

## **جزوه ی عمومی آموزش اعتبار بخشی**

تنظیم و گردآوری

**واحد اعتبار بخشی و بهبود کیفیت بیمارستان**

#### ۱. اعتباربخشی چیست؟

اعتباربخشی فرایندی است که طی آن بیمارستان توسط بازرسین وزارت بهداشت بر طبق استانداردهای از پیش تعیین شده ارزیابی میگردد و مطابق امتیاز به دست آمده درجه دریافت میکند.

#### ۲. رسالت بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) کلاله چیست؟ (در رسالت می خواهیم بدانیم چه هستیم و چه کاری می خواهیم انجام دهیم؟)

(مأموریت - Mission یا رسالت) بیمارستان ما، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی ایمن، در کوتاه ترین زمان با حداقل هزینه و رعایت حداکثر استانداردها، با حفظ کرامت انسانی، رعایت اخلاق حرفه ای و توجه روز افزون به انتظارات و نیازهای مراجعین با بهره گیری از کادری متخصص، مجرب و با انگیزه می باشد

#### ۳. چشم انداز بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) کلاله چه می باشد؟

ما می خواهیم تا افق ۱۴۰۴ و همگام با برنامه های توسعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان با بسیج کلیه امکانات، منابع و تجهیزات مناسب به عنوان یکی از بهترین مراکز درمانی جنرال شمال شرق کشور، شناخته شده و مصمم هستیم تا در این راه شاخص های عملکردی خود را به بهترین الگوی کشوری تبدیل نمائیم

#### ۴. اهداف کلی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) کلاله در سال ۱۳۹۹ را شرح دهید؟

G1 : ارتقاء فرآیندهای بیمارستانی و بهبود مستمر کیفیت خدمات.

G2 : ارتقاء وضعیت ایمنی بیماران و کارکنان

G3 : پیاده سازی مناسب استانداردهای اعتباربخشی و ارتقاء درجه بیمارستان از دو به یک.

G4 : برنامه ریزی جهت ارتقاء آگاهی های کلیه نیروهای شاغل در بیمارستان.

G5 : آموزش و ارتقاء سلامت در حیطه بیماران، کارکنان، محیط و جامعه

G6 : ارتقاء وضعیت نیروی انسانی بیمارستان

G7 : ارتقاء فعالیت های فوق برنامه و رفاهی کارکنان جهت افزایش انگیزه شاغلین

G8 : اصلاح وضعیت فضای فیزیکی و بازسازی بخش های بیمارستان.

G9 : برنامه ریزی جهت تامین و نگهداشت تجهیزات پزشکی بیمارستان

G10 : مدیریت درآمدها و هزینه های بیمارستان

G11 : ارتقاء سطح آمادگی بیمارستان در مقابل حوادث و بلایا

## ۵. سیاست های اصلی و کلان بیمارستان در سال ۱۳۹۹ چیست؟

- حفظ عزت نفس و کرامت انسانی بیماران و مراجعین، فارغ از نوع فرهنگ، قومیت، زبان و سطح اجتماعی آنان.

(گروه ذینفعان شامل: بیماران و همراهان/ کارکنان بیمارستان)

👉 گام های عملی:

- \* عملیاتی نمودن منشور حقوق بیماران
- \* اجرای طرح تکریم ارباب رجوع در بیمارستان
- \* برگزاری منظم کمیته های اخلاق بالینی و رفاهی - انگیزشی

## ۲- استقرار و پیاده سازی هر چه مناسب تر طرح تحول سلامت و نظام ارجاع الکترونیک

(گروه ذینفعان شامل: بیماران و همراهان/ کارکنان بیمارستان/ دانشگاه علوم پزشکی گلستان/ وزارت بهداشت)

👉 گام های عملی:

- \* اجرای دقیق و مناسب دستورالعمل کاهش میزان پرداختی بیماران بستری
- \* اجرای دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
- \* اجرای دستورالعمل حضور پزشکان متخصص مقیم
- \* اجرای دستورالعمل ارتقاء کیفیت ویزیت
- \* ارتقاء کیفیت هتلینگ بیمارستان
- \* ترویج زایمان طبیعی
- \* اجرای دستورالعمل کتاب ارزش نسبی و رعایت تعرفه های خدمات سلامت
- \* اجرای دستورالعمل نظام ارجاع الکترونیک

## ۳- ارتقاء سطح کیفی خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، جهت افزایش رضایتمندی کلیه ی مراجعین

(گروه ذینفعان شامل: بیماران و همراهان/ کارکنان بیمارستان/ دانشگاه علوم پزشکی گلستان/ وزارت بهداشت)

👉 گام های عملی:

- \* استفاده از آخرین دستاوردها، امکانات و نتایج علمی تأیید شده جهت ارائه مراقبتهایی تشخیصی و درمانی
- \* بکارگیری متخصصین و کادر بالینی زبده و تأکید بر آموزش مستمر تمامی کارکنان در زمینه های مختلف شغلی
- \* ارائه خدمات ایمن با استقرار استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان
- \* استقرار استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان های ایران
- \* بهبود مستمر کیفیت خدمات از طریق مدیریت کیفیت فراگیر و حاکمیت بالینی
- \* ارتقاء سطح آگاهی مراجعین در راستای خودمراقبتی و ترویج سبک زندگی سالم با تأکید بر آموزش های مربوط به بیماری های نوپدیدمانند کووید ۱۹
- \* تلاش در جهت پیشگیری و کنترل بیماری کووید ۱۹ و بهبود خدمات رسانی به بیماران مبتلا به کرونا

## ۴- حفظ محیط زیست، دفع مناسب و بهداشتی زباله ها و پسماندهای بیمارستانی و پیشگیری از ایجاد صدمه و آسیب به محیط

(گروه ذینفعان شامل: کارکنان بیمارستان/ شبکه بهداشت و درمان/ شهرداری/ محیط زیست شهرستان)

👉 گام های عملی:

- \* تعامل مناسب با نهادها و سازمان های فعال در امر حفاظت از محیط زیست، بخصوص شهرداری، منابع طبیعی، جهاد کشاورزی و محیط زیست شهرستان
- \* استفاده از فن آوری های بی خطر و مناسب در زمینه حمل و نقل و دفع پسماندهای ایجاد شده.

## ۶- برنامه استراتژیک چیست؟

برنامه ریزی استراتژیک گونه ای از برنامه ریزی است که معمولاً چند ساله نوشته میشود (بین ۳-۵ سال)، هدف از آن، تعریف و تدوین استراتژی هاست. از آنجایی که استراتژی میتواند دارای عمر کوتاه یا بلند باشد برنامه ریزی استراتژیک میتواند برنامه ریزی بلندمدت یا کوتاه مدت باشد اما متفاوت از آنهاست

در بیمارستان ماه این برنامه سه ساله تدوین شده است (۱۳۹۶-۱۳۹۹)، ویرایش سوم برنامه استراتژیک بیمارستان ما در خرداد ماه سال جاری ابلاغ شده است.

## ۷- برنامه عملیاتی چیست؟

برنامه ی سالیانه در جهت اجرای اهداف اختصاصی که جهت بخش ها و واحدها و موضوعات مختلف تدوین میشود و بصورت فصلی پایش می گردد. شما باید از برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، برنامه عملیاتی کنترل عفونت، برنامه عملیاتی بخش یا واحد خود اطلاع کامل داشته باشید.

## ۸- فرایند چیست؟

شیوه ی انجام برخی کارها را بصورت فلوچارت ترسیم میکنیم و مراحل آن را و شروع و پایان را کاملاً مشخص میکنیم مانند فرایند ارائه خدمات اورژانسی به بیماران

شما باید از فرآیندهای اصلی بیمارستان و فرآیندهای واحد رسیدگی به شکایات اطلاع داشته باشید.

## \* لیست فرآیندهای اصلی بیمارستان شامل موارد زیر است:

- ۱- پذیرش بیمار
- ۲- ترانسفوزیون خون
- ۳- انجام آزمایشات بیماران
- ۴- تعیین تکلیف بیمار در بخش اورژانس
- ۵- انجام خدمات تصویربرداری
- ۶- ارائه خدمات در بلوک زایمان (LDR)
- ۷- ارائه خدمات مراقبتی در بخشهای بستری

## ۹- کمیته های اصلی بیمارستانی و بازه زمانی برگزاری آنها:

- ✓ کمیته پایش و سنجش کیفیت (هر ۲ ماه برگزار میشود)
- ✓ کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات ( ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته اخلاق بالینی (هر ۲ ماه برگزار میشود)
- ✓ کمیته پیشگیری کنترل عفونت (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته بهداشت محیط (هر ۲ ماه برگزار میشود)
- ✓ کمیته مدیریت سبز (هر ۲ ماه برگزار میشود)

- ✓ کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا (هر ۲ ماه برگزار میشود) و کمیته مدیریت بحران (ماهانه)
- ✓ کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ ترویج تغذیه با شیر مادر (هر ۳ ماه برگزار میشود)
- ✓ کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی (هر ۲ ماه برگزار میشود)
- ✓ اقتصاددرمان دارو و تجهیزات پزشکی \ (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط (کمیته مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه، کمیته احیا نوزاد، کمیته مرگ پری ناتال، کمیته مرگ مادر باردار) (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته طب انتقال خون (هر ۳ ماه برگزار میشود)
- ✓ کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان (ماهانه برگزار میشود)
- ✓ کمیته آمار (ماهانه- و بررسی هفتگی روزهای چهارشنبه)

#### ۱۰- شاخص های بخش خود را نام ببرید؟

#### ۱۱- مسئول ایمنی بیمار مرکز کیست؟ ریاست بیمارستان (دکتر عرب)

#### ۱۲- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار کیست؟ خانم سمیه حسینی وطن خواه

#### ۱۳- ۹ راه حل ایمنی بیمار را نام ببرید؟ و هر کدام را جداگانه شرح دهید.

- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

#### ۱۴- ۷ رایت یا ۷ قانون دارودهی را نام ببرید؟

بیمار صحیح - داروی صحیح - راه مصرف صحیح - زمان صحیح - دوز صحیح - ثبت صحیح - حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی

#### ۱۵- ۵ موقعیت شستشوی دست را نام ببرید؟ قبل از تماس با بیمار، قبل از انجام پروسیجر آسپتیک، بعد از تماس با بیمار، بعد از تماس با ترشحات بیمار، بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

## ۱۶- در زمان نیدل استیک و مواجهه شغلی چه اقدامی انجام می دهید؟

۱۷- داروهای پرخطر و دستورالعمل نحوه ی عملکرد آنها چگونه است؟ دستور پزشک توسط دو پرستار چک شود. در حضور پرستار شاهد جهت بیمار اجرا شود. اتیکت پرخطر بر روی باتل یا میکروست نصب شود. توسط هر دو پرستار در پرونده و گزارش پرستاری مهر و امضا شود.

۱۸- در صورت بروز عوارض دارویی شما به عنوان پرستار چه باید بکنید؟ قطع دارو- اطلاع به پزشک و بررسی بیمار و در صورت بروز مشکل اقدامات لازم انجام میشود. - پر کردن فرم ADR و تحویل به پرستار ADR و اطلاع به داروخانه (تهیه فرم از داروخانه)- تحویل پوکه ویال دلرویی و هر دارویی که استفاده شده

۱۹- ۵ بیماری شایع بیمارستان را نام ببرید؟

۲۰- ۵ حالت شایع بیمارستان را نام ببرید؟

۲۱- اقدامات تهاجمی و نیمه تهاجمی کدامند و شرایط مواجهه با آن چیست؟

- هرگونه پروسیجری که همراه با انسزیون پوست، بیحسی موضعی، بیهوشی عمومی همراه باشد که در بخش ها متفاوت است که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارد و برای هر پروسیجر جداگانه گرفته میشود. - گذاشتن سوند فولی، باز کردن راه هوایی، گذاشتن لوله معده، تزریق وریدی از اقدامات تهاجمی محسوب نمیشود.

۲۲- در تزریق انسولین اول انسولین ریگولار اجرا میشود یا NPH؟

اول انسولین ریگولار و بعد NPH را میکشیم. چون در انسولین NPH پروتیین (پروتامین وجود دارد) و این ماده نباید با انسولین ریگولار ترکیب شود وگرنه اثرش را خنثی میکند.

۲۳- چرا محفظه مانومتر اکسیژن اب مقطر ندارد؟ چون مرطوب بودن ان یک محیط کشت میکروبی ایجاد میکند و باعث پنومونی تنفسی میشود. در صورت داشتن اب باید هر ۲۴ ساعت عوض شود.

۲۴- مدیریت تخت در بیمارستان با چه کسی است؟ متخصص مقیم داخلی

۲۵- منابع پرستاری ابلاغ شده از سوی دفتر پرستاری را نام ببرید؟ داخلی برونر و سودارث،

۲۶- تفاوت سطح تریاژ با سطح مراقبتی چیست؟

تریاز سطح بندی بیماران در اورژانس و الویت بندی جهت رسیدگی به بیماران با بیشترین رسیدگی و کمترین آسیب برای بیمار است.

سطوح مراقبتی برنامه ریزی و الویت بندی برای ارائه خدمات به بیماران در بخش های بستری با بیشترین خدمت رسانی و کمترین اشتباه است.

۲۷- خط مشی نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانس به چه صورت است؟

وصل بیمار به مانیتورینگ و پالس اکسیمتری - سرکشی مداوم علایم حیاتی- در صورت تغییر علایم حیاتی تماس با پزشک ۲۴ ساعته یا معالج یا مقیم - ویزیت بیمار در سریعترین زمان ممکن توسط پزشک

**۲۸- علت عدم هاپر ونتیله کردن بیمار چیست؟** وقتی بیمار را در CPR هاپر ونتیله میکنیم، فشار منفی درون قفسه سینه به فشار مثبت تبدیل شده و باعث افزایش فشار بر روی عروق و قلب شده و برون ده قلبی کاهش پیدا میکند و اکسیژن زیاد باعث تنگی و کاهش حونسانی به مغز میشود.

