تمام وقت جغرافیایی در هنگام ارائه خدمت در مراکز ارائه خدمت و صرفاً ممهور نمودن اسناد به مهر ایشان خلاف ضوابط بوده و هیچ مبلغی بابت جزء حرفه ای قابل پرداخت نمی باشد.

پرداخت در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته کشور:

برای کلیه خدمات بستری که توسط پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی و غیر تمام وقت جغرافیایی در مناطق محروم ارائه می شوند، جزء حرفه ای خدمات تا حداکثر ۲ برابر ارزش نسبی مربوطه، حسب درجه محرومیت شهر، قابل محاسبه و پرداخت می باشد. این مابه التفاوت تنها به سهم سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی تعلق می گیرد و مبنای پرداخت بیمار (اعم از اینکه بیمار دارای بیمه و یا فاقد پوشش بیمه ای باشد)، ارزش نسبی پایه هر خدمت (بدون اعمال ضریب تعرفه ترجیحی منطقه) می باشد.

اعمال کد تعدیلی (-۹۰) با کد تعدیلی (-۹۵) در صورت وجود شرایط مربوطه (اشتغال پزشکان درمانی و اعضای هیات علمی در مناطق مشمول تعرفه ترجیحی مناطق محروم)، حداکثر تا ۳ کا قابل محاسبه خواهد بود.

دوره پیگیری درمان بیماران تصادفی:

دوره پیگیری بیماران تصادفی که منجر به بستری بیمار می گردند، از زمان اولین ترخیص دو ماه می باشد و پوشش بیمه پایه منوط به اتمام دوره پیگیری خواهد بود. در طول دوره پیگیری، کلیه هزینه ها از محل اعتبارات قانونی مربوطه، پرداخت می گردد.

تبصره: دوره پیگیری از زمان ترخیص شروع می شود.

انواع بیمارستانها:

الف - مراکز بیمارستانی در سطح کشور براساس نوع وابستگی آنها به سه دسته تقسیم می شوند:

1- بیمارستانهای دولتی - دانشگاهی: وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی سطح کشور بوده و در قالب مراکز آموزشی - درمانی علاوه بر ارائه خدمت به بیماران اقدام به آموزش دانشجویان و دستیاران رشته های مختلف پزشکی و پیراپزشکی نموده که بیشترین مراکز طرف قرارداد بیمه های پایه را تشکیل می دهند. این مراکز مجاز به دریافت تعرفه دولتی از بیمه شدگان بوده و معاف از پرداخت مالیات می باشند. اعضاء

هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در این مرکز فعالیت نموده و از تعرفه های خاص خود برخوردار می گردند. این مراکز تحت نظر حوزه معاونت درمان دانشگاههای علوم پزشکی فعالیت نموده و دستورالعملهای صادره از سوی وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه سلامت جهت آنها لازم الاجرا می باشد.

۲) بیمارستانهای دولتی غیردانشگاهی و عمومی غیر دولتی: شامل مراکزی می گردند که وابسته به ارگانهای دولتی غیر از دانشگاههای علوم پزشکی از قبیل سازمان تامین اجتماعی، بانکها، وزارت نفت، دانشگاه آزاد، مراکز خیریه، مرکز نظامی و ... می باشند که نسبت به عقد قرارداد با این مراکز به صورت موردی یا در چهارچوب سازمانی اقدام می گردد.

۳) بیمارستانهای خصوصی: وابستگی آنها به بخش خصوصی و یا ارگانها و بنیادهای خیریه بوده و مجاز به دریافت تعرفه های مصوب بخش خصوصی می باشند. براساس مصوبه هیئت وزیران در هر سال و مفاد قرارداد (در صورت عقد قرارداد با این مراکز)، ملاک پرداخت بیمه های پایه، همچنان تعرفه دولتی بوده و اخذ مابه التفاوت براساس مصوبه هیئت وزیران و مفاد قرارداد تعرفه های دولتی و خصوصی از بیمه شدگان در این مراکز قانونی می باشد.

