

کتابچه ایمنی بیمار

رسالت بیمارستان ارایه خدمات ایمن و اثر بخش می باشد

مقدمه :

با توجه به اهمیت مبحث ایمنی در مراقبت و درمان بیماران ، نیاز به آگاهی کامل پرسنل از موازین ایمنی و رعایت اصول ایمنی توسط پرسنل در مراقبت و درمان می باشد . در این کتابچه سعی بر آن داریم تا اصول ایمنی بیمار را به صورت خلاصه و جامع جمع بندی و در اختیار کارکنان قرار دهیم .
امید است با مطالعه و رعایت موارد ایمنی ، شاهد افزایش خدمات ایمن و کاهش بروز خطاها به خصوص خطاهای منجر به آسیب بیماران گردیم .

تهیه و تدوین : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

تیر ماه 99

فهرست مطالب:

- 1-تعریف ایمنی بیمار
- 2-معرفی مسئول و کارشناس ایمنی بیمار
- 3- بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار
- 4- نه راه حل ایمنی بیمار
- 5- شاخص های ایمنی بیمار
- 6- راهنمای پیشگیری از سقوط
- 7- خطاهای پزشکی و فرآیند گزارش دهی خطا
- 8- تعریف RCA-نحوه RCA
- 9-تعریف FMEA- نحوه FMEA
- 10-انواع روشهای گزارش دهی خطا تعریف اقدام اصلاحی / اصلاح /پیشگیرانه / برنامه بهبود و عملیاتی
- 11- دستورالعمل گزارش وقایع فوری 28گانه
- 12-دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار و کد بندی رنگی دستبند مشخصات
- 13-ارزیابی ریسک بیماران ونحوه ثبت کد پرخطر روی دستبند شناسایی
- 14- هفت رایت
- 15- نحوه لیبل گذاری داروهای پرخطر /نگهداری ایمن داروهای پرخطر /
- 16- نحوه لیبل گذاری داروهای مشابه / تعریف داروهای حیات بخش / ضروری
- 17- لیست اخذ رضایت آگاهانه
- 18- دستورالعمل ایمنی گازهای طبی
- 19- دستورالعمل مقادیر بحرانی
- 20- برقراری ارتباط موثر در فرایند انتقال بیمار درون بخشی بین بخشی / مراحل تکنیک SBAR
- 21-شناسایی وارزیابی ریسک بیماران آسیب پذیر
- 22-فرایند تلفیق دارویی
- 23-ترخیص ایمن
- 24- شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیرانه
- 25- تجهیزات ضروری و پشتیبان

تعریف ایمنی بیمار؟ اجتناب از آسیب های بی مورد یا بالقوه در ارتباط ارائه خدمات سلامت -پرهیز ، پیشگیری از کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرایند مراقبت پزشکی هدف اصلی از ایمنی بیمار حفظ و ارتقاء ایمنی می باشد.

مسئول ایمنی بیمارستان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را معرفی کنید؟

مسئول ایمنی بیمارستان مدرس: آقای دکتر رضایی

مسئول ایمنی بیمارستان شهداء 17 شهريور: آقای دکتر سطوتی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی مجتمع بیمارستانی شهداء 17 شهريور ومدرس: خانم زابلی

بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار: (Patient Safety Walkround)

انجام بازدید از بخشها و واحدهای مختلف بیمارستان با تاکید بر حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و ترویج فرهنگ ایمنی بیمار رهبری و مدیریت بیمارستان بایستی با فلسفه و نحوه اجرای بازدید مدیریتی ایمنی طبق دستورالعمل و مبانی فرهنگ ایمنی بیمار آشنا بوده و بدان متعهد باشد. حضور مدیران ارشد بیمارستان طبق دستورالعمل در این بازدید ضروری است.

برنامه تنظیمی (تقویم) سالیانه (به نحوی که حداقل یک بازدید مدیریتی در هر هفته صورت گیرد) از سوی ریاست بیمارستان به کلیه واحدها/ بخش های مربوطه و مدیران مرتبط ابلاغ شده، در بخش ها/ واحدها موجود و در معرض رویت کارکنان می باشد. موارد لغو شده در **برنامه قبلا اصلاح و تاریخ بعدی مشخص شده است** و کارکنان از آن مطلع باشند.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار به هیچ وجه جنبه بازرسی ندارد و بازدیدها براساس گفتمان حضوری و سوالات باز مربوط به وضعیت ایمنی بیمار و مخاطرات سیستمی موجود با کارکنان صف در بخش ها/واحدهای مربوط مطابق با سئوالات پیشنهادی در دستورالعمل فوق الذکر اجرا می گردد. ضروری است فرصت کافی به کارکنان در خصوص بیان دغدغه های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار داده شود و بازدید به گونه ای مدیریت گردد که مباحث غیرمرتبط با ایمنی بیمار باعث اتلاف وقت و نپرداختن به مباحث ایمنی بیمار نشود.

سوالات مطرحه طی بازدید ایمنی :

با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید مورد ، مشکل و یا موضوعی را بیان نمایید که موجب طولانی شدن مدت بستری بیماری شده است ؟

ندادن و یا تأخیر در دادن دارو به بیمار

عدم ارتباط صحیح کارکنان

با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید اتفاق نزدیک به وقوعی را به یاد آورید که در صورت وقوع می توانست منجر به آسیب به بیمار شود ؟

انتخاب داروی اشتباه / دوز اشتباه دارویی که از داروخانه تحویل گرفته شده و یا برای دادن به بیمار کشیده و یا

گذارده شده ، لیکن قبل از دادن به بیمار متوجه شده اید که اشتباه می باشد .

تنظیم غلط پمپ دارویی که پس از آلام دستگاه متوجه نکته اشتباه شده اید.

دستور دارویی اشتباه توسط پزشک که قبل از انجام برای بیمار مورد توجه پرستاران واقع شده است .
آیا اخیراً شما متوجه اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است ، شده اید ؟
عفونت / عوارض جراحی / عوارض جانبی ثانویه دارو

نه راه حل ایمنی بیمار :

1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
2. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از **خطا** (اصول شناسایی بیمار با کسب هویت و دستبند شناسایی)
3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (تحویل بیمار بر اساس SBAR)
4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار (شناسایی صحیح بیمار ، مارکر گذاری محل عمل ، چک دستورات ، ثبت دقیق فرم مراقبت قبل از عمل ، و چک لیست جراحی ایمن)
5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت (توجه به داروهای با غلظت بالا ، نحوه محاسبه و آماده سازی و تزریق آن)
6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات (ثبت دقیق دستورات در کاردکس و چک ان قبل از انتقال بیمار)
7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها (دقت و تحویل کامل تمام اتصالات بیمار)
8. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات
9. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



شاخص های ایمنی بیمار را نام ببرید؟

- 1- سقوط بیمار
- 2- زخم بستر
- 3- عفونت های مکتسبه بیمارستانی
- 4- عوارض بیهوشی
- 5- عوارض انتقال خون
- 6- باز شدن زخم بعد از عمل جراحی
- 7- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل
- 8- جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی
- 9- پارگی یا بریدگی اتفاقی
- 10- مرگ بدنبال زایمان
- 11- آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی بدنبال جراحی
- 12- عفونت محل عمل جراحی
- 13- مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی
- 14- ترومای زایمانی
- 15- تروما به نوزاد حین تولد

تعریف سقوط:

از دست دادن تعادل به شکل غیر منتظره و بدون اختیار که موجب می شود فرد در یک سطح پایین تر و یا کف زمین در وضعیت ثابت قرار گیرد.

عوامل موثر در خطر سقوط:

عوامل خطر سقوط معمولاً به دو گروه اصلی تقسیم بندی می شود:

عوامل خطر درونی: یعنی عوامل شخصی فرد سالمند برای افزایش خطر سقوط، مانند بیماری ها که می توانند بر توانایی شخص جهت حفظ تعادلش تأثیر داشته باشد.

عوامل بیرونی: یعنی عوامل محیطی که خطر سقوط را افزایش می دهند، مانند سطوح لغزنده، موانع، روشنایی کم و دیگر خطرات امنیتی که می توانند زمینه را برای سر خوردن و لغزیدن سالمندان فراهم نمایند.

عوامل موثر در خطر سقوط – عوامل خطر درونی:

سقوط های قبلی: سالمندانی که قبلاً زمین خورده باشند، احتمال زیاد تری وجود دارد یا شرایط و اوضاع خطرناک محیطی.

–سقوط های آسیب زا: هر گونه دردی در پی سقوط می تواند به سختی و مشکل حرکتی منجر شود که می تواند تعادل و توانایی راه رفتن ایمن را تحت تأثیر قرار دهد.

تغییر در وضعیت فعلی: هر وقت یک بیماری حاد در یک فرد سالمند آشکار گردد، مانند عفونت مجاری ادرار (UTI) پنومونی و یا افت قند خون، گفته می شود که این فرد **تغییر در وضعیت را متحمل شده است**. هر بیماری که سبب **تغییر در وضعیت گردد، می تواند خطر سقوط را افزایش دهد**.

افت قدرت بینایی: بیماری های چشمی از قبیل گلوکوم، آب مروارید و لکه زرد می توانند ادراک عمقی را تغییر داده و تیرگی و عدم وضوح را سبب می شوند. این باعث می شود که سالمندان موانع و خطرات سر راهشان را نبینند و می تواند به سر خوردن و لغزیدن منجر شود. عینک های کثیف و نا مرتب، و یا عدم استفاده از عینک به هنگام ضرورت نیز می تواند خطر سقوط را افزایش دهد.

کم بینایی عامل مهمی در سقوط های همراه با آسیب محسوب می شود. در حقیقت، کم بینایی به خطر مضاعف شکستگی لگن مربوط می شود. سالمندان با قدرت بینایی کم، ترس بیشتری از سقوط دارند. ترکیب قدرت بینایی کم و ترس از سقوط می تواند به ترس از راه رفتن منجر گردد که این خود می تواند به ضعف عضلانی و افزایش خطر سقوط منتهی گردد

مشکلات ارتباطی: ارتباط معیوب به دلیل شرایطی مانند سکته، دمانس و یا صحبت کردن به یک زبان دیگر، می تواند بر امنیت سالمندان تأثیر گذار باشد. عدم توانایی در آشکار ساختن نیاز ها و خواسته ها و عدم توانایی درک احتیاطات امنیتی ممکن است سبب شوند که این افراد برای انجام فعالیت هایی تلاش کنند که نباید بدون کمک آن ها را انجام دهند.

افت قدرت شنوایی: مکانیسم های حسی در گوش کمک می کنند تا تعادل فرد حفظ شود. در نتیجه هر نوع آسیب در شنوایی می تواند به مشکلات تعادلی منجر گردد. واکس گوش فراوان و استفاده نکردن از سمعک فرد سالمند ممکن است قادر نباشند به طور واضح بشنوند و دستورالعمل های امنیتی را درک کنند، از قبیل درک آموزش لازم برای حفظ امنیت خود مانند چگونگی بلند شدن و نشستن.