**۲۹- در برد بالای سر بیمار چه چیزهایی نوشته میشود؟** فقط نام پرستار و نام پزشک و شماره تخت

**۳۰- داروهای مشابه، داروهای یخچالی، داروهای با هشدار بالا و داروهای ستاره دار و داروهای آنتی دوت بخش خود را نام ببرید؟**  
داروهای مشابه با برچسب زرد، داروهای یخچالی با برچسب آبی، داروهای با هشدار بالا با برچسب قرمز، و داروهای ستاره دار تحت مانیتورینگ کامل قلبی و داروهای آنتی دوت با برچسب سبز

**۳۱- اقدامات تهاجمی بخش شما که باید قبل از انجام آنها توسط پزشک رضایت آگاهانه اخذ شود کدامند؟** در هر بخش با توجه به پروسیجرهای مورد نیاز بخش موجود و در دسترس میباشد.

**۳۲- ابزار بررسی ریسک سقوط و ریسک زخم بستر کدامند و آشنایی با جدول هر کدام؟** معیار مورس در ارزیابی سقوط و معیار برادن در ارزیابی زخم بستر. جدول مربوط در بخش ها موجود میباشد

**۳۳- نحوه ی شناسایی بیمار چگونه است؟ (آشنایی با دستورالعمل مربوطه) :**

خط مشی و روش اجرایی شناسایی بیمار: مسئولیت اولیه کلیه کارکنان ارائه کننده خدمت مرتبط با بیمار شناسایی صحیح و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت و یا درمان صحیح است. کلیه بیماران بستری شامل بیماران بستری و تحت نظر بخش اورژانس (در هنگام پذیرش دستبند شناسایی دریافت می نمایند. اطلاعات مندرج در دستبند شامل: نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد کد رایانه ای پذیرش) ID.Code (و شماره پرونده با رنگ مشکی بر روی زمینه سفید است. (پرسنل می بایست از رنگبندی دستبند های شناسایی بیمار آگاهی کامل داشته و بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر را بشناسند)

**۳۴- در صورت مشابه بودن نام و نام خانوادگی دو بیمار چه عکس العملی نشان می دهید؟** قرار دادن برچسب سبز بر روی دستبند بیمار و کاردکس..چک نام پدر و تاریخ تولد بعد از نام و نام خانوادگی

**۳۵- در صورت بروز خطا در بخش عکس العمل شما چیست؟**

-گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان طی فرم های گزارش دهی خطا موجود در بخش و تحویل فرم تکمیل شده به کارشناس ایمنی بیمار یا مسئول بخش و یا دفتر بهبود

۲- گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان از طریق تلفن داخلی ۴۷۳۶

۳- گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان طی تکمیل فرم گزارش خطا در سایت بیمارستان

**۳۶- آشنایی با احیا، ترالی اورژانس و چک آن، الکتروشوک، آمبوبگ، لوله تراشه وسایر تجهیزات بخش و ....**

**۳۷- کاربرد تکنیک ها مورس و برادن در ارزیابی اولیه به چه صورت می باشد؟**

کارکنان بایستی مسئول فنی را به عنوان مسئول ایمنی شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.

با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی حضور مستمر ایشان در شیفت صبح الزامی است.

بازدید های میدانی ایمنی بیمار: انجام بازدید از بخشها و واحدهای مختلف بیمارستان با تاکید بر انجام روشهای اجرایی و چک لیست های ایمنی بیمار.

بازدیدهای 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.

تیم بازدید ایمنی مدیریتی ایمنی بیمار: تیمی است متشکل از مسئولین ارشد و کارشناسان در خصوص امور بالینی و مراقبت بیمار.

مسئول ایمنی: آقای دکتر بابک عرب ریاست مرکز

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: خانم سمیه حسینی وطن خواه

بازدیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات، بطور منظم انجام میشود.

دستاوردهای بازدید مدیریتی: اولویت بخشی به موضوع مهم ایمنی بیمار در سطح بیمارستان- بررسی چالشهای ایمنی از نگاه کارکنان- جلب مشارکت و ترغیب کارکنان به توجه ویژه به ایمنی بیمار- ایجاد فرهنگ بیمارمحوری در سطح بیمارستان- شناسایی مشکلات ایمنی بیماران از نزدیک و اصلاح میدانی تهدیدات ایمنی

تیم مدیریت اجرایی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصتهای بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا میگذارد وجود تقویم بازدید های منظم و مدون مدیریتی با موضوع فرهنگ ایمنی.

آگاهی کارکنان از زمان انجام بازدید های مدیریتی بخش .

شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان.

ارائه بازخورد های فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی.(بازخورد ها ممکن است شفاهی و یا کتبی باشد)

پیگیری نتایج بازدیدهای ایمنی بیمار در کمیته های مربوطه و انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز.

اعضای تیم بازدید مدیریتی:مسئول ایمنی بیمار-کارشناس ایمنی بیمار\_مدیر پرستاری-کنترل عفونت-بهبود کیفیت-بهداشت محیط -مسئول خدمات و سوپر آموزشی

**۳۸-انواع خطاهای پزشکی :** اشتباه در دارویی ■ اشتباهات تشخیص ■ اشتباهات جراحی ■ اشتباهات آزمایشگاهی ■ اشتباهات رادیولوژی ■ اشتباهات مدیریتی ■ عفونت های بیمارستانی

**۳۹-فرهنگ ایمنی بیمار:** از اشتباهات درس می گیریم- بدون نگرانی اشتباهات را گزارش می کنیم.- از تکرار اشتباهات پرهیز می کنیم.

**۴۰-عوامل بروز خطا:**

۱-عوامل زیرساختی مثل نیروی انسانی یا تجهیزات

۲-عوامل فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی شامل روشهای ارائه مراقبت و درمان (عدم رعایت دستورالعملها، الزامات کیفی و فنی) میباشد.

**را های گزارش خطا:**

۱-گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان طی فرم های گزارش دهی خطا موجود در بخش و تحویل فرم تکمیل شده به کارشناس ایمنی بیمار یا مسئول بخش و یا دفتر بهبود



۲- گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان از طریق تلفن داخلی ۴۷۳۶

۳- گزارش موارد خطا وقوع یافته از سوی کارکنان طی تکمیل فرم گزارش خطا در سایت بیمارستان

۴۱- **یادگیری از خطا (خبرنامه خطا):** از محل خطاهای گزارش شده بصورت ماهانه خبرنامه خطا با هدف پیشگیری از وقوع خطای مشابه و یادگیری انتشار می یابد به

نام learn & share

۴۲- **۹ راه حل ایمنی بیمار را نام ببرید:** توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی - توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا-ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار - انجام پرو سیجر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار - کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات۷-اجتناب از اتصالات نادرست سوند ولوله ها. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت

۴۳- **اقدامات برنامه ریزی شده برای پیشگیری از خطا ها:** گزارش دهی کامل و به موقع خطا ها بدون ترس از سرزنش و تنبیه-ارزیابی پیشگیرانه عوامل مستعد کننده برای بروز خطا های پزشکی (FMEA)- کلیه خطا های گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطا ها را استخراج و بر اساس اولویت اقدامات اصلاحی انجام می شود. خطا ها در جلسات درون بخشی ، سرپرستاران و در گزارشات صبحگاهی درون بخش مطرح و اقدام اصلاحی در این جلسات طرح می گردد.

**UPS(استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق):** کارکنان از آن آگاهی دارند و در صورت قطع موقت برق فعال می شود.

۴۴- **خط مشی و روش اجرایی شناسایی بیماران:** مسئولیت اولیه کلیه کارکنان ارائه کننده خدمت مرتبط با بیمار شناسایی صحیح و تطبیق بیمار صحیح با

مراقبت و یا درمان صحیح است.

کلیه بیماران بستری شامل بیماران بستری و تحت نظر بخش اورژانس( در هنگام پذیرش دستبند شناسایی دریافت می نمایند.

**اطلاعات مندرج در دستبند شامل:** نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد کد رایانه ای پذیرش ID.Code( و شماره پرونده با رنگ مشکی بر روی زمینه سفید است.(پرسنل می بایست از رنگبندی دستبند های شناسایی بیماران آگاهی کامل داشته و بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر را بشناسند)

آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی و نگهداری داروها: دارو های هشدار بالا،داروهای اولویت برچسب گذاری (۲گانه)-داروهای مشابه-داروهای انتی دوت-داروهای یخچالی برچسب بر روی ظروف حاوی نمونه داروای حداقل شامل: نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، بخش و شماره پرونده و نوع یا گروه آزمایش در مورد بیمار بستری میباشد. قید نام نمونه گیر صرفا برای نمونه های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه خونی و کراس مچ الزامی است.

۴۵- **دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایشها:** کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته باشند- گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران با استفاده از تلفن یکطرفه به بخش (HOT line)-

آگاهی کارکنان از روش اجرایی تست های معوقه:با استفاده از ته چک هایی که هنگام ترخیص برای آزمایشات معوقه هنگام ترخیص به بیمار داده می شود و.....

## ۴۶- موارد never event یا مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتند چه مواردی هستند؟

<p><b>وقایع مرتبط با اعمال جراحی:</b></p> <p>۱- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم</p> <p>۲- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر</p> <p>۳- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه بر روی بیمار</p> <p>۴- جا گذاشتن هرگونه ابزار اعم از گاز و قیچی و پنس و... در بدن بیمار</p> <p>۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی</p> <p>۶- تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور</p>	<p><b>طبقه بندی وقایع ناخواسته درمانی:</b></p> <p>۱- وقایع مرتبط با اعمال جراحی</p> <p>۲- وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی</p> <p>۳- وقایع مرتبط با مراقبت بیمار</p> <p>۴- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار</p> <p>۵- وقایع مرتبط با محیط درمانی</p> <p>۶- وقایع جنایی</p>	<p><b>شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی</b></p>
<p><b>وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:</b></p> <p>۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی</p> <p>۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده</p> <p>۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی</p>	<p><b>وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:</b></p> <p>۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دور دارو، زمان تزریق دارو....</p> <p>۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی</p> <p>۱۵- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین</p> <p>۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی</p> <p>۱۷- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار</p> <p>۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان</p> <p>۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات ، مثال: به دنبال فیزیوتراپی و....</p>	<p><b>وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:</b></p> <p>۱۰- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی</p> <p>۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از چهار ساعت طول بکشد.</p> <p>۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی</p>
	<p><b>وقایع جنایی:</b></p> <p>۲۵- موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی</p> <p>۲۶- هرگونه / آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارد به بیمار</p> <p>۲۷- ربودن بیمار</p> <p>۲۸- اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان</p>	<p><b>وقایع مرتبط با محیط درمانی:</b></p> <p>۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.</p> <p>۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر)</p> <p>۲۲- سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)</p> <p>۲۳- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ و ....)</p> <p>۲۴- سقوط بیمار (سقوط در حین جابه جایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله و ....)</p>

## ۴۷- نحوه شناسایی بیماران پر خطر و آسیب پذیر به چه صورت میباشد؟

سقوط - زخم بستر - ترومبوز وریدهای عمقی - خطر خودکشی - تشنج - پلی فارمسی - سوء تغذیه - مادران پر خطر - ایدز - هپاتیت

### مادران باردار پر خطر شامل:

زایمان زودرس، فشارخون در بارداری، دیابت بارداری، پیلونفریت، شکم حاد بارداری، جفت سر راهی، پره اکلمپسی، اکلمپسی، سندروم HELP، تمامی مادرانی که در سطح ۲ تریاژ قرار می گیرند.

**بیماران آسیب پذیر:** افرادی 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

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

شماره	عنوان خطر	نام کامل خطر	کد مربوطه	رنگ دستبند
۱	زخم بستر	Bed Sore	PuR	زرد
۲	خطر سقوط	Fall Risk	FaR	زرد
۳	ترومبوز وریدهای عمقی	DVT	TeR	زرد
۴	خطر خودکشی	Suicide Risk	SUR	زرد
۵	تشنج	Seizure	CoR	زرد
۶	پلی فارمسی	Poly Pharmacy	pop	زرد
۷	سوء تغذیه	Malnutrition	MaN	زرد
۸	ایدز	Aids	۱۰	نارنجی
۹	هپاتیت	Hepatitis	۲۰	نارنجی
۱۰	مادران باردار پر خطر	High-Risk Pregnant mother	H.R.M	زرد
۱۱	آسم و آلرژی	Allergy-asthma	A.A	قرمز
۱۲	بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه	بیماران مشابه		سبز

## ۴۸-ارزیابی خطر آمبولی ریوی و ترومبوز آمبولی وریدی طبق معیار ژنو Geneva طبق اصول زیر انجام میشود.

نمره تجدید نظر شده از ۸ پارامتر استفاده می کند ، اما ارقامی را نشان نمی دهد که نیاز به انجام یک نمونه گاز خون شریانی دارند:

امتیاز	پارامتر (متغیر)	ردیف
۱	سن ۶۵ سال یا بالاتر	۱
۳	DVT قبلی یا PE	۲
۲	جراحی یا شکستگی در مدت ۱ ماه	۳
۲	وضعیت بدخیم فعال	۴
۳	درد یک طرفه اندام تحتانی	۵
۲	هموپتیزی	۶
۳	ضربان قلب ۷۵ تا ۹۴ ضربان در دقیقه	۷
۵	ضربان قلب ۹۵ یا بیشتر ضربان در دقیقه	۸
۴	درد بر لمس عمیق اندام تحتانی و ادم یک طرفه	۱۰

جمع امتیازات :

نمره به دست آمده مربوط به احتمال PE است:

۳ - ۰ امتیاز نشان دهنده احتمال کم (۰.۸٪)

۱۰ - ۴ امتیاز احتمال متوسط (۲۹٪) را نشان می دهد

۱۱ امتیاز یا بیشتر نشانگر احتمال زیاد (۷۴٪)

از احتمالات ناشی از سیستم های امتیاز دهی می توان برای تعیین نیاز و ماهیت تحقیقات بیشتر مانند D-dimer ، اسکن تهویه / پرفیوژن و آنژیوگرافی ریوی CT استفاده کرد تا تأیید یا رد تشخیص PE انجام شود.