تبصره: بدیهی است تعرفه در مراکز فوق براساس مصوبه هیئت دولت می باشد.

ب- انواع خدمات ارائه شده در مراکز بیمارستانی:

کلیه مراکز درمانی بیمارستانی برحسب پروانه تاسیس و مجوزهای صادره از سوی وزارت بهداشت مجاز به ارائه خدمات و احداث بخشهای خاص می باشند و ارائه خدمت به سه شکل به بیمه شدگان صورت می گیرد:

• بستری

• بستری موقت (تحت نظر)

• خدمات سرپایی بیمارستان اعم از خدمات ارائه شده در درمانگاه تخصصی، اورژانس و واحدهای پاراکلینیک و داروخانه

نحوه محاسبه فرانشیز و سهم سازمان:

الف- اسناد بستری مورد تعهد:

1- سهم بیمه پایه: براساس مصوب هیات وزیران در بخش دولتی

2- فرانشیز: براساس مصوب هیات وزیران در بخش دولتی

تبصره ۱: در مراکز خصوصی طرف قرارداد پرداخت مابه التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی مصوب هیات وزیران بر عهده بیمه پایه نمی باشد.

ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات ویزیت:

عبارت است از خدماتی که بوسیله پزشک در مطب یا بطور سرپایی در درمانگاه اتاق معاینه و یا در بخش بیمارستان انجام می شود.

طبق تعریف فوق ویزیت در دو قسمت سرپایی و بستری قابل ارائه می باشد.

۱) ویزیت بستری در بیمارستان و بر بالین بیمار و یا در اتاق درمان بیمارستان ارائه می شود و مبنای محاسبه حق الزحمه آن براساس

ضریب K کتاب ارزشهای نسبی می باشد که مبلغ این ضریب هر ساله توسط هیات محترم وزیران جهت اجرا ابلاغ می گردد.

۲) تعرفه حق ویزیت روزانه در بخشهای بستری مربوط به مجموع ویزیتهای انجام شده توسط پزشک معالج می باشد (یک ویزیت یا بیشتر)

در نتیجه بیش از یک حق ویزیت در روز قابل محاسبه نخواهد بود:

۳_ ویزیتهای منجر به جراحی، برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی)

۴_ ویزیت منجر به بیهوشی (pre med) و بعد از بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.

۵_ ویزیت کلینیک بیهوشی بصورت سرپایی به منظور تایید عمل جراحی قابل محاسبه می باشد.

۶_ ویزیت متخصصین پزشکی قانونی در بخشهای مسمومیت بر مبنای ویزیت متخصص قابل محاسبه می باشد.

۷_ در خصوص بیماران روانی مزمین بستری در بیمارستان حداکثر چهار ویزیت روانپزشکی در ماه قابل محاسبه می باشد.

جهت قابل پرداخت بودن ویزیت لازم است پزشک معالج نتیجه معاینه و یا دستورات پزشکی را در پرونده منعکس و مهر و امضاء نماید.

۸_ ویزیت روزانه پزشک مقیم ICU و NICU به صورت گلوبال در ۳۰٪ هزینه تخت روز لحاظ گردیده و جداگانه قابل محاسبه و اخذ نمی

باشد.

۹_ در مراکزى که فاقد پزشک مقیم در بخشهای ویژه می باشند به شرط کسر ۳۰ درصد هزینه پزشک مقیم به پزشک متخصص بیهوشی و فلوشیب یا فوق تخصص ICU که به عنوان مسؤل فنى بخش ویژه معرفی گردیده است روزانه یک ویزیت قابل پرداخت می باشد.

۱۰_ ویزیت پزشک معالج در ICU و NICU به شرط انجام ، طبق ضوابط جاری قابل محاسبه می باشد بدیهی است چنانچه پزشک معالج همان پزشک مقیم باشد ویزیت جداگانه قابل محاسبه نخواهد بود.

تبصره: در صورتی که پزشکان فوق تخصص و فلوشیب ICU ، پزشک معالج بیمار باشند، ویزیت قابل محاسبه و گزارش می باشد.