بی اختیاری ادرار: عدم توانایی کنترل عملکرد مثانه و ترس بی اختیاری ادراری منجر به حس فوریت در استفاده از دستشویی شود. اغلب سالمندان با عجله به سمت دستشویی می روند، که در این شرایط ایمنی کاهش یافته و در نتیجه به احتمال زیاد دچار سقوط می شوند.

✓ بلند شدن از خواب در طول شب جهت استفاده از دستشویی، ممکن است به خاطر خواب آلودگی و روشنایی کم، منجر به سقوط شود.

تحلیل قدرت عضلانی دست ها و پاها: بیماری هایی همچون آرتریت، دیابت و سکته می توانند قدرت عضلانی در دست ها و پاها را تغییر دهند، در نتیجه استفاده از قدرت دست ها و پاها به هنگام بیرون آمدن از تخت و یا بلند شدن از روی صندلی یا رفتن به دستشویی، بسیار سخت تر می گردد. که می تواند به راحتی باعث از دست رفتن تعادل و افزایش خطر سقوط شود.

مشکلات تعادل و راه رفتن: اختلالاتی همچون سکنه، آرتريت، ديابت، بيماری پارکينسون ممکن است بر توانایی عضلانی سالمندان و زمان واکنش آنان تأثیر بگذارد. در نتیجه راه رفتن مشکل تر شده و کنترل تعادل و هماهنگی تحت تأثیر قرار می گیرد.

همچنین سایر شرایط دیگر مانند:

- فشارخون پایین

- تغییر در الگوی خواب

- دمانس

- افسردگی و اضطراب

- ترس از سقوط

- عدم فعالیت

خطر سقوط در فرد سالمند را افزایش می دهند

عوامل موثر در خطر سقوط – عوامل خطر بیرونی:

• عوامل بیرونی

• نور ناکافی

• سطوح لغزنده

• به هم ریختگی های محیط

• ارتفاع نامناسب تخت خواب ها، صندلی ها و یا توالت ها

- عدم ایمنی های فیزیکی مناسب ، شامل نرده های تخت خواب/ هندریل راهرو / دستشویی / کمر بند و محافظ تخت / برانکارد/و..

استفاده از داروها: چندین دارویی مصرف دارو های زیاد یا تلفیق و ترکیب غلط دارویی می تواند بر قضاوت، هماهنگی و تعادل سالمندان تأثیر گذار باشد.

عوارض جانبی معمول داروها که خطر سقوط را افزایش می دهند عبارتند از: سرگیجه، گیجی، حیرانی، خستگی مفرط و خواب آلودگی.

-دارو هایی که خطر سقوط را افزایش می دهند عبارتند از: دارو های فشار خون، داروهای قلبی، قرص های مدر، آرام بخش ها و ضد افسردگی. سالمندان مصرف کننده ترکیبی از این داروها خطر سقوط بالایی دارند. به عنوان مثال مصرف داروهای مانند: آنتی آریتمی ها، آنتی کولینرژیک ها، ضد تشنج ها، دیورتیک ها، بنزودپازپین ها و سایر خواب آورها، آنتی سایکوتیک ها، ضدافسردگی ها

طرح کف ساختمان: کف های خیس و لغزنده و سطوح بسیار صیقلی شده و جلا یافته. می توانند به راحتی منجر به سر خوردن شوند، مخصوصاً در مورد سالمندانی که تعادل و راه رفتن ضعیفی دارند.

اگر سطح ساختمان درخشندگی زیادی را منعکس نماید. همچنین سر خوردن و یا برخورد با. لوازم و اثاثیه، قدم زدن ها، ویلچرها و یا تجهیزات در سر راه سالمند، یک علت مکرر سقوط افراد سالمند با بینایی کم می باشد.

ارتفاع تخت: ارتفاع یک تخت که خیلی پایین یا خیلی بالا باشد، می تواند به مشکلاتی هنگام انتقال و خطر سقوط منجر شود، مخصوصاً در مورد سالمندانی که ضعف اندام دارند

صندلی ها و توالت ها: توالت ها و صندلی های دارای محل نشستن پایین، بخصوص آن هایی که بدون دسته مناسب و تکیه گاه نرده ای جهت گرفتن هستند، می توانند هنگام برخاستن از آن ها مشکل زا باشند و خطر سقوط را افزایش دهند. مخصوصاً در سالمندانی که ضعف عضلانی و بیماری های عصبی دارند، یک عامل خطر محسوب می شود. دستگیره های دستشویی: فقدان تکیه گاه های دستی مناسب یا میله هایی برای گرفتن جهت کمک هنگام انتقال در دستشویی، می تواند خطر سقوط را در مورد سالمندانی که دچار اختلال تعادل هستند، افزایش دهد. استفاده از دوش دستی یا وجود صندلی یا چهار پایه برای نشستن زیر دوش، نصب میله هایی به عنوان دستگیره بر دیوار حمام که بتوان قبل از لیز خوردن با گرفتن آنها تعادل خود را حفظ نمود.

عصا ها و واکرها:

معمولاً عصاها و واکرها استفاده می شوند تا تعادل و راه رفتن سالمند را بهبود ببخشند؛ که این خود کمک می کند تا در مقابل زمین خوردن ها محافظت شوند.

ولی عصا ها و واکر هایی که شکسته هستند و یا سرپوش های پلاستیکی فرسوده ای دارند، برای سالمند مناسب نبوده و بالقوه خطرناک هستند، بنابراین آن ها از تعادل سالمند حمایت نکرده و می توانند منجر به سقوط شوند.

ویلچرها:

صندلی هایی که در حین انتقال منحرف شده یا کج شوند، به طور ویژه خطرناک هستند. ترمز ها یا رکاب های مخصوص پا عامل اصلی دیگری از زمین خوردن های با ویلچر می باشند.

روشنایی محیط: روشنایی کم و تاریک در راهرو ها، اتاق خواب ها و دستشویی ها می توانند به شرایط راه رفتن

خطرناک منجر گردند که خطر سقوط را افزایش می دهند. بینایی کم و معیوب، مشکل روشنایی را دو برابر خطرناک می سازد.

نرده های اطراف تخت: نرده های تخت، که برای حفاظت فرد سالمند حین انتقال تخت استفاده می شود، می تواند از سالمندان در برابر سقوط محافظت کند. ولی گاهی اوقات سالمندان سعی می کنند از روی آن ها یا اطراف آن ها بالا بروند که این امر خطر سقوط و صدمات را افزایش می دهد.

جابجایی: جابجا شدن از مکان به مکان دیگر و قرار گرفتن در معرض افراد جدید، محیط های جدید و کارهای روزمره جدید، می تواند موجب حواس پرتی سالمندان شده و خطر سقوط را افزایش دهد.

سالمندان تازه پذیرش شده در طول دو، سه هفته اول، احتمال سقوط بیشتری را دارند. سالمندان دارای گیجی به طور خاص در طول 24 تا 48 ساعت اولیه پس از ورود در معرض خطر سقوط هستند.

هدف از ارزیابی خطر سقوط این است که مشخص نماییم یک سالمند در معرض خطر سقوط هست یا نه، و اگر

اینگونه است چه عواملی سالمند را در معرض این خطر قرار میدهد؟

تکمیل یک ارزیابی خطر سقوط و جستجوی وجود عوامل خطر سقوط، اولین قدم در پیشگیری از سقوط هاست. بنابراین ضروری است که تیم ارائه دهنده خدمات سلامتی مؤلفه های ارزیابی خطر سقوط را بشناسند. از آن جا که خطر سقوط یک پروسه مداوم و پیشرو و نیز متغیر است و البته به وضعیت عملکردی و دارویی سالمند، داروها و یا شرایط محیطی، بستگی دارد.

مواقعی ارزیابی خطر سقوط باید انجام شود؟

- هر بیمار پذیرفته شده باید ارزیابی جامع خطر سقوط را دریافت نماید تا عواملی که افراد را در معرض خطر سقوط قرار می دهد شناسایی گردد. زمان های دیگری که ارزیابی خطر سقوط مفید است تا انجام گردد، عبارتند از:
- زمانی که وضعیت جسمی یا ذهنی یک بیمار به طور قابل توجهی تغییر می کند زمانی که داروهای بیمار عوض می شود مثلاً داروهای جدیدی تجویز می شود و یا دوز فعلی دارو ها تغییر می کند.
- زمانی که یک بیمار از یک اتاق یا طبقه به اتاق یا طبقه دیگری نقل مکان می کند سقوط می تواند این گونه اعلام گردد:
- استفاده از تصاویر فلش های رنگی که در اتاق و یا در تختخواب سالمند، قرار داده می شود.
- استفاده از دست بند های شناسایی رنگی که برای سالمندان پرخطر بسته می شود.
- استفاده از گزارش های شیفتی روزانه پرسنل جهت بررسی وضعیت خطر سقوط های سالمندان در تعویض شیفت ها.
- استفاده از یاد داشت های مربوط به انتقال ها (با مضمون وضعیت خطر سقوط های و جزئیات راهکارهای پیشگیری از سقوط)، وقتی که سالمند از طبقه یا بخشی انتقال داده می شود.
- بدین طریق، هر کسی در این مکان می داند که سالمند در معرض خطر سقوط است و یا پتانسیل مصدومیت را دارد.
- گفتن به اعضای خانواده در مورد خطر سقوط سالمند و عوامل خطر خاص مربوط به آن ها نیز اهمیت دارد.

