

بسمه تعالی



این کتابچه با هدف آشنایی اولیه کارکنان با ساختار، خدمات و مقررات بیمارستان تهیه شده است. در این مجموعه، اطلاعاتی در مورد واحدهای مختلف بیمارستان، فرآیندهای درمانی و اداری، حقوق و مسئولیت‌های بیماران، نکات ایمنی و موارد مهم دیگر به زبان ساده و کاربردی ارائه شده تا ضمن ارتقاء آگاهی، همکاری مؤثرتری بین مراجعان و کادر درمانی ایجاد شود

برای دسترسی به صفحات بروی عناوین کلیک کنید

فصل ۱	۲
قوانین و مقررات اداری- مالی	۲
فصل ۲ :	۳
موارد توجهی پرسنل جدید ورود	۳
خصوصیات شهر گرگان	۴
موقعیت جغرافیایی شهر گرگان	۴
معرفی بیمارستان	۴
معرفی بخش های بیمارستان :	۵
رسالت بیمارستان	۵
سیاست های اصلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر	۶
اهداف کلان بیمارستان	۶
اهداف کلان مرکز (Goals)	۶
بخش ها و واحد های پاراکلینیک	۶
اهمیت رعایت حقوق گیرندگان خدمت و طرح انطباق (منشور حقوق بیمار)	۷
منشور حقوق بیمار در ایران	۸
راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی	۱۱
فرایند آموزش به پرسنل جدید ورود	۱۳
آموزش به بیمار و همراه بیمار به صورت چهره به چهره	۱۴
آموزش به پرسنل درمانی ضمن خدمت	۱۵
آموزش به پرسنل غیر درمانی ضمن خدمت	۱۶
شاخص های ایمنی بیمارستان کدامند؟	۱۷
هفت قانون دارودهی	۱۸
مدیریت خطر حوادث و بلایا	۲۱
ساختار تیم واکنش تخلیه اضطراری :	۳۳
چارت بحران مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان :	۳۴
کنترل عفونت بیمارستان	۳۷

در مواجهه شغلی چه باید کرد؟..... ۳۸

قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس..... ۴۲

نمودار سازمانی..... ۵۰

فصل ۱

قوانین و مقررات اداری- مالی

برای دریافت قوانین و مقررات اداری- مالی دکمه
ctrl را روی صفحه کلید نگه داشته ماوس را روی کلمه
اینجا قرار دهید تا مکان نما به شکل دست تغییر یابد.

فصل دوم : موارد توجیهی پرسنل جدید الورد

خصوصیات شهر گرگان

موقعیت جغرافیایی شهر گرگان

شهر گرگان یکی از شهرهای سواحل دریای خزر و مرکز استان گلستان است. شهرستان گرگان منطقه ای کوهستانی و مرتفع است که از شمال به شهرستان گنبد و بندر ترکمن، از سمت شرق به شهرستان گنبد و علی آباد و از جنوب به شهرستان های دامغان و شاهرود، از مغرب به شهرستان کردکوی و بندر ترکمن و دریای خزر محدود است.

معرفی شهرستان گرگان

شهرستان گرگان مرکز استان گلستان شهری زیبا و آراسته در بطن طبیعت با دیدنی های فراوان است. مساحت این شهرستان در حدود ۲۰۳۶۷ کیلومتر مربع و جمعیت آن بالغ بر ۲۰۲۰۰۰۰ نفر (برآورد سال ۱۴۰۳)

با توجه به موقعیت جغرافیایی و ارتفاع زمین، آب و هوای این شهرستان متنوع است. در قله مرتفع آب و هوای معتدل و سرد کوهستانی و در قسمت کوهپایه ها و قسمت های مرکزی آب و هوای معتدل و مرطوب وجود دارد.

معرفی بیمارستان

مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۱۰ هجری شمسی با زیر بنای ۱۴۱۰۹ متر مربع و مساحت ۲۲۹۵۰ متر مربع فعالیت خود را بعنوان بیمارستان جنرال آغاز نموده و به تدریج با همت خیرین محترم استان در سال ۱۳۵۴، بخش هاشمی بیمارستان جهت درمان بیماران داخلی و قلب بدان اضافه شد. در سال ۱۳۶۷ و با توجه به نیاز مردم به خدمات دیالیز که تا پیش از این جهت دریافت آن مجبور به مراجعه به مراکز درمانی استان مازندران بودند، به همت دو تن از خیرین بخش سلامت آقایان حاج یحیی دارویی و حاج محمد بجنوردی بخش دیالیز مرکز احداث و افتتاح گردید. با توسعه فضای این ساختمان و احداث طبقه دوم، علاوه بر بخش دیالیز برخی بخش ها و ساختمانهای اداری و طی سالیان اخیر بخش آموزش بیمارستان در آن جانمایی گردید.

در طی سالهای اخیر پروژه ساختمان طرح و توسعه ۵ آذر که متعاقبا به نام مرحوم دکتر شریف از پزشکان با سابقه و عضو شورای شهر گرگان نامگذاری گردید، با زیر بنای ۵۰۰۰ مترمربع و در ۴ طبقه افتتاح و مجموعا ۹۰ تخت به تختهای بیمارستان اضافه شد.

بهره گیری از تکنیکهای تصویربرداری و تشخیصی پیشرفته نظیر دستگاه شتاب دهنده خطی و کبالت، سونوگرافی، ماموگرافی، اکوکاردیوگرافی، سی تی اسکن، داپلر ترانس کرانیال، برونکوسکوپ، آندوسکوپ، رکتوسیگموئیدوسکوپ، آرتروسکوپ، رادیوگرافی، فلوروسکوپ، سیستوسکوپ، پزشکی هسته ای، الکتروانسفالوگرافی، الکترومیوگرافی، تست ورزش، سنجش تراکم استخوانی و دستگاه آرگون پلاسما کوآگولیشن (APC) جهت درمان سریع خونریزی های دستگاه و باعث شده که این مرکز آموزشی درمانی به یکی از قطبهای بزرگ ارجاع بیماران در سطح استان جهت تشخیص بیماری و درمان تبدیل گردد. علاوه بر توانمندی های فوق وجود ماشینهای پیشرفته دیالیز و تختهای ویژه و مجهز CCU و ICU همراه با سیستم مانیتورینگ پیشرفته، خدمات شیمی درمانی، گفتار درمانی، بینایی سنجی، توانبخشی و فیزیوتراپی، درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد در مرکز ترک اعتیاد، این مرکز درمانی را به کاملترین بیمارستان استان گلستان مبدل نموده است.

پروژه بخش سوختگی این بیمارستان با زیربنای کلی ۵۰۰۰ مترمربع در هفته دولت سال ۹۵ به بهره برداری رسیده است. راه اندازی کامل این بخش باعث شده که از اعزام بیماران سوختگی که عمدتاً بدحال و رسیدگی به حال آنان بسیار ضروری است، به سایر استان ها و تهران جلوگیری شده است.

مرکز تروما و اورژانس ۱۵۲ تختخوابی شهید نبوی ۵ آذر به عنوان بزرگترین پروژه طرح تحول سلامت در گلستان در سال ۹۷ با حضور رئیس جمهور افتتاح شد. این مرکز در ۷ طبقه با زیربنای بیش از ۱۱ هزار مترمربع احداث شد.

. اطلاعات مربوط به بخش های مختلف بیمارستان به شرح جدول ذیل می باشد.

معرفی بخش های بیمارستان :

آمار فعالیت بخش تخصصی-سه ماهه اول-۱۴۰۴

تخت فعال	تخصص	تخت فعال	تخصص
62	روانپزشکی	11	داخلی
7	CCU	18	جراحی عمومی
23	ICU-جراحی	22	جراحی مغز و اعصاب
8	ICU-جنرال	12	جراحی توراکی
3	ICU-داخلی	5	جراحی عروق
6	ICU-سوختگی	10	جراحی کلیه
6	عفونی	1	جراحی فک و صورت
3	ایزوله تنفسی	5	جراحی ترمیمی
40	انکولوژی	2	جراحی گوش و حلق و بینی
9	سوختگی	8	جراحی چشم
		55	ارتوپدی
318			جمع
358			کل تخت فعال

رسالت بیمارستان

مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان به عنوان بزرگترین بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان ، رسالت خود را اعتلای سطح عمومی سلامت جامعه ، ارتقای سطح دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی ، ارائه ی خدمات تشخیصی ، درمانی تخصصی به بیماران ، اجرای پژوهش ، آموزش و تربیت نیروی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز جامعه می داند .