۱۱_ ویزیت همراه با آنژیوگرافی در صورتی که بیمار صرفاً تحت آنژیوگرافی با یا بدون آنژیوپلاستی قرار بگیرد قابل محاسبه و اخذ نمی باشد.

تبصره ۱: ویزیت در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد.

تبصره ۲: چنانچه بیمار جهت دریافت خدماتی مانند آندوسکوپی ، کلونوسکوپی، برونکوسکوپی، ECT و سایر خدمات مشابه بستری گردد ویزیت بستری به ایشان تعلق نمیگیرد ولی چنانچه در مدت بستری نیاز به خدمت مورد اشاره باشد ویزیت روزانه قابل محاسبه و پرداخت می باشد.

۱۲ انواع ویزیت بستری:

- ویزیت روز اول: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی
- ویزیت اولیه نوزاد متولد شده: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی
- ویزیت روز دوم به بعد : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی
- ویزیت روز ترخیص : برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی
- ویزیت جامع در بخش اورژانس: برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی براساس پروتکل ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش

پزشکی

• ویزیت محدود: ویزیت محدود اورژانس برای بیماران سطح ۳ و ۴ تریاژ (ویزیت بیماران سطح ۵ تریاژ در اورژانس برابر ویزیت سرپایی می باشد ویزیت سایر گروه های تخصصی برابر ویزیت سرپایی قابل محاسبه و اخذ می باشد.

مراقبت بحرانی: مراقبت بحرانی (اطفال و بزرگسالان) سطح یک یا دو تریاژ مصوب وزارت بهداشت (بیماران اغمایی، مالتیپل تروما و بدحال) تبصره: تعداد ویزیت های قابل پرداخت جهت یک بیمار بستری معادل تعداد روزهای بستری به اضافه ویزیت روز ترخیص می باشد. چنانچه بیمار فوت یا با رضایت شخصی ترخیص گردد، ویزیت روز ترخیص قابل محاسبه نخواهد بود . چنانچه احراز گردد قبل از ترخیص یا فوت ، بیمار توسط متخصص ویزیت شده است ویزیت قابل محاسبه می باشد.

ضوابط و نحوه محاسبه هزینه خدمات مشاوره:

عبارت است از خدماتی که بنا به توصیه و درخواست پزشک معالج توسط پزشکی با تخصص دیگر ، به صورت اظهار نظر با پیشنهاد به منظور ارزیابی بیشتر و یا درمان بهتر بیمار ارائه می گردد.

- ❖ پرداخت هزینه مشاوره صرفاً منوط به درخواست پزشک متخصص معالج با مهر و امضاء و همچنین جواب مشاوره با مهر و امضاء پزشک مربوطه و ذکر تاریخ مشاوره می باشد.
- ❖ هزینه هر بار مشاوره برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی محاسبه می گردد
- ❖ حداکثر مشاوره انجام شده قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره برای پزشکان با تخصصهای مختلف و حداکثر سه مشاوره از یک تخصص ، مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت روز دوم به بعد مازاد بر ویزیت روزانه پزشک معالج محاسبه می گردد.
- ❖ مشاوره بیهوشی در صورتی که منجر به عمل جراحی و بیهوشی گردد قابل محاسبه نخواهد بود.
- ❖ مشاوره جراح در صورتیکه منجر به جراحی گردد قابل محاسبه می باشد.
- ❖ مشاوره جهت متخصصینی منجمله تغذیه و پزشکی اجتماعی تنها براساس کدهای موجود در کتاب قابل پرداخت می باشد.
- ❖ مشاوره در مراکز دولتی دانشگاهی به رزیدنت سال سوم و بالاتر قابل محاسبه می باشد
- ❖ مشاوره پزشک مدعو برابر ارزش تعیین شده در کتاب ارزش نسبی با شرایط زیر قابل محاسبه می باشد.
- ❖ تخصص پزشک مدعو در بیمارستان موجود نباشد
- ❖ درخواست پزشک معالج در پرونده پزشکی موجود باشد.
- ❖ پزشک مدعو در کلینیکهای بیمارستان فعالیت نمایند.
- ❖ ویزیت بر بالین بیمار انجام شود.
- ❖ در مورد بیماران سرپایی نباشد .
- ❖ به رزیدنت تعلق نمیگیرد.