ارزیابی ریسک سقوط بیمار (MORSE Fall Risk Assessment)			
امتیاز	معیار	ریسک فاکتور	
25	بله	وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته)	
0	خیر		
15	بله	تشخیص ثانویه (داشتن بیش از یک بیماری)	
0	خیر		
30	استفاده از پایه مبل و صندلی (برای برخاستن و حرکت کردن)	وسایل کمک حرکتی	
15	واکر، عصا، چوب زیربغل		
0	کمک گرفتن از پرستار، صندلی چرخدار، استراحت مطلق، عدم استفاده از ابزار کمک حرکتی		
20	بله	داشتن سرم یا هپارین لاک	
0	خیر		
	سنجیدن پاسخ بیمار: آیا به تنهایی میتواند به سرویس بهداشتی برود یا نیاز به کمک دارد؟	وضعیت ذهنی	
15	محدودیت ها را فراموش می کند و با شرایطش همخوانی نداشت		
0	به توانایی های خود آگاهی دارد و با شرایطش همخوانی دارد		
20	مختل: ((گام برداشتن ناهماهنگ، مشکل در بلندشدن از صندلی و تلاش برای بلندشدن با فشار دستها برروی صندلی، سرپائین و نگاه به زمین، چنگ به وسایل و عدم توانایی بدون کمک گرفتن از دیگران))	الگوی گام برداشتن و حرکت	
10	ضعف در حفظ تعادل: ((خمیدگی ولی توانایی در بلندکردن سر حین راه رفتن، گامهای کوتاه و ضعیف بدون از دست دادن تعادل حین راه رفتن میباشد.))		
0	طبیعی: ((بی حرکتی و استراحت در تخت، قدم برداشتن قاطعانه با سر راست و روبه جلو و بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد))		
توجه: نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت شود. ارزیابی این ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و با تغییر شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد.		ریسک بالا و پرخطر	نتایج ارزیابی ریسک سقوط بیمار
		ریسک متوسط و خطر متوسط	
		ریسک پایین و کم خطر	

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
4	سن > 3 سال	سن
3	سن 3-7 سال	
2	سن 7-13 سال	
1	سن 13 سال یا < 13 سال	
2	پسر	جنس
1	دختر	
4	تشخیص های نورولوژیک (مانند صرع ، ضربه به سر ، هیدروسفالی ، فلج مغزی و)	تشخیص بالینی (اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و ثانویه داشته باشد ، امتیاز دهی بر مبنای حادث ترین تشخیص است مثلا برای بیماری که مبتلا به کم خونی داسی شکل است و سابقه فلج مغزی یا صرع دارد ، از این قسمت امتیاز 4 دریافت می کند)
3	اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی ، دهیدراتاسیون ، آنمی ، بی اشتها ، سسکوپ و ..)	
2	اختلالات روانی - رفتاری (اختلالات خلقی مانند افسردگی شدید ، اختلال دو قطبی و ..)	
1	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد	
3	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد (مثلا بیمار شیر خوار است یا دچار آسیب مغزی است)	اختلالات شناختی
2	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد ولی به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است ، (مثلا هایپو گلیسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانایی های خود را فراموش کرده است یا کودک تحت درمان با آرام بخش یا تحت تاثیر بیهوشی است . یا کودک لجباز است .	
1	بیمار به ناتوانایی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.	
4	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد . یا بیمار کودک نو پا یا شیر خواری است که در تخت مناسب کودک فرار نگرفته است	
3	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر ، عصا یا واکر استفاده می کند . یا بیمار کودک یا شیر خواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است ، اما در اتاق چند تخته ، با نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.	فاکتور های محیطی
2	بیمار بزرگتر از 3 سال که در تخت است .	
1	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سرپایی مراجعه کرده است .	
3	تا 24 ساعت بعد از عمل جراحی	
2	تا 48 ساعت بعد از عمل جراحی	پاسخ به جراحی ، مسکن و یا داروهای بیهوشی
1	بیش از 48 ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشد	
3	استفاده همزمان از دارو های زیر - مسکن ها (به غیر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملاً بیهوش و فلج شده اند) - خواب آور ها و آرام بخش ها - باریتورات ها - فنو تیزین - ضد افسردگی ها - ملین ها و یا دیورتیک ها - نار کوتیک ها	دارو های مصرفی
2	فقط یکی از دارو های بالا را دریافت کند	
1	هیچ یک از داروهای بالا را استفاده نکند یا اصلا دارو دریافت نکند	

بیماران در خطر بالای سقوط: امتیاز 12 و یا بیشتر

بیماران در خطر پایین سقوط: امتیاز 7-11

خطاهای پزشکی و فرآیند گزارش دهی خطا:

تعریف خطا:

قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه‌ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می‌شود.

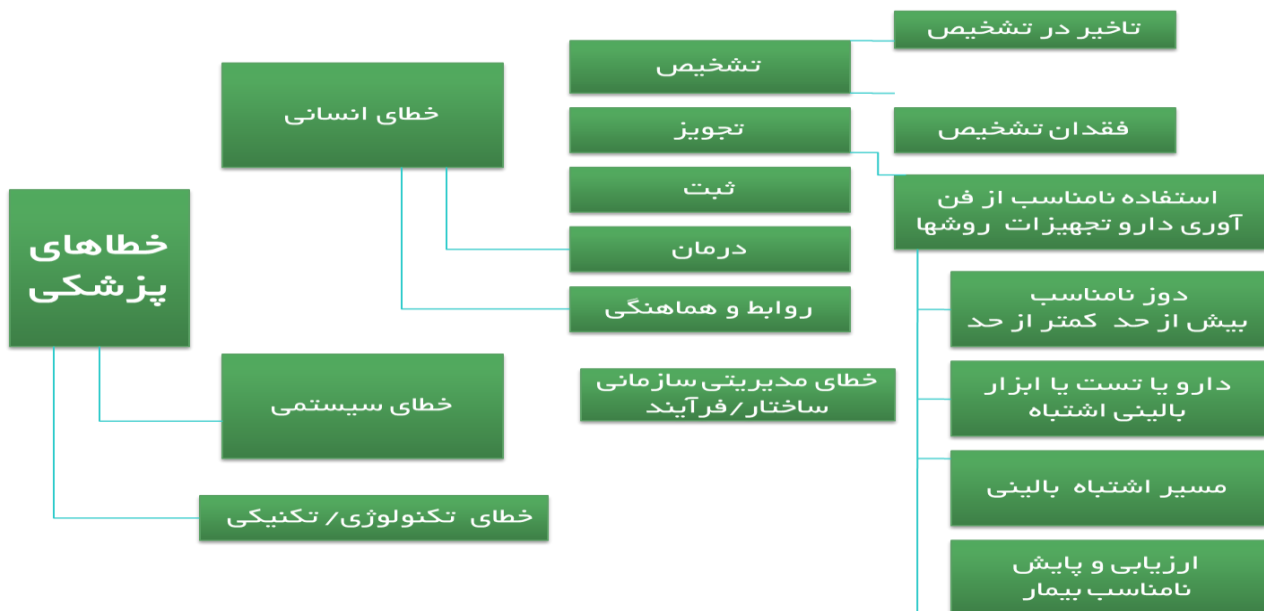
حوادثی که متعاقب یک مداخله یا مواجهه پزشکی منجر به آسیب به بیمار از سوی ارائه‌کنندگان می‌گردند و با شرایط بیمار و بیماری زمینه‌ای او ارتباطی نداشته و خارج از سیر قابل انتظار بیماری رخ می‌دهند. مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش "low blame" ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهادهای را برای چگونگی کاهش خطا در آینده ارائه دهند.

انواع خطا:

Sentinel event: وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm)، فیزیکی یا فیزیولوژیک یا خطر وقوع آنها اگر چه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.

Near miss: اشتباهاتی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف نشده و روی نداده است.

No harm: حوادثی که اتفاق می‌افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد (No Actual Harm) ولی حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد. حادثه متوقف نمی‌شود ولی عارضه ندارد.



مدیریت خطاهای پزشکی

خطاهای پزشکی را می‌توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

[1] دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی **Person Approach**

[2] دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی **System Approach**

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا 2. نحوه مدیریت خطا،

رویکرد فردی

بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مؤاخذه می شود، پرستار خواهد بود.

1. به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است.
2. رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطاکار) کاملاً مشخص است.
3. با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است.
4. این رویکرد دارای سابقه ای طولانی در دنیای طبابت می باشد.
5. تمامی تلاشها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است.
6. برای بهبود عملکرد افراد از روشهایی مانند ذیل برای فرد خطاکار، استفاده می شود.

• آموزش اجباری

• هشدار

• وضع قوانین

• تعیین مجازات

رویکرد سیستمی

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود.

بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود.

برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت. فاکتورهای تأثیرگذار

عواملی که در وقوع یا نتیجه حادثه غیر مستقیم تأثیر می گذارند.

فاکتورهای مسبب (Causative Factors)

عواملی که مستقیماً باعث ایجاد حادثه می شوند :

برطرف کردن این عوامل باعث جلوگیری و کاهش شانس ایجاد انواع مشابه حوادث در آینده می شود .

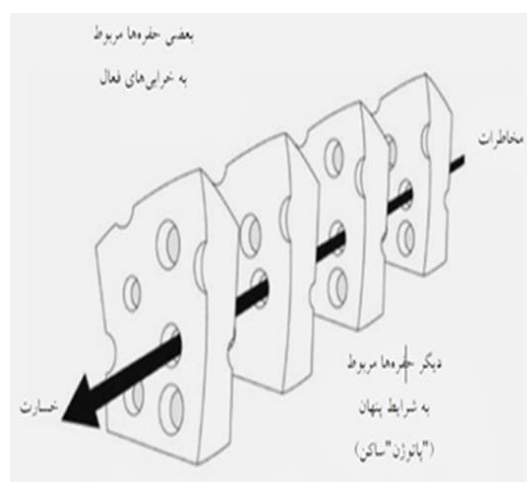
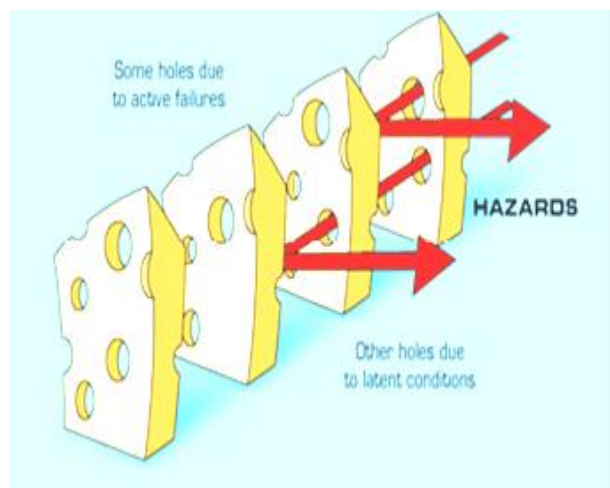
این عوامل نقش مهمی در آنالیز حادثه دارد.

مدل پنیر سوئیسی

درون هر سیستم، نواقص متعددی وجود دارد ولی این نواقص همیشه منجر به بروز خطا نمی شوند. بلکه خطا تنها زمانی روی می دهد که:

نقص های موجود در قسمت های مختلف سیستم، به صورت پیش بینی نشده و هم زمان با یکدیگر رخ دهند و زنجیره ای از این نواقص منجر به پیدایش یک حادثه شوند.

به عبارت دیگر وجود یک سوراخ در یک لایه (یک خطای منفرد) معمولاً منجر به بروز حادثه نمی شود، چون لایه های دیگری نیز وجود دارند که آنها نقش محافظ را ایفا می کنند. (شکل شماره 1) اما حوادث ناگوار زمانی اتفاق خواهند افتاد که سوراخهای تمام لایه ها در امتداد هم قرار گیرند و به عبارتی تمام لایه های محافظتی در یک نقطه مشخص دارای سوراخ و نقصان باشند. (شکل شماره 2)



توالی رویدادهایی را که بیانگر اثر تجمعی نواقص موجود در سیستم (نقص در عوامل سازمانی، تکنیکی و انسانی) در ایجاد انواع خطا می باشد به "مدل پنیر سوئیسی" تشبیه کرده اند.

هیچ سد و مانع منفردی، به تنهایی موفق نیست. هرکدام از آنها منافذ و سوراخ هایی (نقص هایی) دارند که جهت برخی وقایع جدی، این منافذ بشکل غیرمعمول و نادر به یک خط و در یک ردیف قرار می گیرند.