۴۹-دستورالعمل نحوه ی تزریق خون؟

۵۰-عوارض تزریق خون کدامند؟

۵۱-هات لاین یا خط یک طرفه گزارش موارد بحرانی چه کاربردی دارد؟ کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته باشند- گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران با HOT line-استفاده از تلفن یکطرفه به بخش (

۵۲-آگاهی کارکنان از دستورالعمل تست های معوقه:

با استفاده از ته چک هایی که هنگام ترخیص برای آزمایشات معوقه به بیمار داده می شود و....

۵۳-تجهیزات ضروری و بخش پشتیبان بخش خود را نام ببرید؟در هر بخش موجود و در دسترس میباشد.

۵۴- شناسنامه، نحوه کار با دستگاه ها و برچسب کالیبراسیون دستگاه ها را نشان دهید؟ برچسب کالیبراسیون برچسب سبز رنگ روی دستگاه هاست که شامل تاریخ چک و انقضای کالیبراسیون میباشد. برچسب اگر قرمز باشد تاریخ کالیبراسیون گزشته و اگر زرد باشد نزدیک به پایان کالیبراسیون میباشد.

#### ۵۵- نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی را بگویید؟

رنگ بندی کپسولهای گاز طبی طبق استاندارد-کپسولهای گاز طبی در جای خود محکم گردد-حمل کپسولهای گاز طبی پر با کلاهک انجام گردد- بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزیینات پوشانده نشود

**جدول رنگ بندی استاندارد سیلندر گازهای طبی**



نوع سیلندر	علامت مشخصه سیلندر	مورد کاربرد	توضیحات
<b>CO2</b> دی اکسید کربن	به رنگ طوسی می باشد	عمل های لاپراسکوپی و گرایوو	استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود
<b>O2</b> اکسیژن	به رنگ سفید می باشد	اکسیژن رسانی به بیمار و ونتیلاتور	ترکیب این گاز با هیدروکربن ها و روشن ایجاد احتراق و انفجار می کند .
<b>ازت (N2)</b> (هوای فشرده)	به رنگ مشکی می باشد	دستگاههای پمپاژکی اتاق عمل و غیره	جز گاز های بی اثر می باشد
<b>N2O</b> گاز بیهوشی	به رنگ آبی می باشد	در ماشین بیهوشی کاربرد دارد	استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود .
<b>Entonox</b> انتونوکس	قسمت بالایی آن سفید و قسمت پایینی آن آبی می باشد	در تسکین زایمان کاربرد دارد	استنشاق مداوم و بیش از حد آن باعث تهوع و سرگیجه و حتی غفلت می گردد .

تذکره :

۱- از تحویل گرفتن هر گونه سیلندر ، منظر با رنگه بندی استاندارد جدا خودداری شود .

۲- از تحویل گرفتن هر گونه سیلندر که دارای معایب فیزیکی می باشد خودداری شود .

۳- در صورت بروز هر گونه مشکل با واحد تأسیسات تماس حاصل گردد.

۴- از حمل بدون درپوش کپسول خودداری نمایید

## ۵۶- منشور حقوق بیمار شامل چه مواردی می باشد؟

- ۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
- ۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج خود را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید. بطوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان و یا تهدید جانی بیماری گردد.
- ۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و یا اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب نهایی درمان مشارکت نماید.
- ۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
- ۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج اعلام صورت می گیرد، اطمینان حاصل نماید.
- ۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود مطمئن باشد و کسب اطلاعات افرادی که مستقیماً بر روند درمان شرکت ندارند، موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
- ۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان ه بر روی سلامت و درمان او موثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
- ۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان از سایر مراکز درمانی قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مطلع گردد

## ۵۷- در بیمارستان ما شیوه و نحوه دسترسی بیمار / ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی چگونه است؟

- بیمارستان در راستای پاسخگویی پزشک به خانواده بیمار و تقویت مشارکت بیمار و خانواده او در طرح درمان اطلاع رسانی در خصوص نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج را به شرح ذیل انجام میدهد:
- برنامه آنکالی و مقیمی پزشکان در بخشهای درمانی و دفتر پرستاری موجود است بیمار از طریق مراجعه به دفتر یا پرستار مربوطه از زمان حضور پزشک در بیمارستان، درمانگاه و مطلب مطلع میشود.

بیمار/ ولی قانونی وی به پزشک معالج خود میتواند در زمان ویزیت روزانه دسترسی داشته باشد زمان ویزیت روزانه توسط پرستار به اطلاع بیمار رسانده میشود.

بیمار/ ولی قانونی وی با مراجعه به پرستار مربوطه یا مراجعه به دفتر پرستاری میتواند با پزشک خود تماس داشته باشد.

تماس تلفنی با پزشک بیمار فقط از طریق پرستار و سوپروایزر کشیک انجام میشود.

۵- پرستار بخش و سوپروایزر کشیک بیمارستان مکان مطب پزشک را در اختیار بیمار قرار میدهد.

\* جهت برقراری تماس های فوری با پزشک معالج از طریق مراجعه به پرستار مربوطه یا دفتر پرستاری بیمار، با پزشک خود ارتباط برقرار میکند.

\* ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر و نمایندگان قانونی وی می باشد.

\* مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار، سرپرستار بخش و پرستار بیمار است

**۵۸. سیاست های آموزش به بیمار بیمارستان را بیان کنید؟** در سه حیطه می باشد، بیماران و همراهان، تامین نیاز آموزشی بیماران و خودمراقبتی، ارتقا سلامت جامعه

**سیاست های کلی آموزش به بیمار و همراه و ارتقاء سلامت جامعه**

۱. مدیریت هدفمند آموزش ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری

۲. تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقا کیفیت خدمات و تسریع روند بهبودی و خود مراقبتی

۳. مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه جامعه

**۱. مدیریت هدفمند آموزش ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری**

۱-۱- نیازسنجی آموزشی سالانه بیماران و همراهان در کلیه بخشها با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان - خدمت و مراقبت های پرستاری، شناسایی شده و الویت بندی شود.

۱-۲- تشکیل کمیته آموزش هر سه ماه یکبار و کارگروه آموزش به بیمار درون بخشی هر ماه یکبار

۱-۳- برنامه ریزی در جهت تهیه محتوای آموزشی معتبر و استاندارد متناسب با نیازسنجی انجام شده و الویت های خاص

۱-۴- نظارت بر اجرای برنامه آموزش به بیماران در بخش

۱-۵- ارزیابی اثربخشی آموزش های ارائه اثر بخشی آموزش های ارائه شده و بخش های دیگر

۶-۱- اجرای برنامه های اصلاحی تدوین شده و اقدامات اصلاحی انجام شده

۷-۱- پیش بینی منابع مالی و تسهیلات آموزشی مورد نیاز بخش و پیشنهاد آن تیم رهبری و مدیریت

۸-۱- پایش و بازبینی مستمر برنامه های آموزش به بیمار در جهت ارتقای کیفیت خدمات آموزش به بیمار در بخش

۹-۱- مشارکت در توانمند سازی آموزشی پرسنل در راستای پروتکل ها و روش های آموزش به بیمار و ارتباط با بیمار

۱۰-۱- تامین اعتبار لازم جهت تهیه نیازهای آموزشی توسط مدیران ارشد

۱۱-۱- تدوین دستورالعمل آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی

۱۲-۱- بازنگری خط مشی و روش مشارکت کارکنان در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیماران و همراهان

۱۳-۱- باید سوپروایزر آموزش سلامت در خصوص آموزش های سرطان، دیابت، خود مراقبتی و پرفشاری خون و هفته های سلامت برنامه های مصوب تیم ارتقا سلامت را اجرا نماید.

۱۴-۱- باید واحد مشاوره پرستاری در کلینیک مشخص و مسئول مرکز مشاوره پرستاری تعیین شود.

دامنه کاربرد: ریاست بیمارستان، مدیر دفتر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر آموزش سلامت، واحد روابط عمومی، کلیه مدیران میانی و پائینی پرستاری و مسئولان آموزش به بیمار

## ۲- تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقا کیفیت خدمات و تسریع روند بهبودی و خود مراقبتی

۱-۲- باید مسئولان فعال جهت آموزش به بیمار در کلیه بخش ها و واحدها تعیین شود.

۲-۲- نیازسنجی آموزشی سالانه بیماران و همراهان در کلیه بخش ها با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت های پرستاری، شناسایی شده و با نظر کار گروه آموزش به بیمار متناسب با الویت های مراقبتی باید تهیه شود.

۳-۲- نیازهای شناسایی شده بیماران به کارگروه آموزش به بیمار اعلام و پیگیری شود.

۴-۲- باید پرسنل پرستاری / پزشکی بر مبنای دستورالعمل آموزش خود مراقبتی نیازهای آموزش به بیمار را مشخص کرده و براساس نیازهای شناسایی شده آموزش بدهند.

۵-۲- باید در بدو پذیرش و حین بستری بیمار حداقل موارد آموزش خود مراقبتی توسط پرستاران / پزشکان به صورت چهره به چهره به بیمار یا همراه وی آموزش داده شده و در گزارش پرستاری / پزشکی ثبت شود.

۶-۲- باید از روش ها و رسانه های آموزشی مناسب برای آموزش موثرتر بیماران استفاده شود. (چهره به چهره، پمفلت، جزوات آموزشی، فیلم، کلاس های آموزشی و...)...



۲-۷- باید حداقل موارد آموزش های حین ترخیص توسط پرستاران/پزشکان به صورت چهره به چهره به همراه بیمار آموزش داده شود و در دو برگه آموزش ترخیص ثبت شود و نسخه اصلی تحویل بیمار شود.

۲-۸- باید پزشکان جهت اخذ رضایت آگاهانه اقدامات تهاجمی بخصوص اعمال جراحی آموزش و توضیحات لازم را بدهند.

۲-۹- باید پزشکان جهت درمان های جایگزین احتمالی توضیحات و آموزش لازم را به بیماران بدهند.

۲-۱۰- باید ارزیابی اثر بخشی آموزش بیماران به صورت فصلی توسط مسئولان آموزش به بیمار انجام شود و نتیجه ارزیابی توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری گزارش شود، و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مصوب کارگروه آموزش به بیمار هر بخش انجام شود.

۲-۱۱- باید مسئولین واحدها نظارت مستمر و کارا بر ارائه آموزش به بیمار، ارزیابی و توانمند سازی پرسنل داشته باشند.

۲-۱۲- باید مشارکت مکفی در برنامه های ارتقا سلامت جامعه و کارکنان داشته باشند

دامنه کاربرد: کلیه کادر پرستار، کلیه کادر پزشکان

### ۳- مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه جامعه

۳-۱- باید تیم ارتقا سلامت راه اندازی شود و اهداف تیم مشخص گردد.

۳-۲- باید سوپروایزر آموزش سلامت در خصوص آموزش های سرطان، دیابت، خودمراقبتی و پرفشاری خون و هفته های سلامت برنامه های مصوب تیم ارتقا سلامت را اجرا نماید.

۳-۳- مشارکت در برنامه های ارتقا سلامت جامعه (بیماران و همراهان، عموم افراد جامعه) در روزهای مناسبی سلامت مصوب تیم ارتقا سلامت و یا کمیته آموزش

۳-۴- تامین بودجه لازم از طریق موصوبات تیم ارتقا سلامت و یا کمیته آموزش

**دامنه کاربرد:** ریاست بیمارستان، مدیر دفتر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر آموزش سلامت، واحد روابط عمومی، کلیه مدیران میانی و پائینی پرستاری و مسئولان آموزش به بیمار، واحد تغذیه، کارپردازی، مسئول بهداشت حرفه ای، مسئول کلینیک

### ۵۹- فعالیت واحد ارتقا سلامت بیمارستان شما چگونه است؟

ارتقا سلامت توسط سوپروایزر آموزش سلامت (خانم طالبی) با همکاری تیم ارتقا سلامت بیمارستان که شامل تمامی عوامل مدیریتی و کارکنان و پزشکان بیمارستان می باشد در ۳ حوزه بیماران، مراجعین و کارکنان فعالیت می کند.