نسخه نویسی الکترونیک

در صورت مراجعه بیمار به پزشک طرف قرارداد، پزشک پس از احراز هویت و ثبت شماره تلفن همراه (موبایل) تعلق به بیمار و انجام معاینه نسبت به ثبت خدمات پزشک اعم از انجام ویزیت، تجویز دارو و سایر خدمات تشخیصی و درمان ... در سامانه نسخه الکترونیک به نشانی **ep.tamin.ir** اقدام می نماید. در این صورت حق الزحمه پزشک معالج قرارداد برابر ضوابط مربوطه و به صورت بر خط توسط سازمان پرداخت خواهد شد.

نسخه نویسی غیرالکترونیک:

در صورت مراجعه بیمار به پزشک طرف قرارداد، چنانچه امکان استفاده از سامانه های الکترونیک به هر دلیل (قطع اینترنت، قطع سامانه نسخه نویسی)، میسر نباشد، پزشک پس از احراز هویت بیمار با استفاده از کارت ملی / شناسنامه/ دفترچه درمان و استعمال برخورداری وی از استحقاق درمان (پوشش درمانی) نسبت به معاینه و تجویز در سرنسخه مخصوص مطب/مرکز درمان می نماید . لازم به ذکر است تا زمان ابلاغ استاندارد لازم برای سرنسخه از طرف

سازمان دستور پزشک می بایست به صورت خوانا در دو برگ تجویز گردد. برگ اول سرنسخه برای مراجعه به داروخانه و سایر موسسات پاراکلینیک به بیمار و برگ دوم سرنسخه برای دریافت حق الزحمه به مدیریت درمان استان تحویل می شود ارسال برگ دوم سر نسخه مخصوص پزشک به مدیریت درمان استان، کمافی السابق مشابه فرآیند ارسال برگ مخصوص پزشک در دفترچه درمان است.

الزامات پرونده نویسی

مدارک پزشکی بیماران سرمایه غنی علم پزشکی و ابزار اولیه در زمینه ارزیابی و برنامه ریزی آتی برای مراقبتهای بهداشتی و درمانی است و فلسفه اصلی از ثبت دقیق جزئیات بیماری فراهم ساختن امکان مراقبت بهتر از بیمار است. پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد. مجموعه حاضر با هدف تدوین اصول کلی در زمینه مستندسازی پرونده پزشکی در ۵ بخش و ۱۱ ماده و ۱۱ تبصره تنظیم شده، و از این پس به عنوان مرجع اصول مستندسازی در همه بیمارستانها و واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت کشور اجرای آن الزامی می باشد.

دستورالعمل مستندسازی

چگونه مستندسازی انجام شود (HOW)

- ✓ **صحت:** داده های ثبت شده باید دارای ارزش های درست و معتبر باشند.
- ✓ **جامعیت:** تمام داده های مورد نیاز جمع آوری و ثبت شود.
- ✓ **جاری بودن:** داده ها باید به روز باشد.
- ✓ **تعریف داده ها:** هر عنصر داده ای باید دارای معنای مشخص و ارزش های قابل قبولی باشد.
- ✓ **دارای جزئیات بودن:** صفات و ارزش های داده ها باید به صورت مشروح تعریف شده و در برگیرنده جزئیات لازم باشند.
- ✓ **دقت:** ارزش داده ها به اندازه ای باشد که بتوانند کاربرد یا فرایند مورد نظر را حمایت کنند.
- ✓ **مرتبط بودن:** داده ها برای کاربرد یا فرایند مورد نظر معنادار باشند.
- ✓ **به هنگام بودن:** اطلاعات مربوط به اقدامات تشخیصی و درمانی را باید بلافاصله بعد از انجام آنها ثبت کرد.