چشم انداز بیمارستان

ما در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان بر آن هستیم که با استفاده از نیروی متعهد و متخصص و با بکارگیری دانش و تکنولوژی جدید، به مجهزترین و معتبرترین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی منطقه ی شمال شرق کشور تبدیل شویم

ارزش های بیمارستان

این مرکز رسالت ارزشمند گسترش بهداشت و سلامت جامعه را در سایه ی ارزشهای متعالی نظیر :

تلاش جهت جلب رضایت خداوند متعال، التزام به حفظ شعائر اسلامی، اعتقاد به آرمان های مقدس نظام جمهوری اسلامی ایران، رعایت منشور حقوق بیماران، کارکنان و پایبندی به حفظ ارزش های اخلاقی کارکنان، محقق می نماید

سیاست های اصلی مرکز آموزشی درمانی ه آذر

- ارائه خدمات با کیفیت و ایمن به بیماران ، همراهان و کارکنان
- ترویج فرهنگ مشارکت گروهی و استفاده از خرد جمعی در جهت بهبود مستمر فرآیندها
- آموزش و توانمند سازی کارکنان جهت ارتقاء سطح علمی و عملکردی و جایگاه علمی پژوهشی بیمارستان
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت موازین بهداشتی، درمانی و انطباق امور فنی با قوانین شرع مقدس و اخلاق حرفه ای در جهت افزایش رضایتمندی بیماران
- استقرار و اجرای دستور العمل کشوری مراقبت -پیشگیری - کنترل و درمان بیماریهای عفونی
- استفاده بهینه از منابع و فضای فیزیکی در راستای مدیریت خطر ، حوادث و بلایا
- استفاده بهینه از منابع مالی، انسانی، فیزیکی و تجهیزاتی در جهت انضباط مالی و افزایش بهره وری با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار

اهداف کلان بیمارستان

اهداف کلان مرکز (Goals)

- هدف کلی اول (G1) :** ارتقاء سطح ایمنی بیماران و کارکنان و مدیریت خطر
- هدف کلی دوم (G2) :** بهبود مستمر کیفی خدمات
- هدف کلی سوم (G3) :** افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان مرکز
- هدف کلی چهارم (G4) :** ارتقاء مدیریت هزینه ها، افزایش درآمد و کاهش کسورات بیمارستان
- هدف کلی پنجم (G5) :** توسعه و ارتقاء کمی و کیفی آموزش و پژوهش در مرکز
- هدف کلی ششم (G6) :** مدیریت - مراقبت - پیشگیری و کنترل و درمان بیماریهای نوپدید و اجرای دستورالعملهای کشوری

بخش ها و واحد های پاراکلینیک

کلینیک تخصصی		پاراکلینیک	
گوش و حلق و بینی	قلب و عروق	تصویربرداری (سی تی اسکن ۱۶ اسلایس - رادیولوژی - سونوگرافی)	آزمایشگاه و پاتولوژی
اعصاب و روان	ارتوپدی	شوک درمانی	شیمی درمانی
انکولوژی	کلیه و مجاری ادراری	شنوایی سنجی	پزشکی هسته ای
بیهوشی	داخلی	گفتاردرمانی و استروبو سکوپ	اکو و تست ورزش و نوار قلب
چشم	جراحی مغز و اعصاب	MRI	بینایی سنجی
توانبخشی	جراحی عمومی		فیزیوتراپی
طب اورژانس	جراحی توراکس		کاردرمانی
جراحی توراکس	پوست		رادیوتراپی
جراحی فک و صورت	جراحی ترمیمی و پلاستیک		شتابدهنده خطی
قلب	عفونی		گچ گیری
درد	جراحی عروق		نوردرمانی

اسپیرومتری		پزشک عمومی	روان درمانی
لیزر چشم		ترک اعتیاد	سوختگی
دیالیز		روان کودک	روانپزشکی بزرگسالان
داروخانه		تغذیه	زانو

واحدهای پشتیبان		
مدیریت پرستاری	مدیریت	امور مالی (حسابداری)
منابع انسانی	مدیریت اطلاعات سلامت	بهبود کیفیت و اعتباربخشی و رسیدگی به شکایات
فناوری اطلاعات	حراست	تجهیزات پزشکی
بهداشت حرفه ای	بهداشت محیط	خدمات پشتیبانی
تغذیه و آشپزخانه	مددکاری	آموزش
امور دارویی	روابط عمومی	امور قراردادهای
اسناد پزشکی	امور حقوقی	حمل و نقل
تاسیسات	امور رفاهی	بحران و مدیریت خطر
رختشویخانه	انبار	تدارکات
حفاظت فیزیکی		

اهمیت رعایت حقوق گیرندگان خدمت و طرح انطباق (منشور حقوق بیمار)

رضایت‌مندی بیماران، یکی از مشخصه های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب میشود. لازمه دستیابی به رضایت‌مندی بیماران، رعایت حقوق بیماران است. امروزه، علیرغم تلاشهای پزشکان و کارکنان بخش بهداشت و درمان و وجود امکانات وسیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است. عوارض ناشی از اقدامات پزشکی، که منجر به دادخواهی بیماران میشود، تأثیر عمیق و جدی بر زندگی فرد و خانواده بیمار داشته و تأثیر طولانی و نامطلوبی بر شغل و زندگی اجتماعی وی باقی می‌گذارد و حتی این امر سبب اضطراب، استرس، افسردگی و انزوای طلبی بیمار میگردد.

بدون شک، بخش عمده ای از رضایت‌مندی بیماران در مراکز درمانی، مربوط به رعایت حقوق آنان توسط کارکنان مراکز درمانی و کمک به آنان برای برآورده ساختن نیازهایشان می‌شود. با در نظر گرفتن منشور حقوق بیماران، میتوان از بیماران مراقبت های مؤثرتری را به عمل آورد. دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی خواستار رعایت و اجرای منشور حقوق بیماران هستند و انتظار دارند ضمن برآورده شدن نیازهای بهداشتی و درمانی آنها به حقوقشان احترام گذاشته شود.

منشور حقوق بیمار موجب بهبود روابط بین بیمار و کارکنان بهداشتی و درمانی میگردد. آگاهی بیماران از حقوق خود باعث افزایش کیفیت مراقبت ها شده و هزینه ها را کاهش میدهد. مسأله قابل توجه دیگر این است که آگاه نمودن بیماران و سهمیم کردن آنها در تصمیم گیری و محترم شمردن حقوقشان، به بهبودی آنها سرعت می بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش داده و از صدمات روحی و جسمی جبران ناپذیر جلوگیری مینماید. عدم رعایت حقوق بیماران میتواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین کارکنان مراقبتهای بهداشتی- درمانی و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات و مراقبتهای مؤثر از بیماران شود. رعایت منشور حقوق بیمار موجب بهبود سریع در روابط بیمار و کارکنان بهداشتی و درمانی میگردد. ارتباط موفق منجر به اجرای کامل دستورات پزشکی توسط بیمار، افزایش کیفیت مراقبتها شده و از میزان شکایت بیماران از پزشکان به طور قابل ملاحظه ای می کاهد. یکی از صاحب نظران (هاتون) در این زمینه مینویسد برای تثبیت حقوق بیماران و تقویت مشارکت آنان در تصمیم گیریهای بهداشتی مربوط به خودشان، به تلاش و پیگیری بیشتری نیاز است. به عقیده وی حقوق بیمار به تنهایی با تکیه بر مبانی اخلاقی قابل دستیابی نبوده و با تدوین قوانین و دستورالعملها، باید مکانیسمهایی برای کنترل و پایش مداوم این حقوق را فراهم کرد.

رایدر و مکلا در بررسی که با یک دیدگاه جهانی به منظور مقایسه وضعیت حقوق بیماران در چند کشور از جمله فنلاند، لیتوانی، مالزی، آفریقای جنوبی و انگلستان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که حقوق بیماران در کشورهای مختلف تحت تأثیر زمینه های اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و فرهنگی آنها متفاوت است.

توسعه و اجرای قوانین مربوط به حمایت از این حقوق نیز توابعی از همین شرایط هستند. بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی (جسمی) و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار داشته و این عامل توجه خاص مجامع بین المللی حقوق بشر به مفهوم حقوق بیمار می باشد. امروزه حفاظت از حقوق مشتری (که در سیستم خدمات بهداشتی بیمار / مددجوست) جزیی از عدالت اجتماعی و احترام به حقوق بشر است در واقع قایل شدن حقوق برای بیماران بیانگر پایه ای برای عدالت و مشارکت در خدمات بهداشتی است. باتوجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهمترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهمترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول می داند. نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت است.

مراکز ارائه ی خدمات سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسئولیت های گیرنده خدمت، خانواده ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشد. به عنوان یکی از مهم ترین ارکان ارایه خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها و کلیه مراکز ارایه خدمات سلامت باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند. در سایه تعامل مناسب ارایه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود. منشور حقوق بیمار شامل موارد زیر است:

منشور حقوق بیمار در ایران

- **اصل اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.**
- **اصل دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.**
- **اصل سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.**
- **اصل چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.**
- **اصل پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.**

منشور حقوق بیمار شامل موارد زیر است:

1- دریافت اطلاعات

۱-۱ منشور حقوق گیرنده خدمت در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار دارد.

۱-۲ بیمارستان به گیرنده خدمت در خصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول

ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار، دانشجو (با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر، اطلاع رسانی می نماید.

۱-۳ بیمارستان با رعایت مقررات پوشش مصوب وزارت بهداشت، شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل مینماید.

۴-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص روشهای تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز تمام اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری گیرنده خدمت به نحو مطلوب و به میزان کافی، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت به شیوه ای ساده و قابل درک، اطلاع رسانی مینماید.

۵-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان، اطلاع رسانی مینماید

۶-۱ بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده خدمت و مراجعان درباره خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیردرمانی، ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی، بیمه های طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن، همچنین سیستمهای حمایتی اطلاع رسانی مینماید.

۷-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط اطلاع رسانی مینماید.

۸-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می دهد که تصمیم گیری مبنی بر شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.

۹-۱ بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرحهای تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سروکار دارد، رعایت میشوند.

۱۰-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص خط مشی حفاظت از اموال گیرنده خدمت اطلاع رسانی مینماید.

۲- مطلوبیت خدمات سلامت

۱-۲ بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارائه مینماید.

۲-۲ بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تأمین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه مینماید.

۳-۲ بیمارستان، در صورتیکه ارائه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد، پس از ارائه خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز را فراهم مینماید.