واحد ارتقا سلامت در دو قسمت بیمارستان و کلینیک مستقر می باشد. در بیمارستان آموزش همراهان و کارکنان و در کلینیک آموزش و مشاوره مراجعین و پیگیری بیماران ترخیصی

۱- ارتقا سلامت کارکنان در ۳ حیطه و نوع فعالیت انجام شده: ۱- فعالیت بدنی (توزیع کارت استخر و باشگاه، پیاده روی کارکنان در روز کارمند و هفته دولت و پخش زنگ سلامت جهت فعالیت بدنی و خوردن داروها و مواد ویتامینی)، ۲- تغذیه سالم (کارگاه آموزش، جشنواره غذا در روز جهانی غذا با شعار تغذیه سالم و اهدا جایزه به نفرات برتر، پخش بسته های سلامت شامل میوه و ویتامین، پخش بسته تغذیه سالم هفته ترویج تغذیه با شیرمادر جهت کارکنان زن)، ۳- دخانیات (کلاس آموزشی)

۲- ارتقا سلامت در حیطه بیماران: مشاوره بیماران دیابتی، فشارخون بالا، سرطان، بیماری قلبی و سکتة های مغزی

۳- ارتقا سلامت در حیطه مراجعین: مشاوره بیماران دیابتی، فشارخون بالا، سرطان، بیماری قلبی و سکتة های مغزی و همچنین فعالیت دیگر همگام با برنامه های ملی سلامت، طرح ملی فشارخون که در بیمارستان و کلینیک ایستگاه فعال شد، همایش دیابت به مناسبت روز جهانی دیابت، توزیع بسته های تغذیه سالم در روز دیابت، توزیع بسته های سلامت در هفته ترویج تغذیه با شیرمادر، راه اندازی ایستگاه پیشگیری از بیماری های قلبی و سرطان و همچنین راه اندازی ایستگاه فرهنگ سازی اهدا عضو با گروه هدف پرسنل و بیماران

#### ۶۰- برنامه اثر بخشی آموزش به بیمار چگونه است؟

طبق سیاست های آموزشی بیمارستان که به تایید مترون محترم و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان رسیده است، کارگروه تیم آموزش به بیمار در بخش تشکیل شده است که هر ماه جهت بررسی برنامه ها و نواقص و مشکلات مربوط به اثربخشی جلسه داشته است. شامل سوپروایزر آموزش سلامت، سرپرستار، ریس بخش، مسئول آموزش به بیمار بخش، و اثر بخشی آموزش به بیمار که یک شاخص ملی است هر سه ماه به مترون محترم گزارش می شده است.

شاخص اثر بخشی آموزش به بیمار بخش شما؟

#### ۶۱- آگاهی کارکنان از کدهای بحران و کدهای رایج و ۲۲ و ۳۲۴ و ۲۴۷ و ۷۲۴

#### ۶۲- عمق ماساژ در نوزادان و بزرگسالان چقدر است؟

#### ۶۳- نسبت ماساژ قلبی به تنفس در نوزادان و بزرگسالان چقدر است؟

#### ۶۴- مهمترین داروها در احیا کدامند؟ اکسیژن - پی نفرین

#### ۶۵- داروهای منسوخ شده در ایست قلبی کدامند؟ وازوپرسین

#### ۶۶- چه زمانی از شوک کاردیوورژن (سینکروناز) استفاده میشود؟ در آریتمی های فوق بطنی که کپلکس QRS دارند.

#### ۶۷- چه زمانی از شوک دفیبریلاسیون استفاده میشود؟ در VT - VF/PEA

**۶۸-دستگاه دی سی شوک چند نمونه است؟** منو فازیک و بای فازیک (که در منو فازیک جریان یک طرفه و در بای فازیک جریان دو طرفه و موثر تر است).

**۶۹-لیست داروهایی که نیاز به مانیتورینگ دارند کدامند؟**

اپی نفرین، آتروپین، آدنوزین، آمیودارون، لیدوکائین، دوفامین، دوبوتامین، دیگوکسین، وراپامیل، کلسیم گلوکونات، منیزیم سولفات، ویتال kcl، ایندرال، TNG

**۷۰-اندازه لوله تراشه قالب نوزاد چقدر است؟**

**۷۱-مقدار ژول شوک در اطفال چه میزان میباشد؟** ۲-۴ ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن

**۷۲-چه داروهایی از لوله تراشه و به چه میزان میتوان داد؟** آتروپین-اپی نفرین-نالوکسان-لیدوکائین. دوز داروها باید دو برابر تزریقی باشد و سپس آمبو زده شود.

**۷۳-فرق بین پزشک آنکال و مقیم چیست؟** طبق برنامه طرح تحول نظام سلامت در خصوص سهولت دسترسی به پزشک بیمار و ماندگاری پزشکان در منطقه محروم، طبق میزان محرومیت منطقه و سانتز درمانی، تعداد متخصصان مقیم و نوع تخصص مشخص می گردد. پزشک مقیم در بیمارستان مستقر می باشد، در روزهای تعطیل بصورت ۲۴ ساعت و روزهای غیر تعطیل از ساعت ۱۴ بعد از ظهر الی ۸ صبح فردا مقیم در بیمارستان می باشد. در این مرکز متخصص بیهوشی، جراح عمومی، زنان و داخلی مقیم می باشند.

**۷۵. آخرین بازدید ایمنی بیمار بخش شما چه زمانی بوده است و آیا بازخوردی دریافت نموده اید؟**

**۷۶-طریقه نگهداشت دستگاه و تجهیزات مثلاً دسی شوک را توضیح دهید؟**

## ۷۷. کدهای بحران شامل چه مواردی است و کدهای رایج بیمارستان را بیان کنید؟

کدهای هشدار بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) کلاله		
کدهای اضطراری		
وضعیت	کد	کدهای بحران
فوریت زرد (بحران متوسط)	141	
فوریت نارنجی (بحران شدید)	131	
فوریت قرمز (بحران خیلی شدید)	121	
تخلیه بیمارستان (قرمز)	111	کدهای رایج
احیاء بزرگسال	99	
احیاء نوزاد	88	
آتش نشانی	125	
فوریت خونریزی	22	
انتظامات	110	
بیمار با کاهش سطح هوشیاری (LOC) ناکهانی	347	
بیمار CVA حاد	724	
بیمار MI حاد	247	
امداد هوایی	350	
فوریت مامایی	215	

\* کدهای قرمز رنگ با دستور ریاست یا جانشین وی فعال میشود

## ۷۸- تاریخ انقضا کتورها و اتصالات به تفکیک

۷۹- اصول تفکیک پسماند چیست؟ پسماندهای عفونی، غیر عفونی، تیز و برنده، شیمیایی، پسماند حیوه

۸۰- گندزدایی خون و مایعات آلوده به چه صورت است؟

۸۱- آگاهی کارکنان از نحوه ارجاع بیماران نیازمند مراجعه به واحد ارتقا سلامت و مشاوره

با استفاده از تہ چک هایی که هنگام ترخیص به عنوان برگه ارجاع به بیمار داده می شود و.....

۸۲- تکنیک isbar و کاربرد آن چگونه است؟

۸۳- کارکنان از نحوه ترخیص ایمن به روش SMART اطلاعات دارند؟

۸۴- آگاهی کارکنان گروه پرستاری از سیاست های آموزشی و از سیاست های آموزشی بیماران

سیاست های کلی آموزش به بیمار و همراه و ارتقاء سلامت جامعه

۱. مدیریت هدفمند آموزش ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری

۲. تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقا کیفیت خدمات و تسریع روند بهبودی و خود مراقبتی

۳. مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه جامعه

**۸۵- آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل چه میزان است؟** اقدامات خارج از اتاق عمل شامت بر قرارى cv-line ، شالدون گذارى، کاتتر گذارى، انواع بخیه، چست تیوب گذارى در اورژانس، خارج کردن جسم خارجی، tap مایع آسیت، ... LP,

**۸۶- آگاهی کارکنان از مبانی و فرهنگ ایمنی بیمار، برنامه عملیاتی ایمنی بیمار**

**۸۷- آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی**

**۸۸- آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار**

**۸۹- کارشناس مسئول مواد مخد در بیمارستان؟** خانم احمدی

**۹۰- آگاهی کارکنان از فرمولاری بیمارستان؟** فرمولاری بر اساس مفاد طرح تحول نظام سلامت می باشد و در سال ۹۸ نیز با توجه به کسری بازار مورد بازبینی قرار گرفت و جلسه هماهنگی بعد از تصویب فرمولاری در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان به کارکنان و پزشکان ابلاغ شد. همچنین جهت پزشکان محترم جلسه گذاشته شد.

**۹۱- آگاهی کارکنان از فرایند برخورد با بیماران در کد ۳۲۴، ۲۴۷ و ۷۲۴**

**۹۲- آگاهی کارکنان از بوستر MDR ؟** جهت گزارش موارد ریکال دارویی و تجهیزات می باشد که از عوارض دارویی و یا لوازم مصرفی بی کیفیت جلوگیری شود، از طریق مراجعه پرستاران و پزشکان به سامانه IMED

**۹۳- ضریب اشغال تخت بخشی شما چند است؟**

**۹۴- آخرین کمیته بیمارستان و آخرین RCA ؟**

**۹۵- آیا همراهان و بیماران در جریان تعرفه پرداختی و میزان تخفیف بیمه خود هستند؟**

**۹۶- بازدیدهای تیم مدیریت و رهبری چگونه است؟** بازدیدهای تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بصورت سرزده و در جهت رفع مشکلات و موانع و پیاده سازی برنامه عملیاتی بیمارستان، ارتقا کیفیت خدمات طبق سیاست های کلان برنامه استراتژیک بیمارستان می باشد. که بعد از آن با اعضا جلسه برگزار شده و مشکلات بررسی می گردد.

اعضا تیم رهبری و مدیریت :

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| ۱- ریاست بیمارستان      | آقای دکتر بابک عرب          |
| ۲- مدیر داخلی           | آقای احمد شیخ               |
| ۳- مدیر پرستاری         | خانم امان گزل نیازی         |
| ۴- نماینده منابع انسانی | آقای ناصر عربی              |
| ۵- سوپروایزر آموزشی     | خانم طیبه هراتی             |
| ۶- مسئول بهبود کیفیت    | خانم منیژه تیموری           |
| ۷- مسئول IT             | آقای اکبر آریانپور          |
| ۸- مسئول مالی           | خانم سمیه نکاحی             |
| ۹- خانم زهرا طالبی      | مسئول اعتباربخشی/دبیر کمیته |

## نمونه سوالات اعتبار بخشی محور کنترل عفونت ۹۹

۱- پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات چگونه انجام میشود؟

- پاکسازی ابزار با آب زیر ۴۵ درجه و دترجنت در نزدیکترین محل به انجام پروسیجر انجام میشود.

۲- نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات توسط سرپرستار چگونه انجام میشود؟

- مسئول بخش بر برس کشی و شستشو و غوطه ور سازی ابزار در محلول سطح متوسط توسط خدمه نظارت مستقیم دارد.

۳- مسئول واحد سی اس آر چگونه بر صحت اکسازی ابزار ارسال شده از بخشها نظارت میکند؟

- با استفاده از تست پروتئین بر کیفیت پاکسازی ابزار ارسالی نظارت میکند و در صورت مثبت بودن تست پسخوراند به بخش داده شده و اقدامات اصلاحی انجام میشود.

۴- کیفیت محلول سطح بالا چگونه پایش میشود؟

- با استفاده از تست سوآپینگ قبل از غوطه ور سازی ابزار تست انجام میشود در صورت تغییر رنگ نوار به رنگ ارغوانی محلول قابل استفاده میباشد. در صورت عدم تغییر رنگ باید محلول دور ریخته و محلول جدید استفاده شود.

۵- اقلام حساس به حرارت بخش خود را نام ببرید؟

لیست به کار تابل مسئول بخش ابلاغ شده است.

۶- تست های کلاس ۴ و ۶ برای کدام ستهها استفاده میشود؟

- تست کلاس ۴ برای ستهایی که تعداد اقلام آن کمتر از ۱۲ عدد میباشد مانند ست پانسمان و LP و...

- تست کلاس ۶ برای ستهایی که تعداد اقلام آن بیشتر از ۱۲ عدد باشد مانند ستهای اتاق عمل و ...

۷- هنگام تحویل ست از سی اس آر به چه نکاتی باید توجه کرد؟

- ست خیس و سوراخ نباشد، چسب اتو کلاو تغییر رنگ داده باشد، چسب های ست شل نباشد، و وسایل بیرون زده نباشد

۸- هنگام باز کردن ست پانسمان به چه نکاتی باید توجه شود؟

- وسایل داخل آن خیس و مرطوب نباشد، اندیکاتور داخل آن تغییر رنگ داده و مشکلی باشد، و بعد از استفاده از ست اندیکاتور داخل پرونده بیمار ثبت شود.

۹- حداقل اطلاعات لازم روی هر بسته استریل چیست؟

- تاریخ و شیفت کاری - شماره یا کد دستگاه استریل کننده - تاریخ انقضا مصرف بسته - نام بارگذاری کننده هر چرخه - نام ست

۱۰- مشخصات درج شده روی ست پانسمان توسط سی اس آر به شرح ذیل میباشد آن را توضیح دهید؟

۹۹/۱۱/۱۱-۹۹/۲۸/۱۰/۹۹-۴/۲-K-D ست پانسمان (K مخفف نام اپراتور دستگاه خانم کریمکشته - D شیفت صبح - ۴ یعنی سیکل چهارم دستگاه - ۲ یعنی دستگاه شماره ۲ - در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور مشخصات فوق به واحد سی اس آر اعلام میشود و فراخوان کلیه ستهها با این مشخصات توسط واحد سی اس آر انجام میشود..

۱۱- شرایط نگهداری بسته های استریل چگونه باید باشد؟

- در فضاهای محصور با تردد محدود-دمای کمتر از ۲۴ درجه رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد-فشار مثبت تهویه مناسب حداقل ۶ بار گردش هوا دور از تابش نور مستقیم آفتاب

۱۲- جابجایی ستهای استریل چگونه انجام میشود؟

- با استفاده از کانتینر درب دار استیل توسط پرسنل واحد سی اس آر جمع آوری و بعد از استریل شدن به بخش تحویل داده میشود

۱۳- مدت زمان نگهداری ستهای ارچه ای چند روزه است؟ - ستهای ارچه ای دو لایه ۱۴ روزه میباشد

۱۴- موقعیت شستشوی دست را نام ببرید؟

قبل از تماس با بیمار- بعد از تماس با بیمار- قبل از انجام پروسیجر- بعد از تماس با ترشحات بیمار بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

۱۵- شاخص بهداشت دست بخش خود را بگویید؟

شاخص به کار تابل مسؤل بخش ارسال شده استودر پیکربندی کنترل عفونت فایل شاخصها نیز میباشد

۱۶- انواع عفونتهای بیمارستانی را نام ببرید؟

- ادراری (شایعترین) - محل عمل - تنفسی - خون

۱۸- روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی را توضیح دهید؟

-مراجعه شود به روش اجرایی مربوطه

شناسایی فعال عفونتهای بیمارستانی در بیماران بخشهای پس از ترخیص به چه صورت میباشد؟

مشخصات افراد مستعد به عفونت قبل از ترخیص در دفتر ثبت شده و یک هفته تا ۱۰ روز بعد از ترخیص تماس گرفته میشود و در صورت بروز عفونت راهنماییهای لازم انجام میشود.