چه چیزی مستند شود (what)

در مسائل قانونی، یک پرونده ناقص انعکاس دهنده مراقبت و درمان ناقص است. حذف جزئیات یک اشتباه مهم و عمومی در مستندسازی است. البته این بدان معنا نیست که هر چیزی باید در پرونده بیمار ثبت شود. دیدگاه حقوقی: مراجع قانونی رسیدگی به سهل انگاری های درمانی و قصور پزشکی بر این نظر هستند که:

آنچه در پرونده ثبت نشده : یعنی انجام نشده

شمول دستورالعمل

گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل :

ارایه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماما ها و سایر گروههای مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، - فیزیوتراپی و کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان

کارشناسان امور ترخیص

اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و

ضبط گردد

ماده ۲. تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص

بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد

تبصره ۱-۲: با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به

کلیه دانشگاه ها و دانشکده ها، الزم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر،

اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به

وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد

تبصره ۱-۳: مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت عالیم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

ماده ۴: کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد" یا اختصار (N/A) استفاده شود.

ماده ۵. اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

تبصره ۱-۵. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها(نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد

تبصره ۱-۶. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات التین، از املائی صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خالصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت(قبل از اختصار) الزامی می باشد.

فرآیند تدوین پروپوزال و پایان نامه

انتخاب موضوع

نخستین گام در نگارش پروپوزال رشته پزشکی و ادامه مراحل انتخاب موضوع مناسب است؛ موضوعی که جذاب، کاربردی و به‌ویژه نو باشد، چون در صورت تکراری بودن موضوع‌تان بلافاصله هیات داوران دانشگاه پروپوزال شما را رد خواهند کرد و این مساله خط قرمز استادان است. دقت کنید که از مهمترین فاکتورهای انتخاب موضوع پروپوزال علاقه‌مندی شما به حوزه پژوهشی آن موضوع است، زیرا اگر به موضوع علاقه نداشته باشید، از نیمه‌های مسیر طولانی تحقیقات و با برخوردن به مشکلات و چالش‌ها خسته و دلزده خواهید شد، اما اگر موضوع در حیطه علایق‌تان باشد، بدون شک از تمام سدهای مسیر راحت‌تر عبور خواهید کرد و مشتاقانه و سریع‌تر پیش خواهید رفت. فراموش نکنید که شما باید تحقیق و جستجویی جامع، عمیق و دقیق انجام دهید و تمام جوانب موضوع مد نظرتان را بسنجید؛ مثلاً دقت کنید که درباره موضوع شما منابع موثق و معتبر کافی در دسترس باشد.

تعیین عنوان

مرحله بعدی نگارش پروپوزال پس از انتخاب کردن موضوع پژوهش‌تان، تعیین عنوان مناسب است، چراکه شما می‌توانید با انتخابی درست و هوشمندانه توجه بسیاری را به موضوع پایان نامه یا رساله خود جلب کنید. سعی کنید عنوانی تعیین کنید که هم جذاب و زیبا باشد، هم گویا و کامل و هم دقیق و قابل استناد. با خلاقیت بیشتر در تعیین عنوان اثرتان می‌توانید حوزه پژوهشی‌تان را نمایان کنید یا مثلاً جامعه مورد پژوهش‌تان را مشخص سازید. همچنین شاید بتوانید با تمرکز و جستجوی بیشتر در واژگان و چینش آن‌ها جزئیات بیشتری درباره موضوع تحقیقتان در عنوان پروپوزال خود به نمایش بگذارید؛ برای مثال شاید بتوانید به روش تحقیق‌تان نیز اشاره کنید.

نوشتن پروپوزال رشته پزشکی

پروپوزال استاندارد حاوی چندین بخش اصلی است و نوشتن هر بخش آن قواعد و اصول مشخصی دارد. ساختار پروپوزال استاندارد از بخش‌های زیر تشکیل می‌شود:

مقدمه، طرح مسئله، ابزار و منابع گردآوری و تحلیل اطلاعات، پیشینه تحقیق، اهداف تحقیق، پرسش‌های تحقیق، فرضیات تحقیق، روش تحقیق، نتیجه‌گیری و فهرست منابع.