۳- گروههای آسیب پذیر

۱-۳ بیمارستان از گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیتهای در معرض خطر، به طور مناسب حمایت مینماید.

۴- گیرنده خدمت در حال احتضار

۱-۴ بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبتهای محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه مینماید.

۲-۴ بیمارستان شرایطی فراهم مینماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.

۵- محرمانه بودن اطلاعات

۱-۵ بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۲-۵ بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار میدهد.

۶- حفظ حریم خصوصی

۶-۱ بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه مینماید.

۶-۲ بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم مینماید.

۶-۳ بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکانپذیر باشد. (رعایت طرح انطباق در مراکز سلامت)

۶-۴ در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.

۶-۵ بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت مینماید.

۷- همراه گیرنده خدمت

۷-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه میدهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فردمعتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورتهای پزشکی باشد).

۸- پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی گیرنده خدمت

۸-۱ بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواستهای گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی اعتقادی را دارد و به آن عمل مینماید.

۹- آموزش

۹-۱ گیرنده خدمت آموزشهای ضروری برای استمرار درمان را دریافت مینماید

۱۰- انتخاب آزادانه و مشارکت

۱۰-۱ بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب مینماید.

۱۰-۲ بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظرخواهی کند.

۱۰-۳ بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت در مورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم گیری است ثبت می نماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی، به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار میدهد.

۱۱- خط مشی ها و روش ها

۱۱-۱ بیمارستان خط مشی ها و روشهای شفاف و روشنی شامل موارد ذیل تدوین نموده و اجرا مینماید:

- نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ همراه/ مراجعین

- حفاظت از اموال گیرنده خدمت

- کنترل مناسب درد

- تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی

- محدوده ضوابط، محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر

- روش اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه فوت یا بیماری

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی

اعلان حرفه های پزشکی و وابسته، در طول تاریخ همواره پرچمداران اخلاق حرفه ای و الهام بخش توسعه ی اخلاقی جوامع بوده اند. هنجارهای اخلاق حرفه ای پزشکی، طی هزاران سال در بستر تاریخ و در اسناد تاریخی فراوان از جمله در سوگندنامه های پزشکی، بالیده و تکامل یافته اند؛ سوگندنامه هایی که طی سده های متمادی، پرآوازه ترین نوشتارهای این حوزه بوده اند. همه ی این سوگندنامه ها، پندنامه ها و دستورالعمل ها به فراخور زمان و پیچیدگی های موجود در حرفه ی پزشکی، کوشیده اند افزون بر برشمردن فضایل اخلاقی مورد انتظار از شاغلان حرف پزشکی و وابسته، استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی مورد نیاز حرفه مندان پزشکی را به نحوی اختصاصی، به اطلاع آن ها برسانند. از سوی دیگر، اعلام عمومی پایبندی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به این استانداردهای حرفه ای، مبنای ایجاد اعتماد بی نظیر مردم به درمانگران خود بوده و مسند پزشکی را از نظر جایگاه اجتماعی، در مرتبه ای ویژه قرار داده است. این اسناد علاوه بر این که شاغلان این حوزه را به رعایت دقیق تر هنجارهای اخلاق عمومی، مکلف می کند، در جایگاه یک راهنمای عمل تخصصی، تکالیف و ویژگی های اخلاقی این گروه را نیز برای آنان برمی شمرد و تلاش می کند به سؤالات ایشان پاسخ دهند؛ به گونه ای که گاه آن چه رعایت آن برای عموم مردم جامعه، امری ستودنی اما غیرتکلیفی است، برای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، هنجاری لازم الاتباع تلقی می شود که تخطی از آن، مستوجب سرزنش اخلاقی و حرفه ای است. امروزه عوامل متعددی موجب شده نیاز به معرفی استانداردهای جدید و روزآمد اخلاقی به فعالان این حوزه، بیش از پیش احساس شود. پیشرفت های علمی و فناورانه در روش های پیش گیری، تشخیص، درمان و توانبخشی بیماران و دیگر دریافت کنندگان خدمات سلامت، موجب پیش آمدن موقعیت ها و پرسش های جدید و فراوانی شده که پیش از این، در تاریخ اخلاق پزشکی سابقه نداشته است. مطرح شدن مفاهیم جدیدی مانند «مرگ مغزی» و «پیوند اعضا»؛ امکان تشخیص بیماری ها و ناهنجاری ها، پیش از تولد؛ گسترش چشم گیر فناوری های ژنتیک و امکان پیش بینی ابتلا به بیماری ها با استفاده از اطلاعات ژنتیک و ایجاد امکان اصلاح ژنوم انسانی در مراحل آغازین و بسیاری تحولات علمی و فناوری دیگر، به ایجاد پرسش هایی بنیادین در حوزه ی مراقبت های پایان حیات، سقط جنین و دست کاری ژنوم انسانی انجامیده است. تثبیت "حق سلامت" برای همه ی شهروندان و تکلیف اخلاقی دولت ها برای تأمین نیازهای مربوط به سلامت، موجب ایجاد نظام های بزرگ و پیچیده ی سلامت شده است که گسترش فناوری های پزشکی، هر روز بر این پیچیدگی، می افزاید. ایجاد این نظام های بزرگ و پیچیده ی سلامت، با اجزای متنوع آنها شامل صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی، سیاست مداران و سیاستگذاران سلامت و مدیران رده های مختلف، موقعیت شاغلان حرف پزشکی و وابسته را از ارائه کنندگان مستقیم و فردی خدمات سلامت، به افرادی که در چهارچوب نظام سلامت و در تعامل با دیگر ذینفعان به فعالیت می پردازند، تغییر داده است. این تغییر موقعیت نیز برای این گروه، الزامات جدید اخلاقی را به همراه داشته و نیاز به ارائه ی استانداردهای جدید اخلاقی، برای کمک به شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برای تنظیم روابط خود با ارکان مختلف نظام سلامت را به ضرورتی ویژه بدل کرده است. تخصصی و فوق تخصصی شدن ارائه خدمات سلامت، تغییری دیگر است که برای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برخی الزامات ویژه ی اخلاقی را پدید می آورد. این پدیده ایجاب می کند گروه یادشده، برای تعامل با دیگر متخصصان، همکاران و اعضای تیم های درمانی و بخش های مختلف دولتی و غیردولتی نظام سلامت، هنجارهایی دقیق و اختصاصی در اختیار داشته باشند. تغییر الگوی بیماری ها از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن، افزایش میانگین طول عمر انسا نها و پیرتر شدن جوامع در دهه های اخیر نیز به

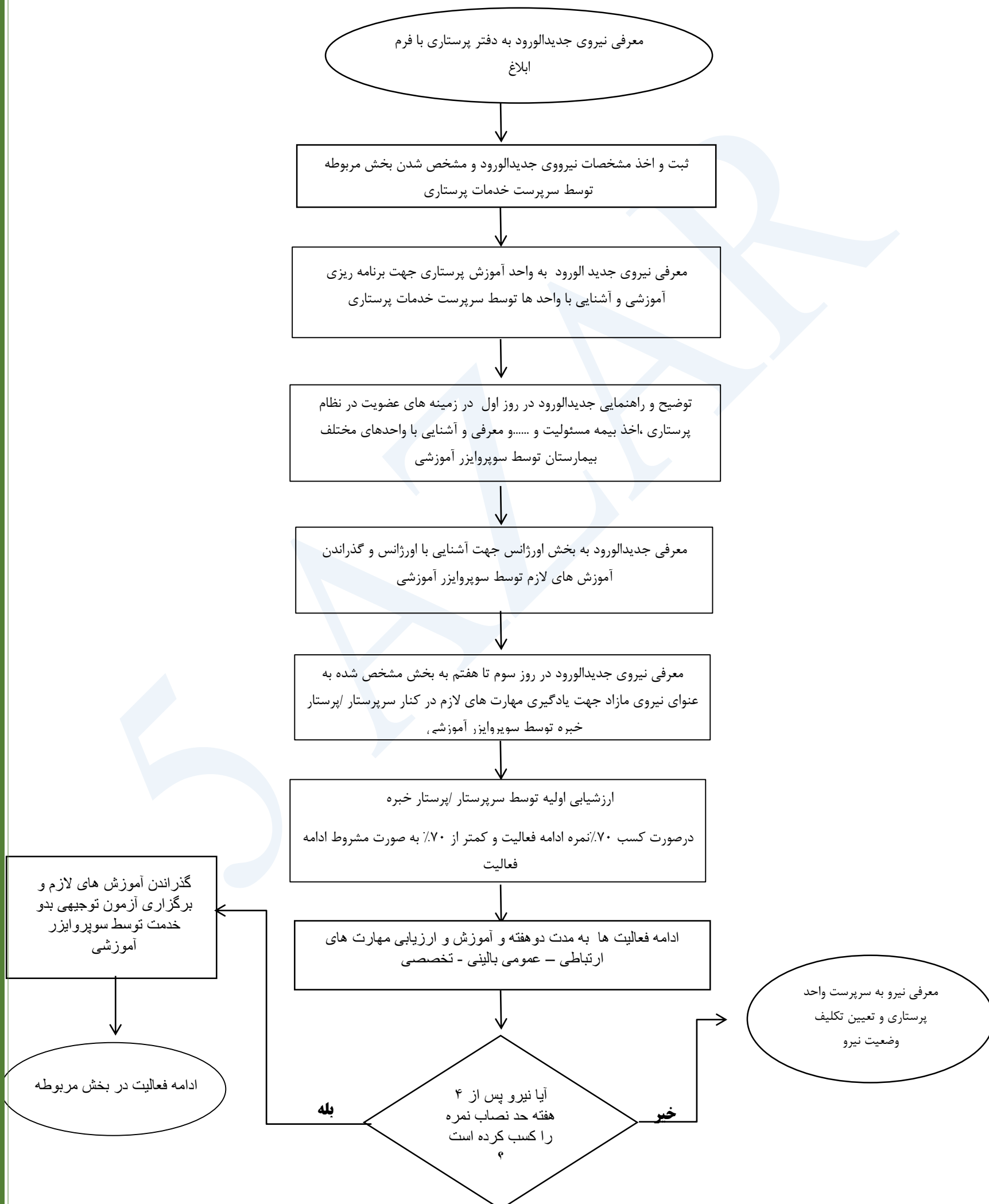
تغییر جدی در نحوه ی ارتباط شاغلان حرف پزشکی و وابسته، با بیماران انجامیده و پیامدهای فراوان اخلاقی را در پی داشته که از تداوم طولانی ارتباط بیماران با شاغلان حرف پزشکی و وابسته، سرچشمه گرفته است. در تغییری دیگر، افزایش نقش و به رسمیت شناخته شدن حقوق آحاد مردم در اداره ی امور جامعه، از طریق گسترش مشارکت سیاسی و مدنی و تغییرات اجتماعی از جمله افزایش سطح سواد و آگاهی های عمومی، موجب افزایش مطالبه گری اجتماعی در سطوح مختلف شده است؛ از جمله: برای استیفای حقوق خود در جایگاه بیمار و مشارکت طلبی روزافزون در گرفتن تصمیمات مربوط به سلامت فردی و اجتماعی. موقعیت شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به مثابه ی نخستین گروه پاسخگو به این مطالبه ی عمومی، لزوم بازنگری جدی در رویکرد پدرسالارانه و ایجاد یک ساختار پزشکی با رویکرد بیمار محور را، که خود، لازمه ی ایجاد یک نظام کارآمد و به روز سلامت پزشکی است، اجتناب ناپذیر می کند. مدیریت این تحول غیرقابل اجتناب، به وسیله ی سازمان های حرفه ای، نیازمند ارائه ی هنجارها و استانداردهای جدید اخلاقی برای یاری رساندن به شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برای