چه باید بکنیم؟

ایجاد فرهنگ مناسب در سازمان و جامعه:

- نگرش سیستمیک به حوادث ناخواسته درمانی (96٪ این وقایع منشأ سیستمیک و 4٪ فردی دارند)
- ایجاد فرهنگ عاری از سرزنش در سازمان تا کارکنان با شجاعت وقایع را گزارش و در یافتن راه حل مشارکت کنند.
- حمایت از کارکنان و اثبات توجه به نقش ایشان
- مشکلات را با بیماران و خانواده شان درمیان گذاشته به حرفشان گوش کنیم و در مراحل بهبود فرایند مشارکتشان دهیم.

ایجاد سیستم گزارش دهی - یادگیری:

- در سازمان ضمن ایجاد بستر و فرهنگ مناسب و درکنار ایجاد ساز و کار مناسب، کارکنان را به گزارش حوادث قابل رخ در آینده ترغیب کنیم.
- با مشارکت کارکنان، گزارش وقایع به طور فعال و موثر مورد تجزیه و تحلیل علیتی قرار گرفته، نتایج در رفع زمینه های خطا و اصلاح فرایندهای مربوط مورد استفاده قرار گیرند.
- فرایند گزارش دهی خطا

با توجه به اهمیت گزارش خطاها سازمان با رویکردی عاری از سرزنش و تنبیه برای شناسایی علل و عوامل بروز خطاها را در پیش گرفته است. در تمام بخش های بستری صندوق گزارش خطا و فرم های گزارش خطا قرار داده شده است تا پرسنل تمامی موارد خطاها را گزارش دهند* گزارش موارد شبه حادثه Near Miss (مثال: به علت درست مشخص نکردن محل عمل، احتمال داشت عمل جراحی در موضع اشتباه انجام شود) نیز که می تواند به عنوان سناریوی آموزشی مورد استفاده قرار گیرد، نیز گزارش گردد.

Root Cause Analysis

:RCA

تحلیل ریشه ای، فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته و گذشته نگری است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت (علل) با تاکید بر علل ریشه ای می باشد.

علت ریشه ای: اساسی ترین عامل یا عوامل سببی که در صورت اصلاح یا حذف آن، از رخداد مجدد شرایط مانند خطا در انجام یک روش جلوگیری میشود.

یک تکنیک برای درک علت وقوع یک حادثه است.

بصورت گذشته نگر علت واقعی یک حادثه را بررسی میکند

به جای پرداختن به عملکرد افراد بر سیستم ها و فرایندها تاکید می کند.

باید فهمید:

چه چیزی اتفاق افتاده است؟ What happened

چگونه اتفاق افتاده است؟ How happened

چرا اتفاق افتاده است؟ why happened

*علل سطحی

*علل ریشه ای

چه کنیم که دیگر اتفاق نیفتد

مراحل تحلیل ریشه ای:

تشکیل تیم و تعریف رویداد/ جمع آوری اطلاعات/ ثبت اطلاعات و تهیه گزارش / شناسایی مسائل مرتبط با مراقبت

یا خدمات/ شناسایی،تحلیل علل ریشه ای / طراحی اقدامات اصلاحی

هدف اصلی **یادگیری** از ریسک ها و رویدادهای ناگوار با هدف حذف یا کاهش میزان احتمال یا شدت پیامد بروز آنها در آینده است

1-شناسایی نقائص و ضعف های سازمان که می تواند منجر به بروز خطاهای انسانی و سیستمی شوند.

2-ضرورت یادگیری از حوادث و خطاهایی که در گذشته رخ داده اند.(تاکید بر فرایند یادگیری)

3-وجود یک بیماری در سازمان می تواند سبب اختلال در سیستم های مختلف کاری شود.

4-تحلیل دقیق و موشکافانه چند حادثه بسیار مفید تر و مثمر ثمر تر از تحلیل شتابزده تعداد زیادی حادثه است.

5- زیرا حوادث و رویدادهای ناگوار، از علائم یک ضایعه پاتولوژیک در یک سازمان است.

6- بخشی از فرآیند بهبود ایمنی و کیفیت است و به یادگیری و رشد سازمان کمک می کند.

Failure Mode and Effects Analysis

FMEA چیست؟ عدد الویت ریسک یا (RPN) چگونه محاسبه می شود؟

رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خطا با امکان الویت بندی اقدامات برای کاهش یا حذف خطا

RPN ضریب اولویت ریسک که از ضرب شدت اثر خطا/ در میزان وقوع خطا و قابلیت کشف خطا بدست می آید.

ارزیابی ریسک به روش FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالا بالقوه خرابی و شکست در فرآیند طراحی و

تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت، روشی سیستماتیک و سازمان یافته برای بررسی حالات شکست در سیستم می

باشد.

پایه و اساس FMEA



چه خطایی ممکن است رخ دهد؟

احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدام است؟

احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟

هدف از انجام FMEA

شناسایی

راه هایی که ممکن است یک فرآیند دچار شکست شود

اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها

علل احتمالی بروز این شکست ها

اتخاذ تدابیری برای کاهش احتمال وقوع این حالات

جلوگیری یا کاهش احتمال وقوع

کاهش پیامدهای وقوع

چه چیزی را تحلیل کنیم؟

پروسیجریهایی که احتمال بروز خطا در آن ها زیاد است، مانند:

محاسبه و اندازه گیری دوز داروها

دستورات شفاهی و از طریق تلفن

ثبت دستی دستورات

استفاده از ابزارهای کنترل تزریق

فرآیندهایی که توام با ریسک هستند یا ممکن است منجر به حادثه و رویداد فاجعه آمیز شوند (استفاده از خون و

فرآورده های خونی)

فرآیند استفاده از داروهایی با ریسک بالا (لیدوکائین، کلروپتاسیم، داروهای ضد انعقادی)

برگه گزارش حوادث

مشاهده

کمیت مرگ و میر

مرور پرونده پزشکی بیماران

تغییر فرآیندها و یا عملکردها (تدوین پروتکل جدید یا تغییر یافته درمانی)

مراحل انجام FMEA:

تشکیل تیم (متشکل از کارشناسانی که به موضوع تحت مطالعه اشراف دارند، مشاور انجام تحلیل FMEA)

مشخص نمودن فرآیند / سیستم تحت مطالعه

مشخص کردن گام های فرآیند یا اجزا و عوامل تشکیل دهنده سیستم

فهرست کردن حالات بالقوه خطا برای هر یک از آنها

تعیین اثرات بالقوه بروز هر یک از این حالات خطا

تعیین علل بروز هر یک از این حالات خطا

فهرست کردن کنترل های جاری به منظور شناسایی هر یک از این خطاها

محاسبه عدد ریسک (اولویت ها)

اجرا و پیاده سازی اقدامات اصلاحی

جداول شناسایی مخاطرات ایمنی و بهداشتی به شرح ذیل می باشد:

جدول 1-4 رتبه بندی شاخص شدت اثر خطا (severity)

امتیاز	شرح جراحت و آسیب
5	مرگ یا از دست دادن یکی از کارگردهای اصلی بدن
4	کاهش دائمی یکی از کارگردهای بدن
3	جراحت و آسیب موقتی که زمان اقامت بیمار را در بیمارستان افزایش می دهد، یا مراقبت بیشتری را ایجاب می کند- شکستگی / ناتوانی موقت / پارگی تاندون
2	جراحت و آسیب موقتی که نیاز به مداخلات و اقدامات درمانی دارد- خسارات جزئی
1	بدون صدمه و آسیب به بیمار، تنها به پایش بیمار نیاز است- هیچ اثری ندارد.

جدول 2-4 رتبه بندی میزان وقوع خطا (occurrence)

امتیاز	احتمال وقوع حالت خطا
5	خیلی بالا- خطایی که بطور معمول رخ می دهد- از هر 20 مورد یک بار این خطا رخ می دهد- خیلی زیاد
4	بالا- خطای تکرار شونده- از هر 100 مورد یک بار این حالت رخ می دهد- زیاد
3	متوسط- حالتی که هر چند وقت یک بار رخ میدهد- از هر 200 مورد یک بار این حالت رخ می دهد- متوسط
2	کم- خطایی که نسبتا کم رخ می دهد- از هر 1000 مورد یک بار این حالت رخ می دهد- خطر های نادر
1	بسیار کم- وقوع این حالت غیر محتمل است- از هر 10000 مورد یک بار این حالت رخ می دهد- بعید

جدول 3-4 رتبه بندی قابلیت کشف خطا (detection)

امتیاز	قابلیت کشف
5	بسیار کم - خطا(یا علت خطا) ممکن است تا بعد از ترخیص بیمار نیز کشف نشود و یا کشف آن مستلزم آزمایش و انجام کارهای اضافه و خارج از محدوده فرآیند باشد. از هر 10 مورد صفر مورد کشف می شود - غیر قابل شناسایی
4	کم - خطا(یا علت خطا) پس از بروز در صورت توجه و هوشیاری سایر ارائه دهندگان خدمت در مراحل بعدی فرآیند ممکن است کشف شود. از هر 10 مورد 2 مورد کشف میشود - شانس کم در شناسایی
3	متوسط - خطا(یا علت خطا) حین بروز، در صورت توجه و هوشیاری ارائه دهنده مستقیم خدمت می تواند کشف شود. از هر 10 مورد 5 مورد کشف می شود - کنترل های موجود متوسط هستند
2	بالا - خطا(یا علت خطا) معمولاً حین بروز طبق روند کاری موجود توسط ارائه دهنده مستقیم خدمت کشف می شود. از هر 10 مورد 7 مورد کشف می شود - با احتمال بالایی قابل شناسایی است.
1	از بروز خطا(یا علت خطا) توسط یک دستورالعمل کاری مدون یا دستگاه، پیشگیری به عمل می آید. از هر 10 مورد 9 مورد کشف می شود - حتماً قابل شناسایی است.

اولیت بندی ریسک ها: نحوه ی محاسبه ی **RPN= O × S × D = Risk Priority**

Number: RPN

هر چه عدد RPN خطایی بالاتر باشد اولیت آن برای آنالیز جامع تر و تخصیص منابع، بیشتر است.

نحوه ی محاسبه ی **RPN= O × S × D**

در این مرحله افراد تیم با استفاده از روش بارش افکار، اقداماتی را که می تواند باعث کاهش ضریب اولیت در حالات بالقوه ریسک اولیت دار گردد پیشنهاد می دهند.

درجه ارزیابی ریسک کلیه مخاطرات پس از کسب امتیاز مطابق ماتریس زیر طبقه بندی می شوند.

اقدام کنترلی مورد نیاز با توجه به درجه ارزیابی ریسک بر اساس جدول زیر تعیین می گردد.

شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	علل بروز خطا	کنترل های جاری	شدت خطا	میزان وقوع خطا	قابلیت شناسایی خطا	عدد اولیت ریسک	اقدامات پیشنهادی

جدول 4-4 طبقه بندی درجه ارزیابی و سطح ریسک

درجه ارزیابی ریسک	سطح ریسک	شرح انجام اقدام کنترلی
85-125	ریسک بسیار بالا	انجام اقدام اصلاحی فوری و تحت کنترل شدید
40-84	ریسک بالا	انجام اقدام اصلاحی تحت کنترل و مراقبت
15-39	ریسک متوسط	تحت کنترل و مراقبت های معمول
0-14	ریسک پایین	نیاز به اقدام اصلاحی ندارد

در برخی مواقع ممکن است علی رغم این که خطایی RPN پایینی دارد، اما از آنجا که شدت اثر بالایی دارد Severity یا نرخ وقوع بالایی دارد OCCURENCE در اولویت برای آنالیز قرار می گیرد.

در این مرحله افراد تیم با استفاده از روش بارش افکار، اقداماتی را که می تواند باعث کاهش ضریب الویت در حالات بالقوه ریسک الویت دار گردد پیشنهاد می دهند.

این اقدامات بایستی سه حیطة را پوشش دهند:

کاهش احتمال وقوع خطا

کاهش شدت اثر وقوع خطا

افزایش احتمال شناسایی خطا پیش از وقوع

در اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه موارد ذیل را بایستی در نظر گرفت:

فرآیندی را که بازبینی و طراحی شده، ابتدا بصورت آزمایشی و محدود اجرا (تست پایلوت) کنید و در صورت موفقیت آن را در سطح وسیع اجرا کنید.

برای اجرای استراتژی ها از یک برنامه عملیاتی (Action plan) استفاده کنید.

شاخص ها و معیارهایی را برای سنجش اثربخشی این فرایند در نظر بگیرید.

ارزیابی اثربخشی اقدامات انجام شده:

پس از اجرای استراتژی ها مجدداً ضریب RPN را برای فرآیند مورد نظر محاسبه کنید.
کاهش ضریب نشان دهنده اثربخشی اقدامات و استراتژی های به کار گرفته شده است.
اگر کاهش ایجاد نشده است FMEA را تکرار کنید/ با وجود بهبود نیز به فکر بهتر شدن فرآیند باشید

انواع روشهای گزارش دهی خطا:

گزارش دهی خطا در بیمارستان به چند طریق صورت می گیرد نام ببرید؟

- ثبت در فرم های کاغذی ثبت خطا
- ثبت در فرم های الکترونیکی ثبت خطا / گزارش بصورت پیامک / شفاهی / تلفنی /
- گزارش داوطلبانه از طریق صندوق های ثبت خطا -
- گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات و طبق دستورالعمل
- در شرح عدم انطباق - شرح خطا ثبت میگردد.
- در علت انطباق - علت های بروز خطا ثبت می شوند
- **اصلاح** : به اقدام فوری و سطحی برای برطرف کردن یک عدم انطباق یا خطای اتفاق افتاده که در لحظه / آن خطا از بین می رود اما این اقدام جلوگیری از تکرار از خطا نمی گردد.
- **اقدام پیشگیرانه** / اقدامی و یا برنامه ای برای پیشگیری از وقوع یا تکرار خطا
- **اقدام اصلاحی**: اقدامی جهت کاهش یا حذف بوجود آورنده خطا که پیش آمده -
- برنامه بهبود: مستندی است به صورت یک برنامه اجرایی با فعالیت ها/ زمان بندی و مجریان مشخص به منظور دستیابی به هدف تشخیصی معین
- **برنامه عملیاتی** : مستندی است شامل مجموعه فعالیت ها و اقدامات زمان بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یکسال برای دستیابی به اهداف عینی در راستای به اجرا در آوردن تصمیمات با بهترین استفاده از منابع موجود
- در صورتی که خطا رخ داده جزء خطاهای 28 گانه و یا بالقوه آسیب رسان باشد بلافاصله باید به سوپروایزر کشیک و کارشناس ایمنی بیمار گزارش داده شود تا در اولین فرصت علل آن بررسی گردد.
- فرم وقایع با خلاصه ای از وقایع اتفاق افتاده تا انتهای شیفت مزبور توسط پرسنل با نظارت مسئول شیفت تکمیل و تحویل سوپروایزر کشیک گردد.

Never Events: وقایع ناخواسته درمانی

شرح موارد 28 گانه :

- کد 1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد 2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد 3. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد...)
- کد 4. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
- کد 5. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا) طبق توصیه این انجمن مرگهای کلاس 3-1 در صورت فوت به بررسی کامل نیاز دارند. چون احتمال زنده ماندن برای فرد زیاد بوده/ در کلاس 4 هم در صورتی که جراحی انتخابی و غیر اورژانس و مرگ غیر منتظره باشد باید همین رویه اعمال شود. انجمن بیهوشی آمریکا برای مرگهای حین عمل جراحی سیستم طبقه بندی به شرح زیر ارائه کرده است:

ASAI: بدون بیماری جدی

ASAII: ممکن است بیماری جدی باشد ولی محدودیتی برای فعالیت ایجاد نمیکند.

ASAIII: بیماری جدی با محدودیت نسبی در فعالیت

ASAVI: بیماری جدی با محدودیت کامل در فعالیت و خطر مداوم برای سلامت بیمار

ASAV: بیماری به حدی خطرناک است که شخص (با یا بدون درمان حداکثر 24 ساعت زنده میماند)

ممکن است بطور استثناء مرگ ناشی از نارسایی یا اشکال در تکنیکهای جراحی باشد و این مسأله میتواند سهوی و یا به علت حادثه یا عمل بسیار مشکل، نابهنجاری آناتومیکی یا اشکال در تجهیزات اتاق عمل باشد. زمانی که مرگ ناشی از اشتباه یا ناتوانی جراح است، مسئله قصور مطرح می شود

کد 6. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کد 7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag

آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی

کد 9. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

کد 11. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)

کد 12. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....

کد 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد 15. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار

کد 18. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد 19. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی

(..

کد 20. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند

ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد 21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)

کد 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال

جراحی قلب)

کد 23. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،..)

کد 24. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، ، سقوط از پله ،

(...

کد 25. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

کد 26. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

کد 27. ربودن بیمار

کد 28. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار:

شناسه های درج شده بر روی دستبند شناسایی بیمارانی چیست؟ 2 شناسه / نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد به سال

ماه / روز / در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیمارانی مبتلا به آلرژی شناخته شده،

و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در

معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار میگیرد.

تعریف این خطرات باید در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی و با استفاده از دستورالعمل ابلاغی فوق الذکر،

مصوب و به بخشها ابلاغ شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی

انجام شود. بنابراین علت انتخاب رنگ زرد برای بیمار (خطر متوجه بیمار) باید مشخص باشد. همچنین لازم است بر

روی دستبند شناسایی زرد رنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود.

البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار / همراهان از ریسک مربوطه بطور مستقیم یا غیرمستقیم آگاه (مانند ریسک

سقوط و زخم بستر و...) و در قبال آن آموزش دیده باشد، ولی این عنوان نباید مغل حریم خصوصی یا موجب تشویش

برای بیمار باشد. لازم به ذکر است در راستای ارزیابی ریسک شناسایی شده در بیمار، میبایست اقدامات مراقبتی

پیشگیرانه در فرایند پرستاری طراحی و بر نحوه اجرای آن بطور مطلوب نظارت گردد.

کدبندی زرد: دستبند رنگ زرد برای شناسایی گروههای در معرض خطر میباشد.

کد 01 کد بیمار در معرض سقوط / کد 02 کد بیمار در معرض ریسک خودکشی / کد 03 کد تشنج کد 04 بیمار در معرض

ریسک زخم فشاری / کد 05 کد بیمار در معرض سوء تغذیه - / کد 06 کد بیمار در معرض خطر ترومبوآمبولی / کد 07 کد

بیمار با شرایط پلی فارمسی

در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی بیمار بستری به چه شکل عمل می شود؟

برای شناسایی مشابهت نام و نام خانوادگی – نام پدر نیز به عنوان جزئی از شناسه روی دستبند پزینت می شود. به منظور هشدار روی جلد پرونده بیماران با نام مشابه – عبارت احتیاط با اسامی مشابه قید می شود. اگر دستبند شناسایی بیمار باز شود یا توسط بیمار در آورده شود الزامی است چه اقدامی انجام گیرد؟ الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات به بیمار متصل شود.

روش شناسایی فعال بیماران چیست؟

از بیمار درخواست کنید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و در صورت ضرورت نام پدر را بیان کند و با مشخصات روی دستبند شناسه تطبیق دهید

در صورتیکه بیمار کودک یا معلول ذهنی، یا قادر به نظم نبوده یا هشیار نمی باشد فرایند شناسایی بیمار به چه نحوی است؟

– در صورتیکه بیمار کودک یا معلول ذهنی و.... با پرسش از والدین یا بستگان درجه یک را بطور صحیح شناسایی کنید.

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

بیماران پرخطر	ابزار ارزیابی
بیماران در معرض خطر سقوط	ابزار موریس در بزرگسالان وهامپی دامپی در کودکان
بیماران در معرض خطر زخم فشاری	ابزار نورتون در بزرگسالان و Glamorgan در کودکان
بیماران در معرض خطر خودکشی	ابزار SAD PERSONS scale
بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی	ابزار ژنو

بیماران باردار در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی	فرم ابلاغی ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان
بیماران پلی فارمسی	مصرف بیش از 4 دارو
بیماران در معرض خطر سوءتغذیه	بر اساس BMI / وجداول ونموگرام واحد تغذیه
بیماران سالمند	سن بالای 60 سال
بیماران با نقص شنوایی/ بینایی /	بررسی وضعیت بالینی
بیماران با اختلال تکلم وذهنی وروانپزشکی(آلزایمر، دمانس، اضطراب وافسردگی)	بررسی وضعیت بالینی
بیماران مبتلا به ایدز وهپاتیت	آزمایشات
بیماران مبتلا به نقص سیستم ایمنی	آزمایشات
بیماران بیقرار	معیار ریچموند
بیماران با اختلال هوشیاری	معیار گلاسکو-APVU
بیماران MI/ ادم حاد ریه /شوگ	بررسی وضعیت بالینی
مادران باردار	بررسی وضعیت بالینی/نظر پزشک مقیم زنان

هفت رایت:

بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت وبه منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی، هفت قانون دارودهی عبارت است از:

- 1- داروی صحیح ، 2- راه صحیح، 3- زمان صحیح، 4- دوز صحیح ، 5- بیمار صحیح، 6- مستند سازی صحیح، 7- حق کارکنان /بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده میباشد.