۱۹- کشت و نمونه برداری از محیط در بیمارستان شما چگونه انجام میشود؟

بصورت روتین کشت محیطی انجام نمیشود در صورت بروز طغیان یک نوع عفونت بیمارستانی کشت از همان بخش و یا بخشهای مرتبط انجام میشود.

۲۰- بیماریهای نظام سندرومیک را نام ببرید؟

- سندروم تب و خونریزی- سندروم تب و راش حاد (ماکولوپاپولر- غیر ماکولوپاپولر) شبه آنفلوآنزا- سندروم اختلال شدید تنفسی- سندروم تب و علائم نرولوژیک- سندروم تب طول کشیده- سندروم مسمومیت غذایی- سندروم اسهال حاد غیر خونی- سندروم اسهال حاد خونی- سندروم زردی حاد- سندروم فلج شل حاد- سندروم شوک عفونی- سندروم سرفه مزمن- سندروم مرگ ناگهانی

۲۱- بیماریهای واگیر مشمول گزارش فوری تلفنی و غیر فوری کتبی را نام ببرید و شماره تماس آن را بگویید؟

- به لیست تحویل داده شده داخل بخش مراجعه شود در موارد گزارش فوری تلفنی شماره تماس: ۳۵۴۲۰۷۳۰۰ در شیفت صبح ساعات اداری و شیفت عصر و شب سوپروایزر وقت سریعاً در جریان قرار گیرد

۲۲- روش اجرایی جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران را توضیح دهید؟

-مراجعه به روش اجرایی مربوطه

۲۳-گزارش دهی بیماریهای نظام سندرومیک را چگونه انجام میدهید؟

-از طریق ثبت در سامانه IR.BEHDSHT.GOV.ISSS-نام کاربری کد ملی (در بخشها کد ملی مسئول بخش و در اورژانس مسئول بخش و کلیه نیروهای واحد تریاژ) و پسورد ۱۲۳ -ثبت سندروم مینیمم اطلاعات و نوع سندروم ثبت میشود.

۲۴-شرایط اتاق ایزوله به چه صورت میباشد؟

-شامل سه قسمت ورودی-اتاق اصلی-سرویس بهداشتی و کلیه امکانات رفاهی برای بیماران فراهم میشود.و لیست ورود خروج افراد نیز ثبت میشود.

۲۵-ترتیب پوشیدن ودر آوردن وسایل حفاظت فردی را بگویید؟

-پوشیدن:گان-ماسک عینک کلاه دستکش(قبل از پوشیدن کلیه وسایل شستشوی دست انجام شود)

-در آوردن:ابتدا دستکش یا گان و دستکش باهم بعد هندوآش و بعد از آن کلاه عینک ماسک

کلیه وسایل حفاظت فردی بغیر از عینک در سطل زرد دفع شوندو عینک ضد عفونی گردد جهت استفاده مجدد.

۲۶-احتیاطات استاندارد را نام ببرید؟

-بهداشت دست-استفاده از وسایل حفاظت فردی در هنگام مواجهه با ترشحات-ضد عفونی مناسب تجهیزات-جلوگیری از فرو رفتن سوزن-نظافت محیط-جمع آوری حمل و امحاء صحیح زباله ها (باید در هر زمانی و همه بیماران بدون در نظر گرفتن تشخیص بیماری یا وجود عفونت انجام شود)

۲۷-احتیاطات تکمیلی را نام ببرید؟

هوایی شامل سل ریوی فعال آبله مرغان سرخک (ماسک N ۹۵ استفاده شود)

قطرات شامل پنومونی دیفتری سیاه سرفه آنفلوآنزای نوع B اوریون مننژیت ( \_ماسک ساده جراحی)

تماسی بیماریهایی که شامل کلونیزاسیون یا عفونت مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک عفونت روده ای و پوست (دستکش لاتکس و گان غیر استریل)

مانند گاسترو انتریت گال هرپس سندروم فلسی شدن پوست شپش سر سرخچه مادرزادی زرد زخم

۲۸-تزریقات ایمن چیست؟

یعنی تزریق یا خونگیری وریدی که به بیمار صدمه نزند-به انجام دهنده پروسیجر در معرض خطر قرار نگیرد زباله برای سایر مردم خطرناک نباشد.

۲۹-انواع مواجهه شغلی را نام ببرید؟

تماس ترشحات با چشم وغشاهای مخاطی- تماس ترشحات با دست آسیب دیده- فرو رفتن یا بردن دست توسط سوزن یا اشیاء تیز و برنده



### ۳۰- پروتکل مواجهه شغلی را توضیح دهید ؟

د رهر نوع مواجهه شغلی شستشو با آب و یا آب و صابون بر حسب نوع مواجهه -در صورتی که تیترا بالا ۱۰ باشد چه بیمار مثبت باشد چه منفی نیاز به اقدام خاصی ندارد- در صورت مثبت بودن بیمار و اینکه تیترا فرد مورد مواجهه کمتر از ۱۰ باشد تزریق یک دوز واکسن یک دوز ایمونوگلوبولین-چک تیترا ۱-۲ ماه بعد در صورت تیترا بالا اقدام خاصی لازم نیست اگر تیترا پایین باشد تکمیل دوره واکسیناسیون و چک تیترا ۱-۲ ماه بعد از تزریق آخرین دوز واکسن-در صورتی که تیترا بالای ۱۰ باشد اقدام خاصی لازم نیست اما اگر تیترا کمتر از ۱۰ باشد تزریق یک دوره دیگر واکسن و چک مجدد تیترا ۱-۲ ماه بعد اگر تیترا بالا بود اقدام خاصی لازم نیست در صورت پایین بودن تیترا ابتدا آنتیژن هپاتیت چک شود اگر مثبت باشد مراجعه به متخصص عفونی و در صورتی منفی باشد فرد **Non Responder** تلقی میشود و بعد از هر بار مواجهه شغلی باید یک دوز واکسن و یک دوز ایمونوگلوبولین تزریق شود.

## جزوه خلاصه بهداشت محیط ویژه پرسنل

### مدیریت پسماند

- ۱- چهار دسته اصلی پسماند پزشکی را نام ببرید ؟ - پسماند عفونی - پسماند تیز و برنده - پسماند شیمیایی و دارویی - پسماند عادی ( غیر عفونی )
- ۲- کد بندی رنگی پسماند پزشکی را ذکر کنید ؟ عفونی ( سطل زرد و کیسه زرد ) - غیر عفونی ( سطل آبی و کیسه مشکی ) - تیز و برنده ( سفتی باکس سطل زرد با درب قرمز ) - دارویی و شیمیایی ( سطل سفید یا قهوه ای با کیسه سفید یا قهوه ای )
- ۳- نحوه مدیریت پسماند سرم های قندی نمکی و ست های سرم را ذکر کنید ؟ جداسازی ست سرم از سرم ممنوع می باشد و جز پسماند عفونی ( سطل زرد ) محسوب می شود. اگر سرم باقیمانده داشت باید در روشویی تخلیه گردد. ( همزمان شیر آب باز باشد ) . سوزن ست سرم باید جدا شود و در سفتی باکس انداخته شود.
- ۴- در صورت مخلوط شدن پسماند عفونی با غیر عفونی باید چه کرد ؟ پسماند غیر عفونی به عنوان عفونی تلقی شده و محتوی سطل را به همراه کیسه مشکی آن بیرون آورده و درون کیسه زرد قرار می دهیم. ( از خارج کردن پسماند عفونی باید خودداری کرد. )
- ۵- در کدام بخش ها باید از قرار دادن سطل آبی خودداری شود؟ دیالیز - اورژانس - آزمایشگاه - اتاق عمل - ایزوله و پیش ایزوله
- ۶- در بخش های دیالیز - اورژانس - آزمایشگاه - اتاق عمل ، به طور استثنا و محدود، در کدام قسمت ها می توان سطل آبی قرار داد ؟ آبدارخانه و استیشن و قسمت اداری آزمایشگاه
- ۷- قرار دادن سفتی باکس ( به صورت فیکس شده به دیوار یا تخت بیمار ) در کدام قسمت ها ممنوع است ؟ راهروهای بخش ها و راهرو های عمومی - اتاق بیماران - اتاق ایزوله - بخش دیالیز - بستری اورژانس )
- ۸- فیکس کردن سفتی باکس به دیوار در کدام بخش ها مانعی ندارد ؟ در ICU و اتاق پیش ایزوله ، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل ، فوریت و تزریقات
- ۹- در کدام قسمت ها باید از قرار دادن سطل زرد خودداری کرد ؟ در اتاق بستری عادی بیماران ، در راهروهای بخش و راهروهای عمومی
- ۱۰- سرنگ بدون سر سوزن باید درون ..... دفع شود ؟ سفتی باکس. نکته مهم : سرنگ در هر صورت باید در سفتی باکس انداخته شود.
- ۱۱ - لوازم حفاظت فردی یکبار مصرف در کدام دسته پسماند قرار می گیرند ؟ عفونی. نکته مهم : دستکش و ماسک از هر نوعی و با هر نوع آلودگی در سطل زرد انداخته شود.
- ۱۲ - دفع پسماند سرنگ و سر سوزن چگونه است ؟ سرنگ و سر سوزن بدون جدا کردن باید در سفتی باکس انداخته شود . سر سوزن نباید ریکپ شود و بدون ریکپ داخل سفتی باکس انداخته شود. ( در پوش سر سوزن هم داخل سفتی باکس )

۱۳- چه نکاتی را در خصوص پسماند های دارویی و شیمیایی باید رعایت کرد؟ ویال یا شیشه شکسته شده محتوی دارو باید در سفتی باکس انداخته شود. انداختن هرگونه کاور یا جعبه دارو در سطل دارویی شیمیایی ممنوع است و باید در سطل غیرعفونی دفع شود. ترمومتر شکسته و لامپ شکسته باید به صورت جداگانه و طبق دستورالعمل مدیریت پسماند جیوه دفع شود. ظروف خالی شده یا تاریخ گذشته هندراب و محلول های گندزدایی و ضدعفونی، شیشه الکل، بتادین و ... در دسته پسماند دارویی و شیمیایی قرار میگیرند.

۱۴- چند مورد از روش های کاهش حجم پسماند عفونی را نام ببرید؟ رعایت اصول تفکیک پسماند، مایعات، محصولات خونی و سیالات بدن نباید در کیسه های پلاستیکی ریخته شوند (درون فاضلاب سرویس تخلیه شوند)، جلوگیری از استفاده بی رویه دستکش لاتکس و یکبار مصرف، کاهش مصرف ملحفه های یکبار مصرف در بخشهای بستری

۱۵- چه پسماند هایی در بیمارستان قابل بازیافت است؟ بازیافت کلیه پسماند های تولید شده در بیمارستان اعم از (پسماند های بخش های بالینی، واحد پشتیبانی، کلینیک، آزمایشگاه و ...) ممنوع است. (حتی بازیافت و فروش کارتن، کاغذ، پلاستیک، نان خشک و ... ممنوع است)

۱۶- تفکیک و دفع جفت چگونه است؟ به صورت جداگانه در سطل مخصوص و کیسه زرد انداخته و توسط خدمات درون چاه مخصوص دفع جفت انداخته می شود.

## نظافت، شتشو و گندزدایی

### محلول های گندزدایی

۱- نحوه استفاده از محلول های گندزدایی سطوح چگونه است؟ قبل از استفاده از محلول گندزدا، سطوح با استفاده از دترجنت و آب با دقت گردگیری و پاکسازی شود. سپس با استفاده از دستمال جداگانه سطوح گندزدایی شود. محلول گندزدایی سطوح طبق دستورالعمل کارخانه سازنده در ظروف با حجم مشخص رقیق سازی شده اطلاعات محلول روی آن درج شود. (برچسب مواد شیمیایی)

۲- جهت چه مواردی از وایتکس ۱ درصد استفاده می شود؟ گند زدایی کف راهرو بخش و اتاق بیماران، گندزدایی تی ها، سطوح در تماس با بیمار مشکوک به آنفلوانزا

۳- جهت چه مواردی از وایتکس ۲ درصد استفاده می شود؟ گندزدایی سرویس بهداشتی، سطل ها و بین های زباله، سطوح آمبولانس

۴- جهت چه مواردی از وایتکس ۱۰ درصد استفاده می شود؟ گندزدایی لکه خون و ترشحات

۵- گندزدایی خون و ترشحات چگونه است؟ پارچه تنظیف رو لکه خون یا ترشحات با احتیاط کامل قرار داده شود سپس روی پارچه محلول وایتکس ۱۰ درصد ریخته و پس از مدت حداقل ۵ دقیقه پارچه را برداشته و محل مورد نظر پاک شود. محل مورد نظر با وایتکس ۱ درصد تی کشیده شود. ترجیحا محلول مورد نظر روزانه تهیه و حداکثر ۲۴ ساعت نگه داری شود. جهت جلوگیری از پخش شدن خون و ترشحات، محلول را مستقیما روی خون و ترشحات نریزد.