در مقدمه شما باید درباره موضوع پژوهش خود به طور کلی اما روان و شفاف توضیح دهید و قطعا جذابیت این بخش در جلب توجه خوانندگان بسیار مهم است. سپس لازم است به دلایل انتخاب موضوع در بخش طرح مسئله بپردازید تا هیات داوران از اهداف شما به خوبی آگاه شوند. نکته مهم بعدی ذکر منابع علمی معتبر پژوهش‌تان است که باید به طور کامل و دقیق بیان شود، زیرا اعتبار پژوهش شما را عیان می‌سازد.

فرآیند تحویل پروپوزال

بعد از پایان نگارش پروپوزال رشته پزشکی و تاییدش توسط استاد راهنما نوبت به طی کردن روال اداری تحویل آن می‌رسد. شما باید مطابق روال اداری واحد آموزش دانشکده‌تان تعدادی فرم پر کنید یا از برخی مسئولان دانشگاه امضا بگیرید.

همچنین باید موضوع پایان نامه خود را در سامانه پژوهشیارنیز ثبت کنید تا مورد تایید اساتید قرار گیرد. آدرس سایت:

<https://ris.umsu.ac.ir>

سپس همه مدارک و اسناد و پروپوزال‌تان را به واحد آموزش تحویل دهید. در صورتی که در روزهای آینده خبر تایید شدن پروپوزال شما اعلام شود باید از پروپوزال خود دفاع کنید بعد از دفاع و ویرایش‌های پایان نامه، مراحل اصلی انجام پایان نامه یا رساله دکتری آغاز می‌شود و در غیر این صورت باید مراحل فوق را دوباره انجام دهید.

فرم ثبت اولیه عنوان پایان نامه دانشجوی پزشکی



فرم ۱ : ثبت اولیه عنوان پایان نامه

خانم / آقای **دانشجوی :** روزانه پردیس مهمان **تلفن تماس:**

نوع پایان نامه: کارشناسی ارشد پزشکی دندانپزشکی داروسازی عمومی
 دکترای تخصصی (Ph.D.) دستیاری MPH فوق تخصص

ثبت عنوان پایان نامه خانم / آقای به شماره دانشجویی ورودی مهر / بهمن سال دانشجوی رشته از نظر آئین نامه و کوریکولوم آموزشی (برنامه آموزشی وزارت متبوع) بلامانع بوده و اطلاعات فوق از نظر آموزشی در مورخه / / ۱۴... مورد تأیید است. **کارشناس امور آموزشی :** امضاء

مدیر محترم گروه آموزشی

با سلام و احترام؛ اینجانب درخواست گذراندن واحد پایان نامه با عنوان ذیل تحت راهنمایی استاد محترم سرکار خانم / جناب آقای را دارم. خواهشمند است دستورات لازم در این خصوص مبذول فرمائید. امضاء دانشجو

عنوان طرح به فارسی :

عنوان طرح به انگلیسی :

عنوان پایان نامه مربوط به کدام گروه و ردیف (از اولویت های پژوهشی دانشگاه) است ؟ گروه :

ردیف (رتبه) : عنوان : (بمعنا مثال: گروه کودکان ؛ رتبه دو ؛ بررسی علل مستعد کننده نارسایی و IUGR)

اولویت های پژوهشی دانشگاه از سایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و نیز از سامانه تحقیقاتی پژوهشیار ارومیه قابل استخراج است

بدینوسیله موافقت خود را برای انجام پایان نامه اعلام می نمایم

- * نام و نام خانوادگی **استاد راهنما** : مرتبه علمی استاد : مهر و امضاء
- * نام و نام خانوادگی **استاد مشاور** : مرتبه علمی استاد : مهر و امضاء
- * نام و نام خانوادگی : مرتبه علمی استاد : مهر و امضاء
- * نام و نام خانوادگی **مدیر گروه** : مرتبه علمی استاد : مهر و امضاء

توجه : هر گونه لاک گرفتگی، خط خوردگی و ناقص بودن (مهر اساتید بالینی، امضاء اساتید و ...) موجب ابطال فرم می گردد؛ به فرمهای ناخوانا و فکس شده ترتیب اثر داده نخواهد شد.