عبور آرام و منطقی از این برهه ی تاریخی در روند تکامل و پیشرفت نظام سلامت است. شورای عالی نظام پزشکی در راه انجام وظیفه ی ذاتی خود که بر پایه تضمین رعایت حقوق متقابل شاغلان حرف پزشکی و وابسته از یک سو، و دریافت کنندگان خدمات سلامت از سوی دیگر استوار شده است، با استفاده از اختیارات تفویض شده، بر اساس قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی (که طی آن این شورا مرجع بازنگری «آیین نامه ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته» قرار داده شده است)، همچنین، با عنایت به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و دیگر قوانین وضع شده در کشور، بر لزوم پایبندی به اخلاق حسنه در همه ی عرصه های زندگی آحاد جامعه و نیز تأکید بر جایگاه بی بدیل اخلاق در اسناد بالادستی حوزه ی سلامت، (به ویژه قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سیاست های کلی کشور در حوزه ی سلامت اولین نسخه ی «راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» را که دربردارنده ی راهنماهایی برای کمک به تصمیم گیری اخلاقی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در نقشها و شرایط مختلف حرفه ای، به ویژه هنگام مواجه شدن با موقعیت های پیچیده ی اخلاقی است، را در تیرماه ۱۵ / ۴ / ۱۳۹۶ به تصویب رساند. با توجه به اینکه در مصوبه ی تیرماه ۱۳۹۶ تاریخ رسمی لازم الاجرا شدن این راهنما از یک سال پس از تاریخ تصویب پیش بینی شده بود، متن مصوب قبلی اصلاح و تکمیل شد و در یک مجموعه، شامل ۱۳ فصل و ۱۴۰ ماده، مجدداً در تاریخ ۱۸ / ۵ / ۹۷ به تصویب شورای عالی نظام پزشکی رسید و بر اساس مصوبه ی مورخ ۲۰ / ۲ / ۹۷ از تاریخ ۱۵ / ۷ / ۱۳۹۷ برای همه ی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، لازم الاجرا است. هر گونه تخطی از تکالیف یادشده در این راهنما، میتواند مصداق رفتار خلاف شئون پزشکی موضوع ماده ی ۶ آیین نامه ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته، به شمار آید. بر این اساس رسیدگی به موارد تخلف از مفاد این سند در چهارچوب مقررات ناظر بر دادسراها و هیأت های انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای مستقر در سازمان نظام پزشکی انجام می گیرد. برای بهبود هر چه بیشتر فرایند رسیدگی و با توجه به حساسیت موارد موضوع این راهنما تشخیص مصداق تخطی از مفاد راهنما بر عهده ی کمیسیون کارشناسی اخلاق پزشکی مستقر در نظام پزشکی مراکز استا نها و کمیسیون مرکزی مستقر در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود. از این رو لازم است هیأت های انتظامی بدوی و تجدید نظر در همه شهرها و مراکز استا نها در صدور رای نظر کمیسیون کارشناسی اخلاق پزشکی مستقر در نظام پزشکی مرکز استان را اخذ کنند و آن را مبنای صدور رای قرار دهند. کمیسیون کارشناسی مرکزی مستقر در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به همین روش مرجع کارشناسی هیأت عالی انتظامی نظام پزشکی است. در عین حال کمیسیون کارشناسی مرکزی علاوه بر مسؤولیت نظارت و ایجاد هماهنگی بین کمیسیون های استانی، وظیفه ی ایجاد وحدت رویه در آرای آنها را تا حد ممکن بر عهده دارد. "راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران"، در بردارنده ی مجموعه ی ارزش ها، هنجارها، اصول و قواعد اخلاقی است که بر اساس اصل کرامت ذاتی انسان و نیز مبانی و ارزش های اسلامی و ایرانی، تدوین شده است و همه ی شاغلان به حرف پزشکی و وابسته در جایگاه اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و نیز مدیران و مسؤولان، باید آن را راهنمای عمل خود قرار دهند و برای تضمین رعایت حداکثری آن در فعالیت پزشکی خود و دیگر شاغلان به حرف پزشکی و وابسته، منتهای تلاش خود را به عمل آورند. راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شامل ۱۳ فصل می باشد. فصل اول کلیات و جایگاه سند، فصل دوم تکالیف عام، فصل سوم ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت، فصل چهارم اولویت منافع بیمار، فصل پنجم رعایت انصاف و بی طرفی، فصل ششم صداقت و درستکاری، فصل هفتم احترام به حق انتخاب دریافت کنندگان خدمات سلامت، فصل هشتم رازداری و حریم خصوصی، فصل نهم مدیریت خطاهای پزشکی، فصل دهم ارتباط با دیگر همکاران، فصل یازدهم مسؤولیت های اجتماعی و سازمانی حرفه مندان، فصل دوازدهم پوشش حرفه ای در محیط های بالینی، فصل سیزدهم آموزش و پژوهش های پزشکی می باشد.

نام فرایند :