رعایت اصول کلی دارو دهی:

بیمار صحیح - داروی صحیح - راه مصرف صحیح - زمان صحیح - دوز مصرف صحیح - ثبت صحیح - تجویز صحیح - پاسخ مناسب به دارو

12 قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی تعدادی از داروهای پرخطر به دلیل خطرات زیاد آنها علاوه بر اینکه دارای اتیکت قرمز بر روی باکس دارویی می باشند خود دارو نیز دارای لیبل قرمز رنگ می باشد برچسب داروهای با هشدار بالا به رنگ قرمز است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد. این داروها شامل :

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
1	کلرید پتاسیم	7	آترووین
2	سولفات منیزیم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	کلوگونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

- نحوه نگهداری داروهای با غلظت بالا (KCL)؟ ویال کلرید پتاسیم - ...فسفات پتاسیم را دور از سایر داروهای در جایگاه مجزا/ دستور پزشک چک دوگانه و یا ل های انسولین در یخچال در جایگاه مجزا / هپارین در محفظه مجزا جهت نشان دار کردن داروهای هشدار بالا که شباهت شکلی یا اسمی دارند به چه شکل عمل می شود؟ فقط با برچسب داروهای هشدار بالا به رنگ قرمز نشانه گذاری نمائید.

داروهای هشدار بالا داروهایی هستند که به دلیل حساسیت در تجویز آنها و عوارض خطرناک آن مورد توجه می باشند. لیست داروهای هشدار بالا در کمیت دارو و درمان تایید و به بخش ها ابلاغ شده است و در اتاق درمان نصب شده است. پرسنل باید اطلاع کامل از لیست داروهای پرخطر داشته باشند. دستورات داروهای پرخطر توسط دو نفر چک و تایید می شود. فرد تایید کننده باید به مواردی که تایید می نماید اشاره نماید. در تزریق و اجرا نیز دو نفر

مجددا کنترل و حین اجرا نظارت داشته باشند داروهای پر خطر با لیبل قرمز که نام دارو با فونت 48 بر روی آن نوشته شده است در باکس های دارویی مشخص می گردند .

دستور العمل داروهای مشابه

داروهای مشابه داروهایی هستند که یا از نظر شکل ظاهری و یا از نظر اسمی/نحوه تلفظ شباهت زیادی دارند که ممکن است منجر به بروز خطا گردد .

این داروها با لیبل زرد رنگ بر روی باکسهای دارویی مشخص می گردند . به دلیل احتمال بروز خطا حین چک و اجرای این داروها ، باید دقت لازم انجام گیرد .

نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق تریتمنت و آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه بایستی منطبق با لیست داروهای مشابه موجود در بیمارستان – مصوب کمیته دارو باشد.

برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق

گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.

جعبه محتوی ویال ها و آمپول های داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ

نشان گذاری نمایید.

در تمامی انبارهای دارویی (بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)بیمارستان، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری نمایید .حین برچسب گذاری دقت نمایید که بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح زده می شود و بدین منظور از چک مستقل دوگانه استفاده نمایید ،و آن را به صورت دوره ای به روز نمایید

برخی از داروهای با هشدار بالا را که دارای شباهت شکلی یا اسمی هم می باشند را فقط با برچسب داروی با هشدار

بالابه رنگ قرمز نشان گذاری نمایید.

داروهای حیات بخش :داروهای حیات بخش شامل آنتی دوت ها – تمام داروهای ترالی اورژانس داروهای ضروری – داروهایی که اولویت نیاز های جمعیت به خدمات سلامت را بر آورده می سازند.

در تطابق خون / فرآورده ضروری است چه مواردی با پرونده – دستبند شناسایی بیمار مورد بررسی قرار گیرد؟

1-تطابق مشخصات بیمار روی برگه درخواست تزریق خون با مشخصات بیمار

2-تطابق گروه خون بیمار با گروه خون .روی برچسب کیسه خون...

3- تطابق نوع فرآورده با درخواست

دستور العمل اخذ رضایت آگاهانه:

در تمامی اعمال جراحی /اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد.

اخذ رضایت در وضعیت های تهدیدکننده زندگی، اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

مداخلات تشخیصی - درمانی و پروسیجرهای تهاجمی و تمامی اعمال جراحی و هرگونه پروسیجری که انجام آن توام

با انسزیون پوست باشد. آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست / رادیوترابی - سنگ شکنی /

ترانسفوزیون خون - شیمی درمانی - شوک درمانی

برای تمامی اقدامات درمانی تهاجمی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند و به تفکیک بخش ها در بخش ها مشخص

می باشند رضایت آگاهانه باید بعد از توضیح کامل شرایط به بیمار و بیان کل موارد توسط فرد انجام دهنده اقدام ،

اخذ و ضمیمه پرونده می گردد. میبایست مهر وامضاء پزشک / بیمار ،پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و

تشخیصی / تهاجمی، کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی درمان را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار،

بیمار و شاهد یکی از وابستگان درجه یک بیمار، برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.

پروسیجرهایی که نیاز به اخذ رضایت ضمنی (بیانی) دارند و نیاز به اخذ رضایت آگاهانه کتبی نمی باشد:

- رگ گیری و خونگیری
- سرم درمانی
- جاگذاری سوند بینی - معدی
- تعبیه سوند فولی
- معاینات واژینال (پاپ اسمیر) معاینات گوش اتوسکوپ معاینات چشم افتالموسکوپ
- ازبیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاصی نظیر شیمی درمانی / ترانسفوزیون مکرر خون / پلاسمافورز / دیالیز صفاقی و دیالیز خونی بوده به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت که این رضایت نامه یک سال اعتبار دارد.
- شرایط شامل: شرایط بیمار / نحوه درمان / روش های درمانی جایگزین / احتمال خطر و منافع ثابت ماندن / ناشی از روش درمانی / ظرفیت بیمار برای رضایت دادن تغییر نکند / بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی:

- کپسول های گازهای طبی در مکان های خود ثابت و محکم شوند.
- حمل کپسول های گازهای طبی پر در تمامی نقاط بیمارستان با کلاهک انجام شود.
- جهت جلوگیری از تماس روغن و گریس یا استعمال دخانیات و تماس با شعله و یا جرقه با کپسول، علایم

هشدار دهنده در مجاورت کپسول ها نصب شود.

- دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی تهیه و در مجاورت محل استقرار کپسول نصب شود.
- جهت حمل و جابجایی از توالی مخصوص حمل گاز طبی استفاده شود.
- در حین انتقال سیلندرهاى اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال رگلاتور از سیلندر باز شود.
- در حین انتقال سیلندرهاى اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال دریچه‌های سیلندر بسته شده و کلاهک بر روی آن محکم شود.
- در حین انتقال سیلندرهاى اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال ضمن انتقال به توالی مخصوص حمل و نقل بایستی توسط زنجیر محکم شود
- در حین انتقال سیلندرهاى اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال سیلندر به صورت ایستاده حمل و نقل شود.
- در حین انتقال سیلندرهاى اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال از کشیدن و یا چرخاندن آن به صورت افقی بر روی زمین اکیدا خودداری شود.
- نگهداری کپسول‌های گازهای طبی با رعایت نکات ایمنى انجام شود.

دستورالعمل نتایج بحرانی :

نتایج بحرانی شامل تمامی نتایج آزمایشگاهی و رادیولوژی می باشد که بلافاصله بعد از اخذ نتیجه و قبل از ثبت در سیستم ، واز طریق خط مستقیم (hot line) به اطلاع بخش مربوطه رسانده شود . این مقادیر توسط بخش های رادیولوژی و آزمایشگاه تنظیم و به بخش ها ابلاغ می گردد . پرسنل بعد از اطلاع مقادیر بحرانی ، بر بالین بیمار حضور یافته و بعد از ارزیابی بیمار ، نتایج را به پزشک معالج رسانده و دستورات را به صورت تلفنی اجرا نمایند و پزشک بعد از حضور تایید نماید . اعلام نتایج معوقه نیز در دفتر اعلام مقادیر بحرانی ثبت می گردد .

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است.

لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد.

از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back** Close the Loop. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت / تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back** Close the Loop. در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود.

انجام / تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد.

فرآیند تحویل بیمار : برقراری ارتباط موثر در فرایند انتقال بیمار درون بخشی بین بخشی:

برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند **SBAR** استفاده می‌شود. با استفاده از تکنیک **SBAR** که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می‌تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می‌طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی‌های تکنیک **SBAR** محسوب می‌شود. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند **SBAR** پیشنهاد می‌گردد در مورد فرآیند تحویل بیمار باید بر اساس مراقبت موردی بوده و پرستار مسئول بیمار، بیمار را به صورت بالینی به روش **SBAR** تحویل شیفت بعدی دهد.

تحویل بیمار به روش SBAR:

- وضعیت تشریح وضعیت کنونی در طی (5 الی 10 ثانیه)
- سوابق بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار

- ارزیابی نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید

- توصیه ها آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

Situation (وضعیت) : ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون،

گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و

محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی

Background (تاریخچه) : شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار

Assessment (بررسی) : ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری

Recommendation (توصیه ها و پیگیری ها) : پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز

به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل

گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

لازم به ذکر است:

پرستار جانشین در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید الزامی بوده و

تحويل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی انجام شود.

همچنین موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری و ثبت گزارش مراقبت ها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور

پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود.

سطح بندی و توزیع بیماران برای شیفت بعد توسط مسئول شیفت با هماهنگی مسئول شیفت قبل با توجه به اطلاع

کامل تر از شرایط بیماران، صورت پذیرد. دقت شود جابجایی بیماران بین بخش های مختلف حتی الامکان در ساعات

تعویض شیفت نباشد مگر در موارد اورژانس که اجتناب ناپذیر است.

جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحويل بیمار باید اصول زیر که برگرفته از اصول CUBAN

است در تمامی موارد تحويل کلامی بیمار رعایت شود:

1. اصل محرمانگی : Confidentiality

در زمان تحويل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین

بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط

درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV، بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت، اختلالات روان، و... باشد

2. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش: Uninterrupted

3. خلاصه بودن گزارش Brife

4. صحت و دقت اطلاعات Accuracy

5. تحویل بیمار توسط پرستار مسئول بیمار Named Nurse

دستورالعمل بیماران آسیب پذیر:

منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند: که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران سالمند، روانپزشکی / اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی Anti-social: مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی، افراد بی خانمان و از این گروه بیماران / مراجعین هستند.

در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می گیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند.

در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می گیرند.

بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/شنوایی/حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی،

بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می‌باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند.

بیماران مجهول‌الهویه به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه‌ها و نحوه نام‌گذاری) در معرض

خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند.

بیماران با اختلال هوشیاری به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش‌های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند.

مراجعین/بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه/خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه‌های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران/مراجعین از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب پذیر هستند. این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره مراقبت می‌تواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود. بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، افراد بی‌خانمان و بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، بایستی ملاحظات دقیقی را مدنظر بگیرد.