- * عنوان پایان نامه فوق طی پنج سال اخیر در سامانه جامع طرحهای تحقیقاتی علوم پزشکی کشور (rpis.research.ac.ir) و پورتال کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (lib.umsu.ac.ir) ثبت نگردیده است. **مسئول کتابخانه مرکزی دانشگاه** (واقع در دانشکده پزشکی) مهر و امضاء
- * فرم ثبت اولیه عنوان در مورخه / / ۱۴... دریافت شد. **کارشناس مسئول پایان نامه دانشکده:** امضاء
- * عنوان پایان نامه در جلسه شورای پژوهشی دانشکده در مورخه / / ۱۴... مطرح و مورد تصویب قرار گرفت.

معاونت پژوهشی دانشکده

استاد راهنما : استاد مشاور : دانشجو :

عنوان پروپزال پایان نامه (فارسی) :

اهمیت ضرورت و بیان مساله (یک پاراگراف) :

روش اجرا و آنالیز آماری (یک پاراگراف) :

دانشجوی پزشکی موظف است از شروع دوره کارورزی تا قبل از شروع نیمسال سوم کارورزی، عنوان پایان نامه خود را تصویب برساند؛ در غیراینصورت، اجازه انتخاب واحد به دانشجو داده نخواهد شد.

نظر گروه در مورد عنوان پایان نامه : (بایستی به تأیید تعدادی از اعضای گروه (به غیر از اساتید راهنما و مشاور) برسد)

نام و نام خانوادگی	مورد تأیید می باشد	مورد تأیید نمی باشد	علت عدم تأیید
۱- عضو گروه :			
۲- عضو گروه :			
۳- عضو گروه :			
۴- عضو گروه :			
۵- عضو گروه :			
۶- عضو گروه :			
۷- عضو گروه :			

موافق عنوان پیشنهادی

موافق عنوان پایان نامه بعد از اصلاحات لازم :

مخالف عنوان پایان نامه (با ذکر دلایل) :

امضای مدیر گروه (یا معاون پژوهشی گروه)

تاریخ



دانشگاه علوم پزشکی اهواز
دانشکده پزشکی

فرم ۲-۲: تأیید عنوان پروپوزال اعضای گروه

استاد راهنما : استاد مشاور : دانشجو :

عنوان پروپوزال پایان نامه (فارسی) :

اهمیت ضرورت و بیان مساله (یک پاراگراف) :

روش اجرا و آنالیز آماری (یک پاراگراف) :

دانشجویی دستیار (در دوره های ۴ یا ۵ سال) موظف است تا زمان معرفی به امتحان کتبی ارتقاء ۲ به ۳ عنوان پایان نامه خود را تصویب برساند؛ در غیراینصورت، طبق آیین نامه دستیاری، به آزمون ارتقاء معرفی نخواهد شد. دانشجویی دستیار (در دوره های ۳ سال) موظف است تا زمان معرفی به امتحان کتبی ارتقاء ۱ به ۲ عنوان پایان نامه خود را تصویب برساند؛ در غیراینصورت، طبق آیین نامه دستیاری، به آزمون ارتقاء معرفی نخواهد شد.

نظر گروه در مورد عنوان پایان نامه : (بایستی به تأیید تعدادی از اعضای گروه (به غیر از اساتید راهنما و مشاور) برسد)

نام و نام خانوادگی	مورد تأیید می باشد	مورد تأیید نمی باشد	علت عدم تأیید
۱- عضو گروه :			
۲- عضو گروه :			
۳- عضو گروه :			
۴- عضو گروه :			
۵- عضو گروه :			
۶- عضو گروه :			
۷- عضو گروه :			

موافق عنوان پیشنهادی

موافق عنوان پایان نامه بعد از اصلاحات لازم :

مخالف عنوان پایان نامه (با ذکر دلایل) :

امضای مدیر گروه (یا معاون پژوهشی گروه)

تاریخ