کد فرایند : 5AZ.H/MP/ed/14

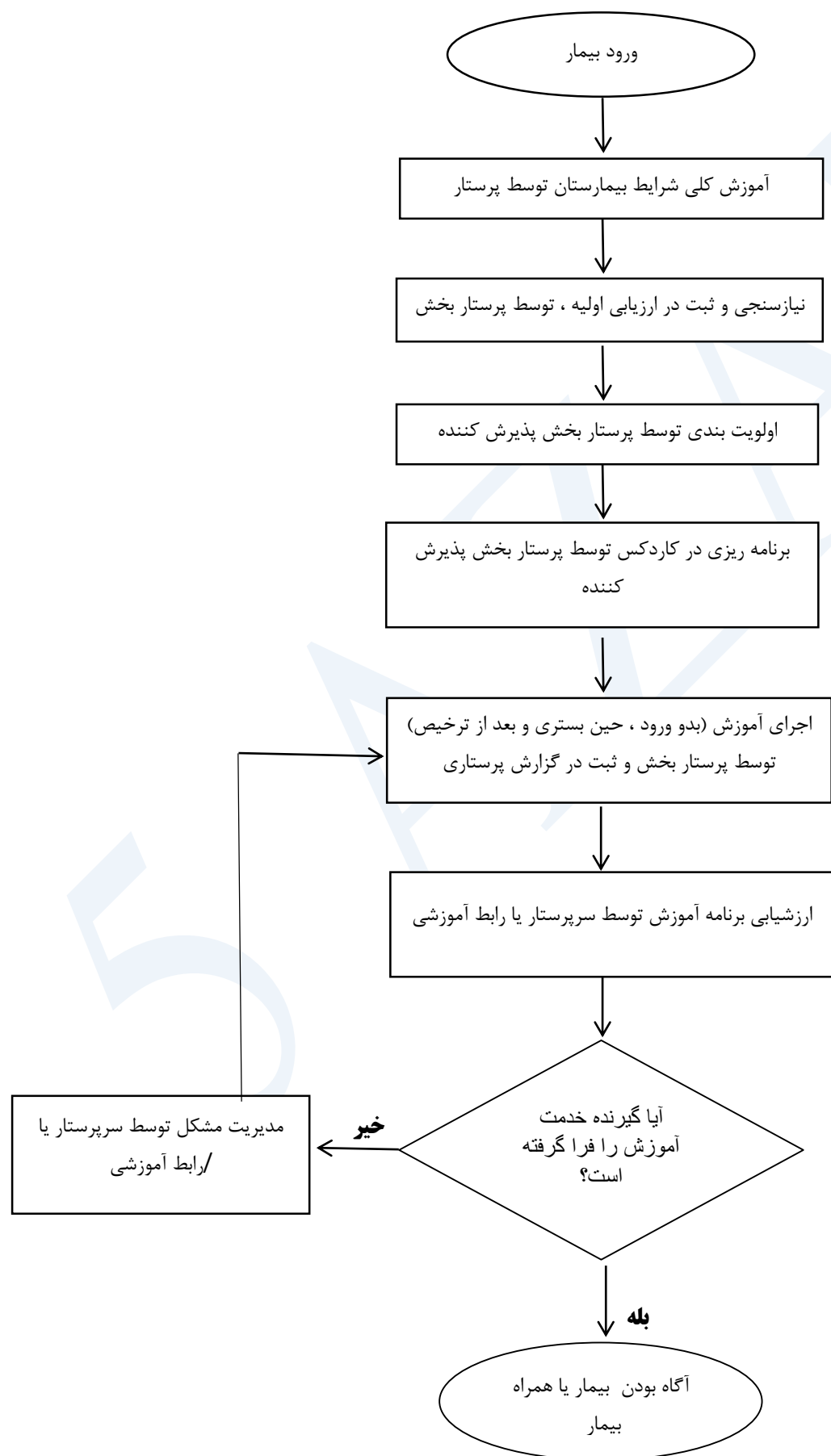
فرایند آموزش به پرسنل جدید الورد



نام فرایند :

کد فرایند : 5AZ.H/MP/ed/11

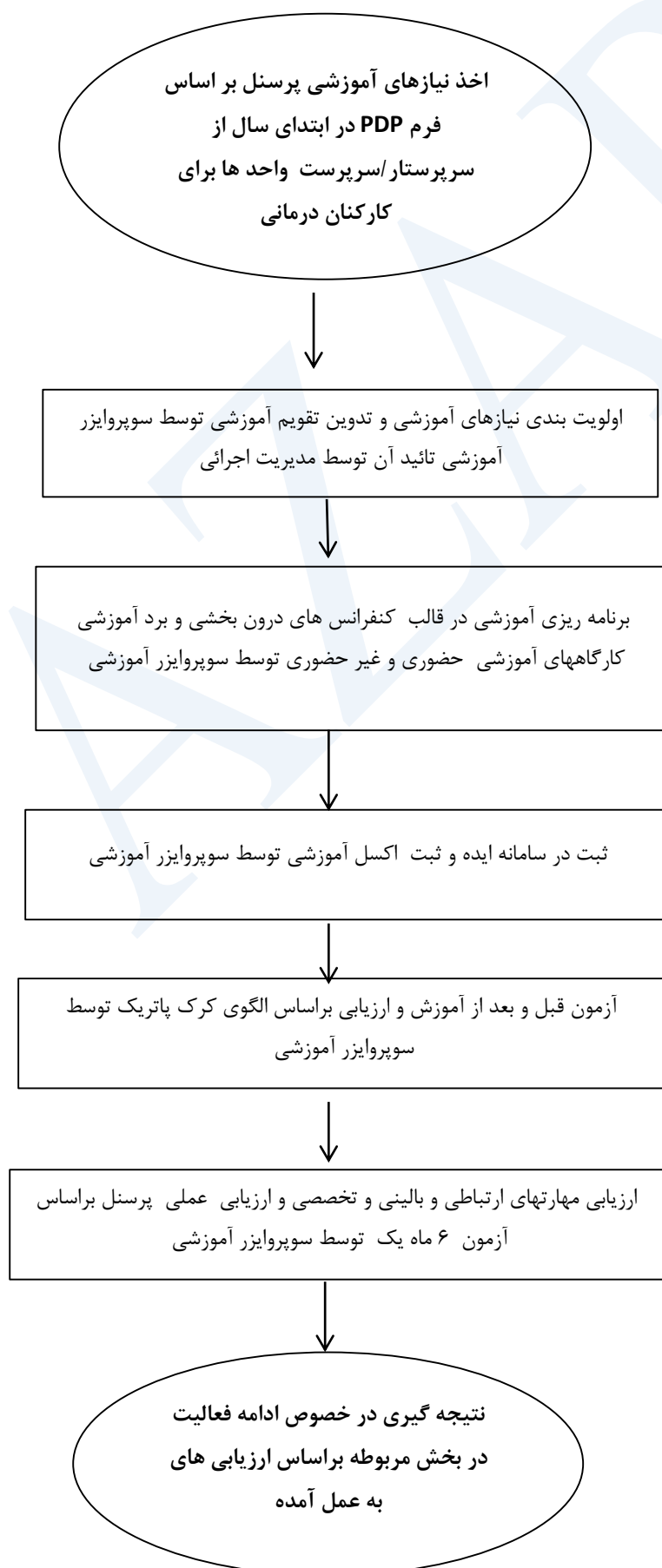
آموزش به بیمار و همراه بیمار به صورت چهره به چهره



نام فرایند :

کد فرایند : 5AZ.H/MP/ed/12

آموزش به پرسنل درمانی ضمن خدمت



نام فرایند :

کد فرایند : 5AZ.H/MP/ed/13

آموزش به پرسنل غیر درمانی ضمن خدمت

اخذ نیازهای آموزشی پرسنل بر اساس
فرم PDP در ابتدای سال سرپرست
واحد ها برای کارکنان غیر درمانی

اولویت بندی نیازهای آموزشی و تدوین تقویم آموزشی توسط رابط آموزش
کارکنان و تأیید آن توسط مدیریت اجرایی

برنامه ریزی آموزشی در قالب کارگاههای آموزشی حضوری و غیر حضوری
توسط رابط آموزش کارکنان

ثبت در سامانه ایده

آزمون قبل و بعد از آموزش و ارزیابی براساس الگوی کرک پاتریک توسط رابط
آموزش کارکنان

ارزیابی مهارتهای ارتباطی و بالینی و تخصصی پرسنل سالی یکبار رابط آموزش
کارکنان

نتیجه گیری در خصوص ادامه فعالیت
در بخش مربوطه براساس ارزیابی های
به عمل آمده

شاخص های ایمنی بیمارستان کدامند؟

- سقوط از تخت (تنها در مواردی که منجر به فوت یا عارضه جدی (منجر به طولانی شدن زمان بستری) شود
- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار (حین بستری ایجاد شود)
- نرخ کنترل عفونت
- عوارض بیهوشی
- عوارض انتقال خون
- عارضه جدی مرتبط با تزریق گروه خون اشتباه در فراورده های خونی به بیمار
- جدا شدن زخم محل عمل جراحی
- خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی
- جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی
- پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی
- نرخ مرگ و میر در عوارض بیمارستانی پس از زایمان
- ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- عفونت زخم های جراحی
- نرخ مرگ و میر در اثر MI و عمل جراحی بای پس
- ترومای زایمان طبیعی با ابزار و بی ابزار
- میزان بروز شوک آنافیلاکسی ناشی از مصرف دارو خطاهای دارویی _ عوارض جانبی که نیاز به مداخله دارند
- عارضه جراحی بر روی عضو اشتباه جاماندن جسم خارجی در بدن
- فرار بیمار بیش از ۴ ساعت طول بکشد
- خودکشی یا اقدام به خودکشی بیمار

برنامه ریزی آموزش بیماران

ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود:

- ۱- معرفی و آشنایی با فضای فیزیکی بخش
- ۲- رعایت نکات ایمنی بیمار (پیشگیری از خطر سقوط از تخت)، محل پله اضطراری های بخش، نحوه استفاده از اهرم های تخت (بدساید، ترمز چرخ)
- ۳- منشور حقوق بیمار
- ۴- فرایند رسیدگی به شکایات
- مطرح کردن انتقادات و شکایات بصورت شفاهی به سرپرستار/مسئول شیفت
- مطرح کردن انتقادات و شکایات بصورت کتبی در صندوق انتقادات و پیشنهادات
- ۵- حضور همراه و ساعات ملاقات
- ۶- رعایت اصول بهداشت (زباله های عفونی / غیر عفونی)
- ۷- معرفی پزشک و پرستار و ...
- ۸- اهمیت دستبند شناسایی

۹- آشنایی با زنگ اخبار و کاربرد آن (نحوه احضار پرستار)

۱۰- ساعت سرو غذا

۱۱- نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش (تلفن و ...)

• توضیحات و آموزشهای لازم توسط پرستار به بیمار در گزارش پرستاری ثبت گردد.

• ملاک ارزیابی: بررسی مستندات (فرم گزارش پرستاری) و مصاحبه با بیمار و همراهان

۱۲- هزینه های قابل پیش بینی درمان

۱۳- توضیح قوانین بخش مربوطه

• ۱۴- رضایت آگاهانه برای اقدامات تهاجمی (توضیحات و آموزشهای لازم توسط پزشک به بیمار به صورت شفاهی و کتبی انجام گیرد).

رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی

رعایت هفت قانون دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار

اطمینان از عدم وجود حساسیت دارویی قبل از تجویز هر گونه دارو

هفت قانون دارودهی

• ۱) داروی صحیح

• ۲) راه صحیح

• ۳) زمان صحیح

• ۴) دوز صحیح

• ۵) بیمار صحیح

• دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارودهی اضافه شده، عبارت است از:

• ۶) مستند سازی صحیح

• ۷) حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

*فارماکوپه دارویی

تعریف: فارماکوپه بیمارستان یک فهرست جامع از داروهای مورد استفاده در بیمارستان است. این فهرست حاوی اطلاعات مهمی در مورد هر دارو، از جمله اشکال دارویی، دوز، کد ژنریک دارویی و ترکیبات دارویی است. تدوین فارماکوپه در کمیته دارودرمان بیمارستان صورت میگیرد.

*داروهای حیاتی و ضروری

لیست داروهای حیاتی و ضروری حداقل بصورت سالیانه در کمیته درمان دارو و تجهیزات بازنگری میشود.

*داروهای حیاتی بخش:

همان داروهای ترالی اورژانسی می باشد. عدم وجود آنها موجب آسیب پایدار و تهدید حیات بیمار می گردد. مدیریت و به روز رسانی مستمر ترالی اورژانسی توسط پرستار مسئول در هر شیفت کاری باید صورت گیرد.

*داروهای ضروری:

داروهای ضروری بیمارستانی، داروهایی هستند که وجودشان در داروخانه بیمارستان، به دلیل اهمیت و کاربرد گسترده آنها در درمان یا کنترل بیماریها، اجباری است. این داروها بر حسب نیازمندی هر بخش بصورت فهرستی از داروهای ضروری هر بخش در بیمارستان گردآوری و در کمیته دارو درمان تصویب میشود.

*دارودهی ایمن داروهای هشدار بالا و پرخطر ۱۲ گانه

داروهای پرخطر ۱۲ گانه

به داروهای گفته میشود که اگر به اشتباه مورد استفاده قرار گیرند باعث مرگ یا آسیب پایدار و غیر قابل جبران بیماران می شوند. بیشتر توام با عوارضی نظیر کاهش فشار خون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر برای بیمار شوند.

فهرست ۱۲ قلم داروی پرخطر

- مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی (برچسب قرمز پرخطر)
- لزوم قرار دادن این داروها در سیدهای قرمز رنگ
- برکه نام دارو قرمز با فونت فارسی ۴۸ که از دور نام دارو خوانا باشد.
- در تجویز داروهای پرخطر و هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.
- نسخه نویسی داروهای پرخطر و هشدار بالا توسط پزشک متخصص انجام شود.
- سرم یا میکروست حاوی داروهای پرخطر و هشدار بالا دارای برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب نصب گردد.
- داروهای پرخطر و هشدار بالا، حتما باید توسط دو پرستار و بطور مستقل چک شود (دبل چک).

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

* لیست داروهای هشدار بالا

در محل نگهداری در بخش و داروخانه و انبار دارویی در سیدهای قرمز رنگ گذارده شود.
نام دارو بروی لیبل قرمز رنگ و به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد باید بروی آن نصب شود. لیست کامل داروهای هشدار بالا با جزئیات در جزوه آموزشی دارویی موجود است. جدول زیر دسته های دارویی هشدار بالا است.

داروهای آرام بخش متوسط الایثر خوراکی	آگونیست های آدرنرژیک، داخل وریدی	آنتاگونیست های آدرنرژیک، داخل وریدی	دکستروز، هایپرتونیک، ۲۰٪ یا بیشتر
داروهای آرام بخش متوسط الایثر، داخل وریدی	داروهای بیهوشی، عمومی، استنشاقی و داخل وریدی	ضد آریتمی، داخل وریدی	کلیه داروهای شیمی درمانی، تزریقی و خوراکی
داروهای اینوتروپیک، داخل وریدی	داروهای آنتی ترومبوتیک	محلولهای دیالیز، صفاقی و همودیالیز	داروهای اپیدورال یا اینتراتکال
انسولین، زیر جلدی و داخل وریدی	مواد مغذی آماده شده تزریقی	آب سترون تزریقی ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی لیتر	اشکال دارویی لیپوزومال و غیر لیپوزومال
داروهای بلاک کننده عصب عضله	داروهای کاهنده قند خون سولفونیل اوره خوراکی	داروهای اینوتروپیک، داخل وریدی	سدیم کلراید ۵۰ و ۲۰ درصد تزریقی
لیستی از داروهای خاص			

* دارودهی ایمن داروهای خود به خود متوقف شونده

تعریف: داروهای خود به خود متوقف شونده به داروهایی گفته می شود که به علت اثرات و عوارض خاص، پس از گذشت مدت زمان معینی، نباید مصرفشان ادامه یابد و جهت ادامه تجویز باید از پزشک معالج دستور مجدد گرفته شود. در سه موقعیتی که نیاز به بررسی این نوع داروها جهت ادامه مصرف یا قطع آن می باشد شامل:

۱. انتقال بیمار از، یا، به بخش های ویژه
۲. انتقال بیمار به یک بخش دیگر
۳. ترخیص بیمار

***چند مثال از لیست داروهای خود به خود متوقف شونده:**

۱. ضد میکروب ها (به جز داروهای موضعی) بعد از ۷ روز
۲. ضد تشنج ها بعد از ۷۲ ساعت
۳. کورتیکو استروئید ها (به جز داروهای موضعی) بعد از ۷ روز
۴. داروهای ضد اضطراب و اختلالات روانی بعد از ۱۴ روز
۵. داروهای خواب آور بعد از ۱۴ روز
۶. مخدر ها (به جز متادون) بعد از ۷ روز

***نگهداری ایمن داروهای مخدر**

پیرو الزامات سازمان های نظارتی :

کلیه داروهای مخدر در بخش ها باید در یک قفسه قفل دار محفوظ و با دسترسی محدود نگهداری شوند.
دسترسی به این قفسه صرفا باید در اختیار کارکنان مسئول و معین شده بخش (نظیر سرپرستار یا پرستاران دارای دسترسی مجاز) باشد.

***دارودهی ایمن داروهای یخچالی (۲-۸ درجه سانتی گراد)**

کلیه فرآیندهای تحویل و مرجوع داروهای یخچالی از / به داروخانه صرفا با استفاده از Cold Box صورت می پذیرد . نکات :

- برچسب گذاری داروهای یخچالی (برچسب آبی مخصوص داروهای یخچالی)
- یخچال دارویی مجهز به چارت دما و رطوبت
- کنترل و ثبت دما و رطوبت در هر شیفت
- اتصال تمامی یخچال های دارویی به برق اضطراری بیمارستان

***دارودهی ایمن داروهای مشابه**

داروهای مشابه از نظر آوایی ((LASA (Look alike Sound alike))

وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه گیج کننده می باشند و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته می باشد. این داروها با برچسب زرد مشخص می شوند و باید در پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

***دارودهی ایمن داروهای ستاره دار**

داروهای ستاره دار به داروهایی گفته میشود که: نیاز به استفاده از مانیتورینگ قلبی هنگام تجویز دارند.

آپی نفرین*	آدنوزین*	وراپامیل*	فنی توئین*	پتاسیم کلراید*
آتروپین*	نیتروگلیسرین*	دیگوکسین*	منیزیم سولفات*	نیتروپروساید*
آمیودارون*	دوپامین*	لابتالول*	کلسیم گلوکونات*	پروپرانولول*
لیدوکائین*	دوبوتامین*	میدازولام*	هالوپریدول*	

***دارودهی ایمن داروهای مولتیپل دوز**

تعریف: داروهایی که در چند مرحله امکان استفاده دارند و می توان پس از باز کردن آن ها را نگهداری کرد.

۱. نام بیمار و تاریخ شروع استفاده از داروهای مولتیپل دوز در اولین مرحله استفاده بر روی دارو ثبت شود و مطابق توصیه کارخانه

سازنده نگهداری شود.

۲. داروهای مولتیپل دوز می بایست با رعایت شرایط آسپتیک در اتاق تریتمنت بخش آماده شود و چنانچه دارو از ویال در بالین بیمار یا

درون اتاق عمل کشیده شود داروی مولتیپل دوز تبدیل به سینگل دوز شده و باقیمانده دارو قابل نگهداری نیست.

مدیریت خطر حوادث و بلایا

انواع حریق :

تعریف حریق : حریق یک واکنش گرمازا است که در آن مواد قابل احتراق در حضور مقدار متناسب اکسیژن هوا و حرارت به وجود می آید .

شعله ها به وسیله احتراق تولید می شوند و این شعله ها چیزی نیستند جز سوختن گازهای حاصل از تبخیر مواد قابل اشتعال که بوسیله حرارات ناشی از انجام واکنش احتراق به وجود می آید ، به عبارتی دیگر آتش از ترکیب سریع اکسیژن با جامدات ، مایعات و گازهای سوختنی در درجه حرارتی خاص که درجه اشتعال نامیده میشود به وجود می آید.

* آتش سوزی هر آن ممکن است اتفاق افتد و ظرف چند دقیقه جان و مال افراد را به خطر اندازد درحالی که ۷۵٪ آتش سوزی ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند.