پیشگیری از آسیب‌های احتمالی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی برای سایر بیماران/مراجعین و یا ارائه‌کنندگان

خدمت:

✓ تمهیدات لازم در خصوص میل ارائه خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران

✓ تامین ارائه‌کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی

✓ تامین تمهیدات/تسهیلات حفاظتی برای ارائه‌کنندگان خدمت مانند PPE

- ✓ انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات میل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده
- ✓ ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب پذیر به نیوی است که شرایط یاد شده تاثیری بر روند مراقبت و درمان آنها نداشته باشد
- ✓ ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد
- ✓ عدم استفاده از هرگونه شاخص /برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران/مراجعین در گروه افراد دارای

انگ اجتماعی

تلفیق دارویی:

- بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال
- ❖ تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی
- ❖ ایجاد کاملترین و صبیح ترین فهرست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن"
- ❖ مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانیهای احتمالی و رفع آن
- تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل میگیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیمگیری برای دستور مناسبترین دارو برای بیمار مینماید. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی است که بیمار دریافت مینماید. تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی /داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام میشود. ➤

➤ **داروهای که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند**

۱. داروهای نسخه شده
 ۲. ویتامینها
 ۳. داروهای روی پیشخوان ۱ یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.
 ۴. مواد تشخیصی و کنتراستها
 ۵. تغذیه مکمل
 ۶. فرآورده های خونی
 ۷. مایعات وریدی
 ۸. موادغذایی
 ۹. داروهای گیاهی
- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر 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 .

ترخیص ایمن:

- ✓ اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبت های بیمارستانی / جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
- ✓ ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
- ✓ ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
- ✓ مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک بیمارستان
- ✓ نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال

✓ مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص

آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص:

✓ شناسایی و برنامه‌ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت‌های توانبخشی

✓ شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پی‌گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص

✓ شناسایی بیماران / مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این

بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

این ابزار به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار/خانواده/مراقبین در برنامه ترخیص خود میباشد.

بر اساس پروتکل مربوطه، پرستار، بیمار و خانواده وی را در خصوص برگه ابزار SMART آموزش داده توجیه مینماید. بدو بستری در بخش، پرستار ضمن درج نام بیمار روی برگه، آن را تحویل ایشان میدهد. بیمار و خانواده هم میتوانند ترجیحاً مستقیماً برگه را پر کنند یا اینکه پرستار از زبان ایشان آن را تکمیل نماید. به بیمار و خانواده توضیح داده شود که بیشتر بر روی مباحث مربوط به بعد از ترخیص تمرکز کنند. تمام سؤالات مطرح شده باید با نظر کادر بالینی مرتبط پاسخ داده شود. ضمناً به صورت روزانه پزشک و پرستار این برگه را با توجه به آخرین وضعیت با بیمار و خانواده وی چک میکنند.

عبارت اختصاری SMART به 5 عنوان اشاره دارد که به شرح ذیل میباشد.

Talk with me, and Results /Appointments, Medications, Signs

• Sings: علائم و نشانه‌ها / شکایات (Symptoms) مهم و حیاتی که ضروری است بیمار در طی مدت اقامت

در بیمارستان و/یا پس از ترخیص آنها را به درستی تشخیص داده، درک نماید و به موقع گزارش یا اقدام

کند (مانند تب بالای 38 / 5 درجه، درد قفسه سینه، خونریزی و ...) علائم، نشانه‌ها و شکایاتی که نیازمند

توجه پزشکی هستند باید برای بیمار قبل از ترک بیمارستان توضیح داده شوند و این علائم توسط

بیمار/خانواده وی روی این برگه نوشته شود.

• بیمار باید آموزش ببیند که برای چه سطح یا شدت از چه علامت یا شکایتی چه بکند و با که تماس بگیرد

(اورژانس، بیمارستان، پزشک معالج و -شماره تلفنهای مربوطه با قابلیت دسترسی به موقع اعم از

بیمارستان و اورژانس در پایین برگه مزبور به صورت خوانا برای بیمار/خانواده)... و ترجیحاً **توسط خود** ایشان درج شده باشد.

- **Medications:** سئوالات یا نکات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض داروئی، تواتر مصرف دارو و ... سئوالات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض داروئی و اقدام لازم و به موقع (اقدام اولیه مانند قطع داروها و واکنشهای ضروری اولیه، تماس با افراد ذیربط و زمان آن و)...، تواتر مصرف دارو، اندیکاسیونهای مصرف و ... توسط بیمار و خانواده وی مطرح و پاسخ داده شوند.
- دقت و صحت لیست داروهای در حال مصرف فعلی توسط بیمار با بیمار و خانواده وی بررسی شود.
اطلاعات داروئی با اهمیت برای بیمار مانند دوز، توضیحات شکل و اندازه و رنگ دارو (قرص، شربت، کپسول آمپول و...) عوارض **توسط بیمار/خانواده وی** روی این برگه نوشته شود.
سئوالات داروئی بیمار **توسط بیمار/خانواده وی** روی این برگه نوشته شود.
بیمار/خانواده/مراقبین آموزش ببینند پس از ترخیص در خصوص سئوالات داروئی خود (اعم از نحوه مصرف عوارض و ...) با چه کسی تماس بگیرند (داروساز، پزشک معالج، درمانگاه و ...) و **توسط بیمار/خانواده وی** روی این برگه یادداشت گردد.
- **توسط بیمار/خانواده وی** لیست داروهای در حال مصرف با پزشک معالج مرور و تایید و نهایی گردد (به ویژه در نزدیکترین زمان ممکن به ترخیص).
- **Appointments:** قرارهای برنامه ریزی شده برای ویزیتهای بعدی، آزمایشات طی بستری و پیگیریها و قرارهایی که بیمار یا خانواده باید برای بعد از ترخیص پیگیری نمایند.
- برنامه زمانبندی ویزیتهای برنامه ریزی شده پس از ترخیص به بیمار و خانواده وی اطلاع داده شود (مانند فیزیوتراپی، ویزیت متخصصین مربوطه مانند قلب یا جراح مربوطه، زمان انجام آزمایشات و...) و این اطلاعات **توسط بیمار/خانواده وی** بر روی برگه به صورت کاملاً خوانا برای بیمار نوشته شود.
- از اطلاع بیمار و خانواده وی از شماره تماس/نحوه برقراری ارتباط به موقع با پزشک معالج اطمینان حاصل نمایند.

- در صورت عدم امکان حضور بیمار طبق زمانبندی ارائه شده جهت ویزیت/پیگیری (مانند تداخل برنامه کاری، عدم وجود امکان انتقال یا ایاب و ذهاب) مراتب **توسط او یا خانواده وی** به اطلاع فرد مربوطه (پزشک معالج) رسانده شود.
- بیمار از قرارهای ویزیت و پیگیرهای ضروری آگاه گردد.
- مطمئن شوید بیمار ضرورت پیگیریهایی که برایش برنامه ریزی شده (مانند ویزیت کاردیولوژیست، فیزیوتراپی، ...) را متوجه شده است.
- محدوده زمانی را که طی آن لازم است این قرارهای پیگیری به انجام برسد مرور کنید.
- اطلاعات فوق **توسط بیمار/خانواده وی** بر روی این برگه یادداشت میشوند.
- بیمار/خانواده از کادر بالینی تلفنهای تماسی که باید بدانند را درخواست نماید (بیمارستان، درمانگاه، مطب پزشک).
- **Results:** مشخص شدن نتایج معوق بررسیهای پاراکلینیک اعم از انجام یافته یا در دست اقدام در هنگام ترخیص به منظور پیگیری بیمار و خانواده وی را در هنگام ترخیص در خصوص بررسیهای پاراکلینیک که نتیجه آنها آماده نیست (مانند نتایج کشت ادرار، پاتولوژی و ...) ولی این امر مانع ترخیص نیست آگاه سازید.
- بیمار/خانواده وی را جهت یادداشت لیست نتایج معوق روی این برگه راهنمایی کنید و این کار **توسط بیمار/خانواده وی** انجام شود.
- بیمار/خانواده وی را راهنمایی کنید که در خصوص اطلاع و صحبت در مورد نتایج آزمایشات با کدام پزشک تماس بگیرند یا در پیگیری به وی مراجعه نمایند.
- بیمار/خانواده وی به صورت تلفنی یا در هنگام ملاقات/ویزیت پزشک با وی در خصوص نتایج تستهای معوق صحبت کنند.
- **Talk with me** این بخش در حقیقت برای باز کردن باب مکالمه بین بیمار/خانواده وی و ارائه دهندگان خدمت استفاده میشود. بیمار و خانواده وی طی بستری و حین ترخیص سئوالات و ابهامات خود را از کادر بالینی مرتبط در خصوص مراقبت و درمان مطرح مینمایند و در این زمینه محدودیت زمانی و مکانی وجود ندارد. از ایشان بخواهید لااقل در سه موضوع با شما صحبت و طرح سؤال کنند.

- بیمار/خانواده را به سمت سئوالات مهم سوق دهید.
- **بیمار/خانواده وی** را در خصوص طرح سئوالات یا نگرانیها در خصوص ترخیص و درج آن در این برگه تشویق کنید.
- **بیمار/خانواده وی** 3 سوال یا بیشتر در باره هر آنچه در مورد آن کنجکاو هستند روی این برگه بنویسند.
- بیمار/خانواده وی از پزشک روزانه سئوالات خود را تا روز ترخیص مطرح نمایند تا از انباشتگی اطلاعات هم جلوگیری شود

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار:

امروزه یکی از دغدغه های بزرگ مدیران در مراکز تامین کننده خدمات سلامت ، مخاطراتی است که در زمان اجرای برنامه های درمانی بیماران را تهدید نموده و ممکن است عوارض غیرقابل جبرانی را ایجاد نمایند . در این راستا شناسایی این مخاطرات در هر مرحله از فرایند درمان یک گام اساسی جهت کنترل و کاهش این عوارض می باشد . در ادامه مخاطراتی که در مراحل مختلف درمان می تواند ایمنی بیمار را در این مرکز تهدید نماید با توجه به لیست مخاطرات مرگبار یا تکرار شونده مشخص شده است . لذا آگاهی کلیه اعضا کادر درمان از این لیست و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه میتواند به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا به حساب آید.

تهدیدات ایمنی در بیماران :

در ارزیابی پرستاری و گزارش پرستاری باید تمامی تهدیدات ایمنی بیمار بررسی و در صورت وجود هر کدام اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز مشکل انجام گیرد .