نحوه ضدعفونی و گند زدایی تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ چگونه است؟ ابزار نیمه بحرانی شامل تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ به دلیل عدم امکان استریل کردن در اتوکلاو (این ابزار در برابر حرارت مقاوم نیستند) توسط محلول سطح بالا گندزدایی می شوند. محلول سطح بالا مورد استفاده در این بیمارستان استرانیوس می باشد. قبل از استفاده از محلول گندزدا، ابزار با استفاده از برس مخصوص با دقت با آب و دترجنت پاکسازی، شتشو و آبکشی و در نهایت با پارچه تمیز خشک شود. (در بخش انجام شود)

\* با توجه به سنجه های کنترل عفونت مبنی بر لزوم استفاده از محلول سطح بالا (HIGH LEVEL) جهت گندزدایی ابزار نیمه بحرانی ( تیغه لارنگوسکوپ ، آمبویگ و ...) و رعایت شرایط استفاده از این محلول ، از جمله تهویه مناسب و استفاده از لوازم حفاظت فردی ، اتاق گندزدایی ابزار نیمه بحرانی از تاریخ (۱۶/۴/۹۸) در محل فاز جدید ، جنب تی شویخانه اطفال نوزادان تعبیه شده و دستگاه هود بیولوژیک در آن راه اندازی گردیده است.

- تهویه دستگاه هود را روشن نمایید.

- از اعتبار تاریخ محلول ریخته شده در ظرف اطمینان حاصل نمایید. \* ماندگاری محلول از زمان ریخته شدن داخل ظرف غوطه ورسازی ۲۸ روز می باشد.

\* در صورت وجود آلودگی ظاهری یا جسم خارجی درون محلول ، آن را دور ریخته و مجددا ظرف را پر کنید.

- قبل از غوطه ورسازی ابزار، یک عدد تست سواپینگ را ۲ تا ۳ ثانیه داخل محلول قرار داده، در صورتی که تغییر رنگ کادر روی تست به رنگ ارغوانی ( صورتی پررنگ ) باشد محلول قابل استفاده است در غیر این صورت محلول را اوت نموده و مجددا ظرف را پر نمایید و تاریخ درج شده روی ظرف محلول را تغییر دهید. سپس مجددا تست را انجام دهید.

- تست انجام شده را در دفتر مربوطه ثبت نمایید.

- غوطه ورسازی تیغه های لارنگوسکوپ و آمبویگ را طبق دستورالعمل انجام دهید.

- ابزار را پس از غوطه ورسازی ، آب کشی نموده و با گاز استریل خشک کنید. برای خشک کردن آمبویگ با تفنگ هوا ، آن را به واحد CSR ببرید. یا از روش پوش دادن الکل استفاده کنید.

- تیغه ها را درون زیپ کیپ با سایز مناسب قرار داده و تاریخ ضدعفونی را روی آن درج کنید.

- آمبویگ ها را درون ظرف مخصوص قرار داده و تاریخ ضدعفونی را درج کنید.

### دستورالعمل مدیریت پسماند حاوی جیوه

۱- چه تجهیزاتی در بیمارستان حاوی جیوه است ؟ ترمومترها ، فشارسنج های جیوه ای ، لامپ های رشته ای یا فلئورسنت ، آمالگام مورد استفاده در دندانپزشکی و ...

۲- روش های کاهش پسماند حاوی جیوه در بیمارستان چیست ؟ جایگزینی ترمومترهای جیوه ای با ترمومتر دیجیتالی ، جایگزینی فشارسنج جیوه ای با دیجیتالی ، جایگزینی لامپ های رشته ای و فلئورسنت با لامپ های

۳- کیت جمع آوری پسماند حاوی جیوه شامل چه اقلامی است ؟ در هر بخش کیت جمع آوری جیوه متشکل از دستکش ، ماسک ، چسب پهن ، سرنگ یا قطره چکان ، کیسه پلاستیکی زیپ دار و ظرف پلاستیکی ( یا سفتی باکس کوچک ) می باشد.

۴- هنگام شکستن ترمومتر جیوه ای باید چه اقدامی صورت گیرد؟ ۱- همه افراد را از محل دور نمایید. ۲- درب تمام اتاق ها را ببندید و فقط در و پنجره هایی از اتاق آلوده را که به هوای آزاد راه دارند باز نمایید. ۳- تهویه محل را خاموش نمایید. ۴- در حالی که دستکشی از جنس لاتکس در دست دارید ، قطعات شکسته شیشه را با چند لایه پارچه تمیز برداشته و داخل سفتی باکس یا ظرف پلاستیکی قرار دهید. جیوه جاذب نمی باشد بنابر این برای پاک کردن آن از پارچه یا دستمال کاغذی استفاده نکنید. ۷- از یک قطره چکان یا سرنگ جهت جمع آوری قطرات جیوه استفاده کنید ۸- سپس از دو صفحه مقوایی جهت جمع کردن قطرات کوچکتر جیوه استفاده شود ، به این طریق که با دقت با استفاده از یک صفحه قطرات را روی صفحه دیگر برانید ۹- بعد از جمع کردن قطرات درشت جیوه می توان از چسب نواری پهن برای جمع آوری قطرات غیر قابل مشاهده استفاده نمود. هرگز جیوه را داخل فاضالب نریزید. ۱۰- جیوه جمع آوری شده باید داخل یک ظرف پلاستیکی که درب آن محکم بسته شده ریخته شود. کاغذ ها و قطره چکان و سایر ابزار مورد استفاده جهت پاک کردن جیوه از محل مربوطه نیز باید داخل ظرف در بسته قرار داده شوند و به جایگاه نگه داری موقت پسماند منتقل و تاکید شود پسماند جیوه ای است.

۵- هنگام شکستن لامپ حاوی جیوه رعایت چه نکاتی ضروری است ؟

\* هنگام شکستن لامپ جیوه ای باید محل را تا ۱۵ دقیقه ترک کرد تا بخارات پخش شده در محیط ته نشین شده و وارد سیستم تنفسی نشود.

\* از جارو برقی یا جاروی دستی به هیچ عنوان استفاده نشود.

\* در صورتی که بدن شما مستقیماً با جیوه فلزی تماس پیدا کرد کاملاً خود را بشویید و در صورت تماس مستقیم لباس و ملحفه بیمار با جیوه آن ها را درون یک نایلون قرار داده و به رختشویخانه تحویل و تاکید شود که آلوده به جیوه است.

\* در هنگام جمع آوری جیوه استفاده از لوازم حفاظت فردی مانند دستکش ، ماسک و ... الزامی می باشد.

### دستورالعمل شستشو ، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحد ها در شرایط بحران اپیدمی بیماری های عفونی

محیط های پر خطر : محیط هایی که در آنها ریسک انتقال بیماری بالا بوده و نوع ارائه خدماتی که صورت می گیرد مستقیم و مدت مواجهه با بیماران تقریباً بالای ۶ ساعت در هر شیفت بوده و پرسنل وظایف بالینی گسترده دارند ( شامل بخش های ICU ، CCU ، دیالیز ، اورژانس ، داخلی زنان ، داخلی مردان)

محیط های با خطر متوسط : محیط هایی که در آنها ریسک انتقال بیماری به نسبت بالا و نوع ارائه خدماتی که صورت می گیرد مستقیم بوده و مدت مواجهه با بیماران کمتر از ۶ ساعت (بین ۳-۶ ساعت) در هر شیفت بوده و پرسنل به نسبت سایر بخشها وظایف بالینی کمتری دارند. مانند زایشگاه ، جراحی زنان ، اطفال ، اتاق عمل ، ارتوپدی ، رادیولوژی ، کلینیک ، آزمایشگاه ، سردخانه و غسلخانه ، امحا پسماند ، نمازخانه ها ، سالن کنفرانس و کتابخانه ، راهرو ، راه پله و آسانسورها ، آمبولانس ها

محیط های کم خطر : محیط هایی که در آنها ریسک انتقال بیماری به نسبت پایین و نوع ارائه خدماتی که صورت می گیرد مستقیم/ غیرمستقیم بوده و مدت مواجهه با بیماران کمتر از ۳ ساعت در هر شیفت بوده و پرسنل به نسبت سایر بخشها وظایف بالینی خیلی کمتری دارند. مانند : اداری- مالی ، نگهبانی ، آشپزخانه ، رختشویخانه

روش کار :

- لباس کار پرسنل خدماتی می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد.
  - نظافت اتاق بیمار شامل حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، نظافت پنجره ها، در و دیوار، سقف و پرده ها است، پرسنل خدمات بخش جهت نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش به شرح زیر اقدام نمایند:
  - کف کلیه اتاق های بستری و راهروها می بایست روزانه سه نوبت نظافت، جمع آوری زباله های درشت، جاروی خشک بدون ایجاد گرد و غبار، تی مرطوب گردد.
  - لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه ها، تشک، پتو و بالش و روتختی ها بایستی بطور مرتب و حداقل روزی یکبار تعویض گردد به نحوی که همواره سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشند.
  - ظروف صابون مایع می بایست پس از خالی شدن کاملاً شسته و پس از خشک شدن، مجدداً پر گردند.
  - میز غذا می بایست پس از استفاده بلافاصله نظافت گردد.
  - تخت بیمار می بایست پس از ترخیص بیمار به صورت کامل نظافت و گندزدایی شود.
  - برای نظافت قسمت های مختلف مانند استیشن یخچال، میز، لاکر، تلفن، تخت و ... می بایست از دستمال های جداگانه استفاده شود.
  - در صورت مشاهده آلودگی قابل رؤیت، تشک و پتوی بیمار می بایست بلافاصله تعویض گردند.
  - داخل کمد ها می بایست نظافت شده و فاقد هر گونه گرد و خاک و لکه باشد.
  - پهن کردن روزنامه در داخل کمد ها ممنوع است.
  - نگهداری مواد غذایی به صورت روباز در داخل بخش و همچنین یخچال ها ممنوع است.
  - کلیه درزها و شکاف هایی که منجر به تجمع حشرات می گردد می بایست بلافاصله پیگیری گردد.
  - نظافت کلیه زوایای غیر قابل دسترس الزامی است.
  - نگهداری کارتن در بخش ممنوع است.
  - نظافت کلیه تراس ها، پنجره ها و شیشه ها الزامی است.
  - نظافت می بایست از بالا به پایین و از تمیزترین به کثیف ترین قسمت صورت گیرد.
  - عمل تی کشیدن می بایست به صورت زیگزاگی صورت گیرد.
  - تی ها پس از اتمام کار میبایست با دقت با دترجنت شستشو شده و سپس با محلول ۱ درصد وایتکس گندزدایی گردد.
  - تی ها پس از گندزدایی می بایست به منظور خشک شدن از دیوار تی شویخانه آویزان گردد.
- توالت ها می بایست ۳ بار در شبانه روز و در صورت مشاهده آلودگی قابل رؤیت بلافاصله توسط اب و دترجنت و یا آب و محلول جرم گیر نظافت و شستشو گردد.
- توالت و حمام می بایست توسط برس های نایلونی نظافت گردند.
- گند زدایی و ضدعفونی سطوح مشترک ( مانند دستگیره ها ، نرده ها و ... ) هر ۲ ساعت یکبار الزامی است.
- محلول گندزدایی باید به صورت اسپری بر روی سطوح پاشیده شود. ( حداقل به مدت ۱۰ دقیقه از دستمال کشی سطوح مورد نظر اجتناب شود).
- محلول های گندزدایی باید به صورت طبیعی و با جریان هوا از روی سطوح خشک شود.

پرسنل خدمات در صورت ریختن و یا پاشیده شدن خون بر روی سطوح می بایست به شرح زیر اقدام نمایند:

پوشیدن وسایل حفاظت فردی

پارچه تنظیف روی لکه خون یا ترشحات با احتیاط کامل قرار داده شود سپس روی پارچه محلول وایتکس ۱۰ درصد ریخته و پس از مدت حداقل ۵ دقیقه پارچه را برداشته و محل مورد نظر پاک شود  
محل مورد نظر با آب و وایتکس ۱ درصد تی کشیده شود.

### مدیریت پسماند های عفونی در شرایط بحران اپیدمی بیماری های عفونی

همه زباله ها به عنوان زباله های پزشکی دفع شوند.

زباله های تولیدی موارد مشکوک یا تأیید شده کرونا ویروس باید به عنوان پسماندهای عفونی گروه "ب" ماده (۹) پسماندهای ناشی از مراقبتهای پزشکی دفع شوند.

نگهداری، حمل و نقل و دفع این زباله ها باید مطابق ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته باشد . این پسماندها شامل موارد زیر است:

- کشتها و مواد نگهداری شده حاوی ویروس کرونا ناشی از کار آزمایشگاه

- بافتها، مواد و تجهیزاتی که در تماس با خون یا دیگر ترشحات بیماران بوده اند.

- پسماندهای بیماران بستری شده در بخش جداسازی مانند مواد دفعی، لباسهای آلوده، ...

- تجهیزات لوله گذاری، ساکشن، ونتیلاتور، گان، پیشبند، دستکش، ماسک و...

کلیه سطلهای پسماند های عفونی باید سمبل بیوهazard را داشته باشند.

سطلهای پدالدار زرد رنگ باید در کلیه بخشها موجود بوده و در صورت نیاز توسط کارپرداز خریداری شوند.

در شرایط بحران اپیدمی بیماری های عفونی (وضعیت قرمز ) کلیه سطل های زباله آبی به کیسه زرد رنگ مجهز شوند و از قرار دادن کیسه مشکی رنگ خودداری شود.

کلیه پرسنل بیمارستان ملزم به تفکیک زباله در مبداء تولید میباشند.

اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماند های عفونی ممنوع میباشد

در صورت مخلوط شدن هر گونه زباله با زباله های عفونی خارج کردن آن ممنوع می باشد

زباله های تیز و برنده تولیدی را داخل سیفتی باکس بریزند و از انداختن زباله های غیربرنده در سیفتی باکس خودداری کنند.