* آتش سوزی ها در هر کشوری آثار مخرب خود را دارد . در ایران چند آتش سوزی بزرگ رخ داده است که نمیتوان آن ها را در تاریخ فراموش کرد. از آتش سوزی های مهم ایران:

✓ آتش سوزی گمرک جلفا در ۱۶ مرداد ۱۳۵۵

✓ آتش سوزی سینما رکس آبادان در مرداد ۱۳۵۷

✓ آتش سوزی راه آهن نیشابور در ۲۹ بهمن ۱۳۸۲

✓ آتش سوزی مسجد ارگ در ۲۶ بهمن ۱۳۸۳

✓ آتش سوزی مدرسه شین آباد در ۱۵ آذر ۱۳۹۱

✓ آتش سوزی بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان در ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی پتروشیمی بوعلی سینا در بندر امام خمینی خوزستان در ۱۶ تیر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی برج سلمان مشهد در ۲۰ تیر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی هتل هرمز بندر عباس در ۹ مرداد ۱۳۹۴

✓ آتش سوزی پاساژ قائم خرم آباد در ۹ مهر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی ساختمان پلاسکو در ۳۰ دی ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی جنگل های ارسباران در ۳۰ مرداد ۱۳۹۸

* اگر تاکنون دچار آتش سوزی نشده ایم تصور نکنیم هیچگاه دچار حریق نخواهیم شد یا نیازی به پیشگیری نداریم.

* صرف بیمه کردن ساختمان و مؤسسات، تلفات جانی و عوارض روانی ناشی از حریق هیچگاه قابل جبران نمی باشد. همواره فرهنگ سازی در زمینه نحوه پیشگیری و مبارزه با حریق الزامی و اجتناب ناپذیر است.

عوامل بوجود آورنده حریق:

✓ عدم رعایت نکات ایمنی.

✓ عوامل اقتصادی اجتماعی فرهنگی.

✓ عوامل طبیعی و فیزیکی : آتشفشان - زلزله - صاعقه

مثلت آتش: از بهم پیوستن سه ضلع اکسیژن ، حرارت و مواد قابل اشتعال ، حریق صورت میگیرد.



مواد در طبیعت از نظر فیزیکی به سه دسته تقسیم میشوند:

(۱) جامد: مثل چوب

(۲) سیالات: روان ها

(۳) گازها

سیالات خود به دو دسته زیر تقسیم میشوند:

(۱) مایعات: مثل آب، بنزین

(۲) گازها: مثل اکسیژن، CO₂

مواد از لحاظ قابلیت احتراق به 3 دسته زیر تقسیم میشوند:

(۱) مواد قابل انفجار: مانند باروت

(۲) مواد قابل احتراق: مانند چوب، کاغذ

(۳) مواد غیر قابل احتراق: مانند آجر، سنگ

*آتش (FIRE): فرایند تبدیل ماده به کربن، گرما و نور را آتش گویند.

هرگاه سه عنصر حرارت یا جرقه (HEAT) مواد سوختنی (FUEL) و اکسیژن یا هوا (AIR) در یک زمان و یک مکان با هم جمع شوند آتش پدیدمی آید که به مثلث آتش معروف است.

در مورد مایعات بجای مثلث آتش، مربع آتش گفته اند. یعنی جمع شدن یکجا: مواد سوختنی، حرارت یا جرقه، اکسیژن و زنجیره ی مولکولی مواد.

انواع تجهیزات اطفاء حریق:

(۱) تجهیزات خاموش کننده (Fire equipment)

(۲) تجهیزات هشدار دهنده (Fire detector)

(۳) تجهیزات پیش گیری کننده (Fire protection)

قسمتهای مختلف یک خاموش کننده:

✓ گاتریج: کپسولی کوچک فلزی است که در آن گاز ازت یا تحت فشار بسیار زیادی نگهداری می شود.

✓ پین ایمنی: این پین به منظور جلوگیری از فعال شدن کپسول به صورت سهوی در یک سوراخ قرار دارد بنابراین در مواقع استفاده باید آن را از جای خود بیرون آورد.

✓ دسته نگهدارنده: با استفاده از دسته، کپسول را بلند و جابجا می کنیم.

✓ ضامن یا اهرم: با فشار دادن این ضامن پس از بیرون آوردن پین، محتویات کپسول با سرعت از شیلنگ و نازل به بیرون پرتاب میشود.

✓ گیج یا فشارسنج: این وسیله تنها در بعضی کپسولها بکار میرود و نشان دهنده میزان فشار گاز درون گاتریج است. گیج از یک صفحه با دو رنگ سبز و قرمز و یک عقربه تشکیل شده است رنگ سبز نشان دهنده شارژ بودن کپسول و رنگ قرمز نشان دهنده خالی بودن کپسول است اما اگر عقربه روی رنگ قرمز سمت راست سبز باشد کپسول بیش از استاندارد شارژ میباشد.

ایمنی و تقسیمات آن:

ایمنی: عبارت است از میزان درجه دور بودن از خطر، واژه (Hazard) که در تعریف علمی ایمنی آمده است، در واقع شرایطی است که دارای پتانسیل رساندن آسیب به کارکنان، تجهیزات و ساختمانها، از بین بردن مواد یا کاهش کارایی در اجرای یک وظیفه از پیش تعیین شده میباشد. هنگامی که خطر (Hazard) وجود دارد امکان وقوع اثرات منفی یاد شده وجود خواهد داشت.

کلمه (Danger) گویای قرارگرفتن در معرض یک (Hazard) است، به این ترتیب ایمنی متضاد (Danger) بوده است، و در صدد حذف خطرات بالفعل موجود در محیط می باشد. ایمنی به طور صد در صد وجود ندارد و عملاً هم هیچگاه حاصل نخواهد شد بدین خاطر است که گفته می شود ایمنی، حفاظت نسبی در برابر خطرات است.

انواع ایمنی:

- (۱) ایمنی حریق
- (۲) ایمنی زلزله
- (۳) ایمنی کار با تجهیزات برقی
- (۴) ایمنی چیدمان وسائل منزل
- (۵) ایمنی در رانندگی با وسایل نقلیه
- (۶) ایمنی در محل کار
- (۷) ایمنی در مواجهه و یا مجاورت با موادی که به هر نحوی ممکن است برای انسان مضر باشند و...
- (۸) مدیریت خطر
- (۹) پیشگیری و کنترل خطرات
- (۱۰) پیشگیری و کنترل حریق

مشخصات محل وقوع حادثه: نام کارگاه/واحد شغلی: نام کارفرما/مدیر: تعداد کل شاغلین: نفر نشانی کارگاه:					
مشخصات فرد آسیب دیده: نام و نام خانوادگی: کد ملی سرپرست خانوار: کد ملی: آدرس محل سکونت:		سن: (به سال) جنس: ☐ زن ☐ زن		تحصیلات: ☐ بیس ☐ اول - پنجم ابتد ☐ سیکل ☐ دیپلم ☐ فول ☐ دیپلم و بالاتر متوسط میزان درآمد ماهیانه: (به ریال) سن (به سال):	
عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
مشخصات حادثه: تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳ ساعت وقوع: محل دقیق حادثه:					
عضو آسیب دید: ☐ سر ☐ جمجمه ☐ گوش ☐ چشم ☐ دهان ☐ صورت ☐ سایر...	☐ گردن ☐ گلو ☐ مهره های گردن	اندام ☐ لانی ☐ دست ☐ انگشتان دست ☐ مچ دست ☐ بازو ☐ شانه ☐ ساعد ☐ سایر ...	☐ تنه ☐ قفسه سینه ☐ ستون فقرات ☐ پشت ☐ شکم ☐ لگن ☐ سایر...	اندام تن ☐ پا ☐ انگشتان پا ☐ ران ☐ زانو ☐ مچ پا ☐ اندام تناسلی ☐ سایر...	چند نقطه از: ☐ صدمات عمومی ☐ سیستم عصبی ☐ سیستم گوارش ☐ سیستم تنفسی ☐ دستگاه گردش خون ☐ محل نامشخص

یشگیر

ی:

عبارت

است از

مجموعه

اقداماتی

که در ذهن تصور می‌کنیم تا با عملی نمودن آنها مانع از بروز حوادث و یا کاهش خسارات گردیم.

منظور از ایمن و غیر ایمن چیست؟

یک مکان، یک کار معین و یا یک دستگاه زمانی ایمن در نظر گرفته می شود که احتمال خطر مرگ، مجروح شدن و یا ابتلا به بیماری برای کسانی که در آنجا بوده یا با آن دستگاه کار می کنند در حد قابل قبول پایین باشد. به طور کلی، میتوان چنین گفت که میزان خطر قابل قبول با پایین آمدن سطح ایمنی، افزایش یافته و با افزایش سطح ایمنی، کاهش می یابد.

حیطه فعالیت ایمنی، امروزه گسترش یافته و به شاخه ها و به گرایشهای گوناگون دانشگاهی، گسترش یافته است که عبارت است از:

***حادثه ناشی از کار ملزم به تکمیل فرم حوادث شغلی میباشد.**

فرم گزارش حادثه ناشی از کار واحد بهداشت حرفه ای

(این فرم، مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشی از کار می باشد و دراولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل می گردد) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

.....مرکز بهداشتتاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

محل مراجعه: خانه بهداشت کارگری ایستگاه بهیگر مرکز بهداشت کار - م ☐ HSE مرکز بهداشتی درمانی ☐ لری روستایی ☐ خانه بهداشت روستایی ☐ اه ☐ انس بیمارستان دولتی ☐ بیمارسی ☐ /کلینیک ☐

خصوصی ☐ مطب ☐ درمانگاه تامین اجتماعی ☐ درمانگاه ☐ پزشکی قانونی ☐ سایر ☐ نام..... ☐ روستایی ☐ خانه بهداشت روستایی ☐ اه ☐ انس ☐ بیمارستان دولتی ☐ بیمارسی ☐ /کلینیک ☐

فرم گزارش شبه حادثه

گزارش شبه حادثه			
تاریخ وقوع شبه حادثه:		نام بخش / واحد:	تاریخ تکمیل:
نام و نام خانوادگی:		سابقه کار:	تکمیل توسط شبه حادثه دیده
سن:		شغل:	
تحصیلات:		نوع فعالیت:	
محل وقوع شبه حادثه:		زمان وقوع رویداد:	