- انجام اقدام درمانی و یا جراحی بر روی بیمار و یا عضو اشتباه
- تزریق و یا مصرف اشتباهی داروهای پرخطر
- سقوط بیمار
- مرگ و یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان
- ناسازگاری های خونی ناشی انتقال خون
- جا ماندن جسم خارجی در بدن پس از اعمال جراحی
- عوارض بیهوشی و جراحی و دارویی

- عفونت بیمارستانی شدید
- شوک آنافیلاکسی ناشی از دارو
- سوختگی
- زخم بستر

راهکارهای پیشگیرانه	خطرات احتمالی مطرح شده برای بیمار	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار
***شناسایی فعال بیمار قبل از هر اقدام درمانی – تشخیصی و مراقبتی ***فرهنگ سازی استفاده از نامه بیمار به جای شماره تخت و اتاق ***جداسازی بیماران با نام اشتباه در یک بخش و اطلاع رسانی وجود بیمار با نام مشابه در کاردکس و بردبخش *** تطابق مشخصات بیمار با موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار قبل از ویزیت و یا انجام مشاوره	ارائه خدمات برای بیمار اشتباه	بستری بیمار و تامین خدمات مراقبتی ، درمانی تجویز دارو.....
***اجزایی شدن صحیح کیس متد ***اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس Right7 ***اجرای صحیح فرآیند دابل چک در داروهای پرخطر ***شناسایی لیست داروهای مشابه با شکل ، تلفظ و نوشتار مشابه در هر بخش ***جداسازی و لیبل گذاری داروهای پرخطر از داروخانه و حساس سازی پرستاران / ماما ها به لیبل هرا مربوطه ***معرفی و تعیین مراقبتها ، عوارض داروهای جدید توسط داروخانه به بخش های مرتبط	بروز خطاهای دارویی (تجویز داروی اشتباه ، دوز اشتباه دارویی و)...	

شناسایی پروسیجر های پرخطر بخش و آموزش مراقبتهای بعد از این پروسیجر ها به نیروهای جدید بخش ***اطلاع رسانی به پرسنل در خصوص نحوه دسترسی به لیست پروسیجر ها و مراقبت قبل و بعد از هر یک از این تستها	عدم توجه به تغییرات علائم حیاتی بعد از پروسیجر های تهاجمی LP)، بیوپسی، اسکوپي ها و..	
***رعایت کدبندی رنگی در خصوص سیلندرها و کپسول های موجود در هر بخش ***اطلاع رسانی کدبندی های رنگی به نیروهای جدید در هر بخش	خطا در شناسایی و انتقال لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار	

***اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات گرمایشی قبل از استفاده ***آموزش نیروهای جدید ورود در خصوص استفاده از تجهیزات گرمایشی (اندیکاسیون ها ، فاصله با منبع گرمایشی در موارد استفاده از وارمر ، مراقبتهای مربوط به استفاده از کیف ابگرم در بیمارانی که دچار کاهش حس محیطی مثل بیماران دیابتی و)....	سوختگی ناشی از هرمنبعی در حین مراقبت (کوتر، وارمر، کیف ابگرم)	بستری بیمار و تامین خدمات مراقبتی ، درمانی (تجویز دارو.....
---	--	--

* الزام رعایت بهداشت دست توسط کلیه پرسنل بالینی در بخش ها با نظارت سرپرستار * رعایت دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت صحیح * استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات * کنترل استریلیزاسیون تجهیزات در انجام تکنیکهای تهاجمی * نظارت بر اجرای گندزدایی صحیح وسایل و سطوح توسط کادر غیر تخصصی * تفکیک و دفع استاندارد پسماندهای عفونی و غیر عفونی * رعایت اصول مراقبت از زخم و انجام پانسمان استاندارد در کلیه بیماران	عفونت بیمارستانی در بیمار	
در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم * تحویل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری * کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو یا انجام اقدام خاص * مشخص نمودن تاریخ تعبیه کنترها و اتصالات * وجود پانسمان و پوشش استاندارد برای کنترهای تعبیه شده با ذکر تاریخ انجام پانسمان یا پوشش	عدم مراقبت صحیح از اتصالات	

بستری مادر باردار در هر یک از بخش های درمانی غیر از بخش های زنان و مامایی به سوپروایزر مربوطه اطلاع رسانی شود. *کنترل وضعیت بالینی مادران باردار بستری در سایر بخش ها توسط گروه زنان حداقل به صورت روزانه *اطمینان از اطلاع کادر درمانی بخش های زنان و مامایی از لیست مادران پرخطر *اطمینان از توانمندی ماماها و پرستاران شاغل در بخش های زنان و مامایی با مراقبتهای مورد نیاز برای مادران پرخطر *اطلاع رسانی فوری به سوپروایزر در مواردی که مادر باردار به صورت پیش بینی نشده است دچار وضعیت حاد می گردد. *فراخوان تیم مشاوره تخصصی جهت مادران باردار که در وضعیت ناپایدار قرار می گیرند توسط متخصص مربوطه /سوپروایزر کشیک	مرگ یا ناتوانی جدی مادر باردار	مادران باردار و نوزادان
*پیگیری جهت ویزیت نوزادان پرخطر *آموزش علائم یرقان نوزادی به مادر و والدین	عدم شناخت یرقان نوزادی	
حضور یک نیروی با تجربه و ماهر در هر زایمان *پیش بینی اصول پیشگیرانه در هر زایمان در خصوص خطرات احتمالی برای نوزاد	ضربه یا تروما به نوزاد در حین زایمان	

✱شناسایی زایمان های سخت و پرخطر و الزام حضور متخصص یا دستیار تخصصی نوزادان در زمان زایمان		
✱اجرای خط مشی شناسایی صحیح نوزاد ✱تهیه و الصاق دستبند شناسایی نوزاد در بدو بستری یا در لحظه تولد در اتاق زایمان و اتاق عمل ✱حساس سازی کارکنان در خصوص لزوم وجود دستبند شناسایی نوزاد ✱کنترل دستبند شناسایی نوزاد حداقل در هر شیفت و در هر نوبت تحويل و تحول	جابجایی شدن نوزاد	
✱ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی – مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری ✱کنترل بالابودن نرده های کنار تخت به صورت مداوم ✱وجود هند ریل در راهروهای بخش ، سرویس های بهداشتی و... ✱آموزش به بیمارانی که داروهای کاهنده فشارخون دریافت می کنند. ✱آموزش خود مراقبتی به بیمارانی که دچار محدودیت حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند.	سقوط (از تخت ، در حین راه رفتن و).....	

*کنترل مستندات و پرونده همراه بیمار جهت اطمینان از تطابق مشخصات بیمار با پرونده منتقل شده *کنترل نام و مشخصات بیمار در ابتدای ورود به اتاق عمل با سوال از بیمار هوشیار *توجه به شناسایی صحیح بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل *مطابقت نوع عمل طبق بیان خود بیمار با موارد ثبت شده در پرونده	جراحی بر روی بیمار اشتباه	انجام عمل جراحی
اطلاع رسانی سریع موضوع به پزشک معالج بعد از شناسایی علائم احتمالی اقدام به خودکشی بیمار *ایمن نمودن محیط اتاق بستری بیمار مستعد خودکشی *دور نمودن اجسام تیز ، برنده ، شیشه ای واز دسترس بیمار *فراخوان نیروهای حفاظت فیزیکی و اطلاع رسانی به سوپروایزر کشیک در موارد بحران عدم قبول درمان و داروهای تجویز شده *ارائه توضیحات لازم در خصوص فرآیند درمان به بیمار / خانواده توسط پزشک معالج *برقراری ارتباط درمانی مناسب با بیمار *کنترل مصرف دارو بعد از تحویل دارو به بیمار	آسیب به خود یا دیگران یا اقدام به خودکشی	بیماران با رفتارهای پرخطر اجتماعی

✱دبل چک شدن درخواست خون توسط دو پرستار ✱ارسال نمونه های جداگانه برای درخواست و کراس میچ فراورده خونی	ارسال نمونه خون اشتباه جهت درخواست خون و فراورده خونی	دستور ترانسفوزیون خون و فراورده های خونی
توانمند سازی علمی – عملی کلیه پرسنل جدید توسط بانک خون و ارزیابی اطلاعات ارائه شده به پرسنل توسط سرپرستار بخش ✱اطلاع رسانی علائم و نشانه های فراورده های خونی غیر سالم	عدم نگهداری صحیح فراورده های خونی دریافت شده	
✱دبل چک پرستاری تمامی مراحل آماده سازی و ترانسفوزیون خون و فراورده تحویل گرفته شده ✱آگاهی و اجرای دستورالعمل ترانس خون و فراورده های خونی توسط کارکنان بالینی تخصصی ✱کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیماران در 51 دقیقه اول شروع ترانسفوزیون خون ✱اطلاع رسانی علائم واکنش های خونی و توانمند سازی کارکنان در انجام اقدامات مربوطه	تزریق خون یا فراورده های خونی ناهمگون و ناسازگار	

✱اجرای دستورالعمل نقل و انتقال ایمن ✱کنترل ایمنی نرده کنار تخت و برانکارد ✱شناسایی بیماران آسیب پذیر و حضور کمک بهیار و پرستار در زمان جابجایی بیمار	سقوط از تخت حین جابجایی	انجام تست های تشخیصی خارج از بخش
✱درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی در خواست شده (در صورت هوشیار بودن بیمار)	انجام تست بر روی بیمار اشتباه	
✱کنترل مشخصات بیمار با برگه درخواست ارسالی ✱کنترل درخواست ارسالی با دستور پزشک و تست ثبت شده در سیستم HIS ✱درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی درخواست شده	انجام تست اشتباه برای بیمار	
✱همراه بودن تجهیزات مورد نیاز جهت کنترل وضعیت بالینی و علائم حیاتی بیمار در حین تستهای تشخیصی بویژه تستهای تهاجمی ✱کنترل مداوم وضعیت بالینی بیمار و ثبت وضعیت بالینی در گزارش	عدم کنترل وضعیت بالینی بیمار حین انجام تست	
✱شناسایی پروسیجر های پرخطر بخش و عوارض احتمالی ✱اطلاع رسانی عوارض احتمالی پروسیجر ها به کلیه نیروها بویژه کارکنان جدیدالورود	عدم شناسایی علائم خطر در وضعیت بالینی بیمار	

✱انجام تستهای تشخیصی بعد از رویت پرونده بیمار تا حد امکان ✱کنترل مشخصات بیمار با برگه درخواست ارسالی		
---	--	--

✱در معرض دید بودن اتصالات در حد امکان جهت کنترل اتصالات در حین انجام تست ✱توضیح علائم و نشانه هایی که لازم است بیمار بلافاصله اطلاع رسانی کند (حس خیس شده و)....	عدم مراقبت از اتصالات در حین انتقال و انجام تست	
✱ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی - مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری ✱استفاده از تشک مواج در بیماران مستعد زخم بستر اجرای پروتکل تغییر پوزیشن ✱آموزش موارد خودمراقبتی به بیمار (در صورت هوشیار بودن) و کمک بهیار مربوطه (در بیماران غیر هوشیار) ✱آموزش به نیروهای کمک بهیار در خصوص شناسایی علائم اولیه و راهکارهای پیشگیرانه زخم بستر	زخم بستر	

تجهیزات ضروری بخش و پشتیبان:

تجهیزات ضروری به تفکیک بخش ها در هر بخش مشخص گردیده است. برای هر بخش نیز یک بخش پشتیبان مشخص شده است. پرسنل باید اطلاع کافی از تجهیزات و بخش های پشتیبان داشته باشند تا در صورت نیاز از آن استفاده نمایند. در اول هر شیفت کلیه پرسنل از صحت کارکرد و آماده بودن تجهیزات پزشکی میبایست اطمینان حاصل نمایند.