به بیماران و همراهان آموزش لازم در مورد استفاده از سیفتی باکس را ارائه دهند.

سیفتی باکس ها را روزانه بررسی کنند و در صورتیکه ۳/۴ آن پر شده باشد درب آن را ببندند و به همراه زباله های عفونی از بخش خارج کنند.

از درپوش گذاری مجدد سرسوزنها بعد از استفاده خودداری شود.

در صورت نیدل استیک شدن سریعاً " به واحد کنترل عفونت گزارش شود.

سرپرستار و مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک زباله ها در مبداء نظارت نماید.

### مدیریت اجساد در شرایط عادی و بحران اپیدمی بیماری های عفونی

- فرایند گندزدایی جسد قبل از تحویل آن به سردخانه یا غسالخانه باید در محل فوت انجام شود
- افراد مسئول گندزدایی جسد از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده نمایند
- جهت گندزدایی جسد ، محلول ۰,۵٪ در صد کلر (یک واحد وایتکس و ۹ واحد آب) روی ملحفه پاشیده شود (محلول گند زدایی در همان روز باید آماده شود)
- جسد داخل کاور جسد قرار گیرد و برچسب مبنی بر گندزدایی شدن جسد با ذکر مشخصات مورد نیاز متوفی بر روی آن الصاق گردد.
- افراد مسئول انتقال متوفی از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده نمایند.
- ترالی حمل جسد می بایست قبل از ترک سردخانه با الکل ۷۰٪ یا محلول حاوی کلر با غلظت ۰,۵٪ در صد گندزدایی شود.
- دفع تجهیزات فردی استفاده شده به عنوان پسماند عفونی و رعایت دستورالعمل بهداشت دست ها توسط کارکنانی که گندزدایی جسد را انجام داده اند صورت پذیرد.



## نظافت و گندزدایی ولکه زدایی آمبولانس در زمان بحران اپیدمی بیماری های عفونی

در صورت حمل بیماران عفونی و یا مشکوک به بیماریهای واگیردار:

- استفاده از وسایل حفاظت فردی الزامی می باشد .
- شستن دستها پس از اتمام کار و خروجی از آمبولانس الزامی است
- لوازم حفاظت فردی ( ماسک و دستکش بلند ، چکمه و گان ایزوله ) باید در آمبولانس موجود باشد
- در داخل آمبولانس جهت رعایت بهداشت دست تکنسین یا همراه بیمار از ژل یا محلول مخصوص با پایه الکل استفاده شود
- برای تهویه آمبولانس در صورت نیاز اگر بیمار دارای بیماری مسری بوده پنجره های کابین نیمه باز باشد و در صورت بسته بودن تصفیه کننده هوا یا سیستم تهویه فعال شود.
- استفاده از مواد خوراکی و آشامیدنی در آمبولانس ممنوع می باشد .
- نظافت آمبولانس روزانه و بر حسب نیاز در صورت وجود آلودگی یا پس از انتقال هر بیمار مشکوک / مبتلا به کرونا، انجام گردد.
- در هنگام کار با مواد شیمیایی حتما از ماسک و دستکش بلند استفاده شود.
- جهت شستشوی آمبولانس باید ابتدا کلیه وسایل قابل حمل مانند : کپسول اکسیژن ، جعبه کمک های اولیه و ... از آمبولانس خارج شود.
- شستشوی آمبولانس به ترتیب ابتدا قسمتهای تمیز و سپس قسمتهای آلوده می باشد ( استفاده از وسایل حفاظت فردی ضروری است )
- پس از شستشو، کلیه قسمتها با مواد گندزدا ، باید گندزدایی شود
- نظافت و گندزدایی کلیه قسمتهای آمبولانس ( کف ، بدنه ، شیشه ،... ) با آب ژاول ۲ درصد باید انجام شود
- نظافت و گندزدایی وسایل مرتبط با بیمار ( صندلی ، برانکارد ، تشک ،... ) با محلول گندزدای سطوح باید انجام شود در صورت آلوده بودن به خون باید با وایتکس ۱۰ درصد گندزدایی صورت گیرد .
- نظافت و گندزدایی وسایل مرتبط با بیمار ( صندلی ، برانکارد ، تشک ،... ) با محلول گندزدای سطوح باید انجام شود در صورت آلوده بودن به خون باید با وایتکس ۱۰ درصد گندزدایی صورت گیرد .
- گندزدایی وسایل الکتریکی داخل آمبولانس با الکل ۷۰ درصد باید انجام شود
- تجهیزات تنفسی و ساکشن باید با محلول گندزدای سطح بالا گندزدایی شود

- محلول گندزدایی باید به صورت اسپری بر روی سطوح پاشیده شود. ( حداقل به مدت ۱۰ دقیقه از دستمال کشی سطوح مورد نظر اجتناب شود).
- محلول های گندزدایی باید به صورت طبیعی و با جریان هوا از روی سطوح خشک شود.
- پس از پایان نظافت و گندزدایی آمبولانس درب کابین باز باشد تا بخارات ایجاد شده توسط مواد شیمیایی به وسیله جریان هوای طبیعی خارج شود.
- کلیه پسماندهای داخل آمبولانس شامل دستکش یکبار مصرف، ماسک و... پسماند پزشکی (عفونی) تلقی شده و برای نگهداری موقت در پلاستیک زرد رنگ و در سطل زباله درب دار جمع آوری شده و پس از رسیدن به مقصد از آمبولانس خارج و طبق دستورالعمل پسماندهای پزشکی (عفونی) عمل شود.
- اگر ملحفه روی تخت داخل آمبولانس پارچه ای باشد، با کیسه زرد به لاندری انتقال می یابد.
- اگر ملحفه روی تخت داخل آمبولانس یکبار مصرف است، طبق دستورالعمل پسماندهای پزشکی (عفونی) در مورد آن اقدام شود.
- اشیاء نوک تیز و برنده مانند سرسوزن، تیغه بیستوری و شیشه های شکسته در سفتی باکس دفع گردد.

## نمونه سوالات بهداشت حرفه ای

۱- تعریف بهداشت حرفه ای چیست؟ بهداشت حرفه ای عبارت است از علم پیش بینی-تشخیص-ارزیابی و کنترل خطرات بهداشتی در محیط کار و تدوین راه های کنترلی جهت کاهش مخاطرات در راستای تامین ایمنی و سلامت کارکنان

۲- عوامل زیان آورو خطرات شغلی محیط کار را با ذکر مثال نام ببرید؟

جواب: الف) عوامل زیان آور فیزیکی مثل روشنایی-صدا-ارتعاش-دما-رطوبت -موج الکتریکی و مغناطیسی

ب)عوامل زیان آور شیمیایی مثل گازها بخارات -گرد و غبار- انواع مواد شیمیایی نظیر پاک کننده ها و ضد عفونی کننده ها

ج)عوامل زیان آور بیولوژیک مثل همه ی ویروس ها باکتری ها میکروب ها و .....

د) عوامل زیان آور ارگونومی مثل پوزیشن نامناسب حین نشستن یا ایستادن - حمل نامناسب بار

ه) عوامل زیان آور روانی مثل شبکاری -حجم کاری زیاد - خشونت همراه بیماران

۳- MSDS چیست؟برگه اطلاعات ایمنی و بهداشتی مواد شیمیایی

۴- راههای حفاظت و سلامت فرد در محیط کار چیست؟

جواب: استفاده از وسایل حفاظت فردی -اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار جهت رع یا کاهش عوامل زیان آور-آموزش کارکنان در رابطه با خطرات شغلی و بهداشت حرفه ای

۵- نمونه ای از بیماریهای ناشی از عوامل شیمیایی بیولوژیک و ارگونومی را نام ببرید؟

شیمیایی : بیماریهای پوستی -آلرژی یا مسمومیت -انواع سرطانها

بیولوژیک :هیپاتیت- ایدز-سل

ارگونومی : انواع اختلالات اسکلتی عضلانی -کمرد درد - گردن درد

۶- برچسب مواد شیمیایی چیست؟

جواب: برچسب یا لیبل روی ظرف مواد شیمیایی خلاصه ای از اطلاعات ایمنی که از خطرات و احتیاطات ایمنی در آن ذکر شده است

۷- بهترین وضعیت بدن هنگام نشستن روی صندلی چیست ؟

جواب: کمر به حالت مستقیم روی صندلی نهایت تا حدود ۲۰ درجه متمایل به طرف عقب

زاویه زانو حدود ۹۰ درجه - کف پاها روی زمین یا اتراحتگاه و رانها موازی سطح زمین

قرارگیری دستها با زاویه حدود ۹۰ درجه حین تایپ کردن

۸- بهترین فاصله بین مانیتور و چشم فرد باید چقدر باشد؟

جواب: با زاویه مستقیم ۵۰ تا ۷۰ سانتی متر

۹- بیشترین عوامل آسیبهای کمری در حمل دستی بار چیست؟

جواب: روشهای نا ایمن بلند کردن و حمل بیماران یا وسایل - چرخش کمر به طرفین در حین بلند کردن بار یا بیمار - عدم استفاده از نیروی کمکی (فرد یا وسیله مکانیکی حمل بار)

۱۰- راه های کنترلی خطرات نوبت کاری چیست؟

جواب: کنترل سازمانی و طراحی مناسب محیط کار - انتخاب صحیح برنامه شیفت کاری - آموزش کارکنان

۱۱- راههای پیشگیری از نیدل استیک چیست ؟

جواب: احتیاط - آموزش - ریکپ نکردن - داشتن سفتی باکس

۱۲- حادثه شغلی و اقدامات بعد از آن را بگویید؟

جواب: هر نوع حادثه ای که در محل کار رخ دهد را حادثه شغلی میگویند

مراحل: تکمیل فرم حادثه که در هر سیستم در بخشها وجود دارد و مراجعه به واحد بهداشت حرفه ای جهت تکمیل و ارجاع به اورژانس جهت درمان

۱۳- اهداف ارگونومی در بیمارستان چیست؟

جواب: تطابق کار در بیمارستان با کارکنان - کمک به پیشگیری از صدمات -افزایش کارایی و بهره وری

۱۴- رنج قابل قبول تیتراژ آنتی بادی جهت ایمنی در مقابل هیپاتیت چند است؟

جواب : بالاتر از ۱۰

۱۵- تعریف وسایل حفاظت فردی و لیست وسایل حفاظت فردی که استفاده میکنید را نام ببرید؟

جواب؟ وسایلی که جهت حفاظت فرد در محیط کار استفاده میشود مثل دستکش -ماسک - شیلد صورت -عینک و....

۱۶- با توجه به اپیدمی کرونا پرسنل دارای علائم چه اقداماتی باید انجام دهند ؟

جواب؟ طبق دستورالعمل بررسی وضعیت سلامت کارکنان مشکوک و یا مبتلا به کوید پرسنل دارای علائم باید به سرپرست بخش و سوپروایزر کنترل عفونت جهت نوبت دهی انجام آزمایش و همچنین به مسئول بهداشت حرفه ای جهت پیگیری جواب آزمایش و( کسب اطلاع از احوال پرسنل) اقدام کنند.

۱۷- نحوه ی صحیح درآوردن و پوشیدن وسایل حفاظت فردی چگونه است؟(رعایت آن الزامیست)

جواب؟ نحوه ی پوشیدن: بهداشتی کردن دست -گان - ماسک - کلاه - عینک یا شیلد - دستکش

نحوه ی درآوردن : گان و دستکش همزمان -بهداشتی کردن دست -عینک - کلاه ماسک

۱۸- اقدامات لازم جهت بازگشت به کار شاغلین مبتلا به کووید پس طی دوره دو هفته قرنطینه چیست ؟

جواب ؟ طبق دستورالعمل نحوه ی بازگشت به کار شاغلین مبتلا به کووید در صورتی که فرد مبتلا علائم خاصی ندارد به محل کار باز میگردد در غیر این صورت این روند باید با مشورت پزشک متخصص داخلی و یا متخصص عفونی انجام شود.

## نکات مربوط به سنجه های بخش تغذیه

۱- اندازه گیری وزن و قد جهت ثبت در ارزیابی اولیه توسط چه کسی می باشد؟ پرستار

در صورت عدم امکان اندازه گیری وزن و قد راهکار چیست ؟

از فرمهای تخمینی قد و وزن (اولنا و ..... ) استفاده می شود.

۲- قراردادن فرم ارزیابی تخصصی در پرونده بیماران نیازمند مشاوره تغذیه توسط چه کسی انجام می شود؟ پرستار

۳- تمامی فرم های تغذیه در ایستگاه پرستاری داخل زونکنی موجود می باشد؟ بله.

۴- شناسایی ۱۸ بیماری اولویت دار برای ارزیابی تخصصی تغذیه (در مرحله اولیه ارزیابی پرستار ) کدام هست ؟

۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هر دلیل ( npo ) نیاز به تغذیه انترال و پرانترال)-  
دیابت/دیابت کنترل نشده در بخش های جراحی-فشارخون بالا و بیماری قلبی عروقی-سرطان ها-سوختگی-سکته-نارسایی کلیه-همودیالیز-  
سیروز کبدی-پیوند اعضا-زخم بستر-سوء تغذیه و سوء جذب-بیماری های نورولوژی منجر به اختلال بلع-جراحی شکمی-پنومونی-بیماری  
انسدادی مزمن -بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است

۵- شناسایی ۵ بیماری در ارزیابی اولیه پرستار که نیازمند انجام مشاوره تغذیه کدام است؟ (سوء تغذیه-سوختگی-دیالیز-پیوند- مبتلا به  
سرطان )

اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به کارشناس تغذیه به چه صورت ؟(تلفنی و...) و مشاور تغذیه حداکثر تا چند ساعت بایستی  
فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای بیمار را تکمیل نماید؟ ۲۴ ساعت

۶- (سوء تغذیه-سوختگی-کلیوی-سرطان) شناسایی کودکان اولویت دار در ارزیابی اولیه پرستار نیازمند درخواست مشاوره تغذیه می باشند؟

۷- کدام مادر باردار نیازمند مشاوره تغذیه می باشد؟ مادر باردار دیابتی و دیابت کنترل نشده-پره اکلامپسی-اکلامپسی در همه بخش های  
بستری اطلاع رسانی به مشاوره تغذیه

۸- آیا پرستار برغذای بیمار از نظر نوع رژیم غذایی نظارت دارد؟ بلی -رژیم معمولی-دیابتی و...

در چه زمانی اطلاع به کارشناس تغذیه و پیگیری انجام می شود؟ در صورت مصرف ناکافی و عدم مصرف و همچنین در گزارش پرستاری ثبت  
شود.

۹- غذای کدام بیماران در ظروف یکبار مصرف توزیع می گردد؟ ایزوله-دیالیز-اورژانس-icu-

۱۰- گاوآذ دریافتی بیماران بستری در بخش از آشپزخانه چه مشخصاتی داشته باشد؟

محلول گاوآژ درخواستی بخش باید نوع آن (پودر تجاری استاندارد-دیابتی-پرپروتئین-اطفال) توسط بخش مشخص شود و گاوآژ ارسالی از آشپزخانه مشخصات نام بخش-نام بیمار نوع گاوآژ-ساعت تهیه ذکر شود.

۱۱- قبل از توزیع غذا در بخش فهرست غذایی تطابق و مورد تایید قرار می گیرد؟ بله

۱۲- آمار رژیم غذایی بیماران به چه صورت و در چند نوبت انجام می شود؟ سیستم - his - ۲ نوبت صبح و بعد از ظهر نام و نوع رژیم بیمار در سیستم ثبت می گردد.

۱۳- میانوعده برای کدام بیماران و چند نوبت توزیع می گردد؟ دیابتی-مادران باردار-اطفال -۲ نوبت

۱۴- آیا پیش غذا (سوپ) برای بیماران توزیع می گردد؟ بلی - برای کلیه بیماران

آیا دورچین همراه غذای بیمار توزیع می گردد؟ بله - دورچین شامل: ماست سبزیجات (کوجه -خیار)-زیتون نخودفرنگی متناسب با رژیم غذایی بیمار: دیابتی قلبی و.....

۱۵- آیا دومنوی اجرا می گردد؟ بله دومنوی در وعده های صبحانه ناهار و شام اجرا می گردد

۱۶- آیا از بیمار جهت فهرست انتخاب پرسیده می شود؟ بله توسط توزیع کننده

۱۷- ظروف توزیع غذای بیماران؟ ظروف چینی به همراه قاشق و چنگال استیل

۱۸- برچسب مشخصات غذای بیمار؟ ظرف یکبار مصرف باشد -نام بخش-نام بیمار ذکر شود

۱۹- تهیه گاوآژ در بخش ICU توسط چه کسی؟ پرستار آموزش دیده با رعایت اصول بهداشتی

۲۰- آیا غذای دست ساز و تهیه شده همراه بیمار و هر نوع آبمیوه را می توان به بیمار بستری در بخش ICU داد؟ خیر

(ممنوعیت ورود غذای بیرون)-فقط پودر تجاری اینترامیل (استاندارد-پرپروتئین-اطفال-دیابتی) استفاده می گردد.

۲۱- تهیه گاوآژ در بخش ICU از چه آبی استفاده می شود؟ آب جوشیده سرد شده یا تصفیه

۲۲- جهت حمل محلول گاوآژ از چه ظرفی استفاده می شود؟ یکبار مصرف گیاهی یا لیوان shaker

۲۳- در چه صورتی می بایست به مشاور تغذیه اطلاع داد؟ عدم تحمل گاوآژ-در صورت تغییر روش تغذیه توسط پزشک

۲۴- حمل غذای بیماران از چه طریق می باشد؟ توالی گرم خانه دار

۲۵- توزیع نوشیدنی همراه غذا انجام می شود؟ بله آب همراه ناهار و شام

همراه جوجه کباب هم برای بیماران معمولی دوغ توزیع می گردد.

۲۶- نظارت بر توزیع غذای بیمار انجام می شود؟ بلی -توسط کارشناس تغذیه و متصدی غذا (آقای امانی) و پرستار از چند طریق انجام می شود :

۱- تکمیل چک لیست ۲- با حضور در بخش بر بالین بیمار به همراه پرستار -مهر و امضای پرستار در دفتر نظرسنجی غذای بیمار -حضور در زمان توزیع غذا در بخش -نظرسنجی از غذای بیمار

۲۷- نظارت بر غذای بیمار توسط پرستار انجام می گردد؟ به چه صورتی؟ بله نظارت می شود.

پرستار مقدار غذای بیمار -تحمل یا عدم تحمل غذا توسط بیمار- انطباق غذا با رژیم بیمار را در دفتر گزارش پرستاری ثبت می گردد. در صورت مشاهده مشکل به کارشناس تغذیه اطلاع داده می شود.

غذای بیمار مثلاً دیابتی: با رژیم بیمار منطبق می باشد. در مقدار و حجم غذا برنج کمتر ریخته می شود. دور چین سبزیجات و سوپ دارد.

بیمار دیالیز یا ارومیک: به جای گوچه فرنگی چون (پتاسیم بالایی دارد) خیار (پتاسیم پایینی دارد) جایگزین می شود: گوچه کباب

سبزی جعفری هم همراه گوچه کباب و چلوگوشت توزیع می گردد. در وعده صبحانه همراه پنیرخامه ای تک نفره خیار که جزو سبزیجات هست و پتاسیم پایینی دارد توزیع می گردد.

۲۸- آیا رژیم خاصی برای کودکان وجود دارد؟ برای کودکان با رژیم اسهالی : کته ماست به همراه دوغ و ماست

تهیه کته با برنج محلی (میان بار یا فجر) می باشد.

۲۹- بعد تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه و آموزش رژیم غذایی بیمار توسط کارشناس تغذیه همچنین برگه توصیه های غذایی نیز به بیمار ارائه می گردد. (توصیه های غذایی دیابتی- فشارخون -دیالیز و...)



## سنجه های مربوط به آگاهی کارکنان (نسل چهارم اعتبار بخشی)

الف ۱ - ۳ - ۱ - آگاهی کارکنان از قسمت های مرتبط با فعالیت خود در سند استراتژیک، از رسالت بیمارستان، اهداف کلان بیمارستان و

سیاست های اصلی بیمارستان در سال ۹۹

الف ۱ - ۶ - ۹ - آگاهی کارکنان از مبانی و فرهنگ ایمنی بیمار، برنامه عملیاتی ایمنی بیمار

\*آگاهی کارکنان از نقش و مسئولیت خود در بیمارستان در ارائه خدمات ایمن.

\*آگاهی کارکنان از روش های اجرایی استاندارد ایمنی بیمار و متعهد به عمل بر اساس آن

الف ۱ - ۱۲ - ۵ - آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی

الف ۲ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان در زمینه کتابچه توجیهی بیمارستان

الف ۳ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان مرتبط و و اجرای دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد (و رهجو) شاگرد)

الف ۳ - ۳ - ۳ - آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی

الف ۳ - ۴ - ۶ - منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان به نحوه اطلاع رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط

مشخص برنامه های فرهنگی آموزشی و تفریحی بیمارستان است.

الف ۴ - ۲ - ۱ - آگاهی کارکنان گروه پرستاری از سیاست های آموزشی

الف ۴ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان از سیاست های آموزشی بیماران

الف ۴ - ۳ - ۳ - آگاهی کارکنان پرستاری مرتبط از نحوه ثبت صحیح اقدامات پرستاری بر اساس راهنماها و دستورالعمل های ابلاغی

الف ۴ - ۳ - ۵ - آگاهی کارکنان دفتر مدیریت پرستاری از روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

الف ۵ - ۵ - ۴ - آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل های خلاصه برداری و احیای پرونده های پزشکی بستری

الف ۶ - ۱ - ۱ - آگاهی کارکنان مرتبط از محتویات راهنما/ دستورالعمل های مرتبط "نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخشها/

واحدهای مختلف بیمارستان با توجه به شرایط اختصاصی آنها"

الف ۶ - ۲ - ۵ - آگاهی کارکنان مرتبط در زمینه دستورالعمل "نحوه حفظ رنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و

سرو غذا"

الف ۷ - ۱ - ۲ - آگاهی کارکنان از شیوه های انتقال ایمن گازهای طبی

ب ۱ - ۳ - ۵ - آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

ب ۱ - ۳ - ۶ - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی

ب ۱ - ۳ - ۷ - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی

ب ۱ - ۱۱ - ۱ - آگاهی کارکنان پرستاری در تمامی بخشها / واحدها از دستورالعمل ها و روش های اجرایی مرتبط با ارائه خدمات

پرستاری

ب ۱ - ۱۲ - ۴ - آگاهی کارکنان از دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک و اقدام بر اساس آن

سنجه های مربوط به آگاهی کارکنان (نسل چهارم اعتبار بخشی) واحد بهبود کیفیت

ب ۲ - ۱ - ۳ - آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش "مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"

ب ۲ - ۱ - ۴ - آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش "نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه"

ب ۲ - ۵ - ۴ - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های

بستری"

ب ۳ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن

ب ۲ - ۲ - ۴ - آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پارتوگراف و تکمیل پارتوگراف

ب ۴ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش های بیدردی / کاهش درد و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت

ب ۴ - ۴ - ۲ - آگاهی کارکنان از محتوای آموزش مراقبت های مادر و نوزاد پس از زایمان

ب ۵ - ۵ - ۲ - آگاهی کارکنان از روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی"

ب ۵ - ۷ - ۱ - آگاهی کارکنان ذیربط از بیماریهای واگیر مشمول گزارش دهی و انطباق عملکرد آنان

ب ۶ - ۲ - ۶ - دسترسی و آگاهی کارکنان مدیریت دارویی به دستورالعمل الزامات احیا ضایعات دارویی ابلاغی وزارت بهداشت

ب ۷ - ۱ - ۱ - آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار از طریق تدوین دستورالعمل مقابله با سوانح بر اساس شرایط

واقعی کار و آگاهی کارکنان در این زمینه

ب ۷ - ۳ - ۵ - آگاهی کارکنان بخشهای تصویربرداری با دستورالعمل مقادیر بحرانی مربوطه

ب ۸ - ۱ - ۱ - آگاهی کارکنان بالینی در بخشهای بستری و کارکنان آزمایشگاه از راهنمای جمع آوری نمونه ها و سایر الزامات نمونه

برداری

ب ۸ - ۱ - ۲ - آگاهی کارکنان بالینی مسئول نمونه برداری در بخش های بستری از نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش

ب ۸ - ۱ - ۳ - آگاهی کارکنان مسئول در آزمایشگاه در خصوص نحوه بسته بندی و انتقال ایمن و امن نمونه های عفونی ارجاعی به

آزمایشگاههای خارج از بیمارستان

ب ۸ - ۱ - ۴ - آگاهی کارکنان نمونه گیری و پذیرش آزمایشگاه از معیارهای رد و قبول نمونه های آزمایش

ب ۸ - ۱ - ۴ - آگاهی کارکنان نمونه گیری و پذیرش آزمایشگاه از معیارهای رد و قبول نمونه های آزمایش

ب ۸ - ۲ - ۲ - آگاهی کارکنان در بخش های مختلف آزمایشگاه و انجام آزمایش ها مطابق دستورالعمل مربوط

ب ۸ - ۲ - ۳ - آگاهی کارکنان در بخش های مختلف از روشهای اجرای کنترل کیفیت در بخش مربوط

ب ۸ - ۲ - ۴ - آگاهی کارکنان اورژانس، بخشهای بستری و کارکنان آزمایشگاه از مدت پایداری نمونه های مختلف و شرایط نگهداری

نمونه ها قبل از انجام آزمایش

ب ۸ - ۳ - ۱ - آگاهی کارکنان مرتبط از دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایشها

ب ۸ - ۳ - ۲ - آگاهی کارکنان آزمایشگاه و بخش های بیمارستان از روند ارسال و دریافت گزارش نتایج بحرانی

سنجه های مربوط به آگاهی کارکنان (نسل چهارم اعتبار بخشی) واحد بهبود کیفیت

ب ۹ - ۳ - ۱ - آگاهی کارکنان آزمایش های بانک خون و انجام آزمایشها مطابق دستورالعمل مربوط

ب ۱۰ - ۱ - ۳ - آگاهی کارکنان بیمارستان از فرایند شکایت / انتقادات / و پیشنهادات اعلام شده

ب ۱۰ - ۴ - ۱۱ - آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار از طریق تدوین دستورالعمل مقابله با سوانح بر اساس شرایط

واقعی کار و آگاهی کارکنان در این زمینه

ج ۱ - ۱ - ۱ - آگاهی کارکنان درمانی از نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و تیم درمانی

ج ۱ - ۱ - ۲ - آگاهی پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران

ج ۱ - ۱ - ۶ - آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه فعالیت سیستم اطلاع رسانی بیمارستان و استفاده از سیستم فوق در صورت نیاز

ج ۱ - ۱ - ۷ - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش "نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به

خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین"

ج ۱ - ۵ - ۱ - آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

ج ۱ - ۷ - ۲ - آموزش و آگاهی کارکنان بخشهای درمانی بالینی/خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار

ج ۲ - ۲ - ۱ - آگاهی کارکنان بخشهای بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار

ج ۲ - ۳ - ۱ - آگاهی کارکنان بیمارستان از فرایند شکایت / انتقادات/ و پیشنهادات اعلام شده