شرح شبه حادثه:	
تجزیه و تحلیل علل شبه حادثه:	کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل توسط
اقدامات کنترلی جهت پیشگیری از وقوع مجدد:	

امضاء فرد حادثه دیده:

امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای:

ایمنی در محیط کار:

ایمنی شرایطی است که منابع انسانی را از عوامل مضر که می تواند سلامتی آنان را به خطر اندازد، مصون می دارد. در سازمانها ادارات و مراکز صنعتی مسئولیت عمده ایمن سازی محیط کار به عهده مدیران سطح بالای آنها است. البته اهمیت همکاری کلیه کارکنان در محیط امن را نمی توان نادیده گرفت. عبارت دیگر ایمنی کار عبارت است از: فراهم آوردن موجهاتی که از بیماریها و حوادث ناشی از کارهای صنعتی و تجاری و ... جلوگیری می کند. یعنی هر چه تعداد حوادث کمتر باشد می توان گفت که ایمنی بیشتری در آن محیط وجود دارد. حوادث معمولاً نتیجه شرایط و یا عملیات نامطمئن و نا ایمن می باشند. شرایط نا ایمن شامل استفاده از تجهیزات بد طراحی شده و غیر مجهز، محیط پر خطر به عنوان نمونه، لیز بودن زمین بدلیل ریختن آب، ابزار و تجهیزات قدیمی و مستهلک، عملیات نامطمئن و نا ایمن از سوی کارکنان و بدلیل استفاده نامناسب از ابزار و تجهیزات است. باید توجه داشت که تمام عملیات غیر ایمن منتهی به حادثه نمی شود و تمام حوادث به آسیب و صدمه ختم نخواهد شد بسیاری از مسئولین رسیدگی و بررسی حوادث معتقدند که اکثر حوادث در نتیجه خطای انسانها بوجود می آیند. البته حوادثی نیز بدلیل نقص ابزار و تجهیزات یا محیط کاری نا ایمن رخ داده است. اما در بیشتر موارد به مزایای ایمنی ابزار و تجهیزات و محیط مطمئن از سوی کارکنان توجهی نشده، یا توصیه های ایمنی و احتیاط های لازم نادیده گرفته شده اند.

روش های طبقه بندی حوادث:

حوادث را می توان به روشهای گوناگونی طبقه بندی نمود:

- (۱) حوادث ناشی از خطاهای انسانی (خستگی، بی دقتی، شوخی و)...
- (۲) حوادث ناشی از نقص فنی تجهیزات (نقص الکتریکی، نقص مکانیکی و)...
- (۳) حوادث ناشی از شرایط محیطی و طبیعی مانند: عدم روشنایی کافی، تهویه نامناسب، سر و صدا، زلزله، صاعقه و...

روشهای پیشگیری از حوادث:

- (۱) وضع مقررات قانونی
- (۲) تعیین اصول و میزان ها
- (۳) بازرسی ها
- (۴) تحقیقات فنی
- (۵) تحقیقات پزشکی
- (۶) تحقیقات روانشناسی
- (۷) تحقیقات کاری
- (۸) آموزش و راهنمایی
- (۹) تشویق و تنبیه
- (۱۰) استفاده از سوابق برای تجزیه و تحلیل حوادث و در نظر گرفتن اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه

تعریف بحران و اندیکاسیون های اعلام بحران:

ویژگی های بحران:

- ۱) بحران عموماً غیر قابل پیش بینی است؛ یعنی نمی توان پیش بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می افتد.
- ۲) بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند، به محض وقوع بحران نیازمند کمک می شوند.
- ۳) ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند.
- ۴) در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود و اطلاعات مورد نیاز تصمیم گیرندگان ناقص است.
- ۵) زمان موجود برای پاسخ دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم گیری را به تعجب و حیرت وا می دارد.
- ۶) محدودیت و فشرده گی زمان، غافلگیری، استرس و مخدوش شدن اطلاعات

مدیریت بحران:

فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران می گویند. مدیریت بحران، علمی کاربردی است که به وسیله ی مشاهده ی سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها، در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله ی آنها بتوان از بروز بحران ها پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز بحران در خصوص کاهش اثرات آن آمادگی لازم امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود.

امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و نا کافی بودن قوانین و مقررات موجود، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت ها بحران و روحیه ی تعاون و نوع دوستی در جامعه، و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود. باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت.

وظایف و ویژگیهای مدیر بحران:

- ۷) آمادگی کامل برای هر گونه پیشامد
- ۸) پی ریزی دفاتر مطالعاتی ملی، منطقه ای و هماهنگ سازی آنها به نحوی که از دوباره کاری پرهیز شود
- ۹) تهیه بانک اطلاعاتی روز آمد برای استفاده هر چه بهتر آن
- ۱۰) استفاده از سیستم هشدار دهنده خطر گرچه هزینه بالایی را می طلبد
- ۱۱) تفکیک وظایف واحدهای امداد رسانی و انجام رزمایش های عملیاتی سالانه
- ۱۲) ایمن سازی شبکه ها و شریانهای حیاتی که شامل آب، برق، سوخت، ارتباطات جاده ای مخابراتی برج کنترل فرودگاهها و سدها و... به دلیل اینکه شرایط منطقه پس از بحران نابسامان است در کوتاهترین زمان نمی توان به ترمیم این شبکه پرداخت زیرا این کار خود خسارات زیادی را به بار می آورد و از سرعت عمل امداد می کاهد
- ۱۳) تقویت بیمه در مناطق حادثه خیز حتی به صورت اجباری می توان ابعاد بحران را کاهش دهد، چرا که با توجه به ابعاد حادثه، پرداخت خسارت خود عامل بزرگی در رفع بحران است
- ۱۴) آگاهی افکار عمومی یکی دیگر از وظایف مدیر بحران است؛ تا وقتی مردم قدم در این راه نگذارند تلاش دولتها بی فایده است.
- ۱۵) شناسایی انواع بحرانها، ارزیابی ریسک و الویت بندی آنها
- ۱۶) تعیین ارتباطات بحرانی
- ۱۷) تعیین راهبردهای برخورد با رسانه ها
- ۱۸) تشکیل گروه مدیریت بحران و تهیه برنامه مدیریت بحران
- ۱۹) پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران
- ۲۰) تعیین روشهای مداخله در بحران
- ۲۱) تعیین روشهای سالم سازی
- ۲۲) برنامه ریزی، سازماندهی و کوشش در جهت استفاده بهینه از منابع

اصول بحران:

اولین گام از مراحل بحران تعیین شرایط حادثه و وضعیت بیمارستان پس از قرار گرفتن در وضعیت نامتعادل حادثه می باشد .
از این رو هر گونه اطلاع از وقوع خطر بسیار حیاتی و موثر در کاهش آسیب ناشی از حادثه و بحران وقوع آن می شود. سطوح بحران در واقع همان مراحل تغییر وضعیت قرار گیری بیمار در بحران میباشد.

فعال سازی در سطح اورژانس			فعال سازی در سطح جزئی			فعال سازی در سطح کامل		
بحران خفیف			بحران متوسط (سطح یک)			بحران شدید (سطح دو)		
اعلام کد ۳۳۱			اعلام کد ۳۳۲			بحران خیلی شدید (سطح سه)		
اعلام کد ۳۳۳			بحران شدید (سطح دو)			بحران خیلی شدید (سطح سه)		
ورود همزمان ۳ الی ۵ مصدوم به اورژانس			ورود همزمان ۶ الی ۱۰ مصدوم به اورژانس			ورود همزمان بیش از ۲۰ مصدوم به اورژانس		
توسط پزشک و پرسنل اورژانس با قطع خدمات دهی عادی، سرویس دهی می شود. سوپروایزر وقت در اورژانس حاضر خواهد شد. در صورت نیاز با اعلان کد CPR اعضا گروه کد نیز حاضر خواهند شد.	نام بخش	تعداد نیرو		وسایل و تجهیزات که پرسنل باید به همراه خود بیاورند	نام بخش	تعداد نیرو		وسایل و تجهیزات که پرسنل باید به همراه خود بیاورند
		پرسنل	پرسنل			پرسنل	پرسنل	
در هر بخش فقط یک نفر باقی مانده و بقیه پرسنل حاضر در بیمارستان باید جهت امداد رسانی در اورژانس حضور یابند. حضور مسئولین کلیه ی بخش ها یا STAF آن ها الزامی است. فعال شدن کد از طریق سوپروایزر و فعال شدن چارت HICS یا جانشین های آن ها با دستور فرمانده ی حادثه (ریاست بیمارستان و در شیفت عصر و شب و ایام تعطیل با دستور سوپروایزر شیفت) از طریق مرکز تلفن انجام می شود. در صورت نیاز از دیگر بیمارستان ها درخواست امداد رسانی پس از هماهنگی با مرکز EOC دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گلستان صورت پذیرد.	انکولوژی ۱	۱	۱	پنت	انکولوژی ۱	۱	۱	پنت
	جراحی ۱ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۱ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۲ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۲ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۳ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۳ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۴ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۴ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۵ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۵ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۶ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۶ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۷ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۷ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۸ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۸ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۹ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۹ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۱۰ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۱۰ مردان	۱	۱	پنت
	جراحی ۱۱ مردان	۱	۱	پنت	جراحی ۱۱ مردان	۱	۱	پنت
اعلام گزارش کتبی شرح حادثه. تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران متوسط توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران			اعلام گزارش کتبی شرح حادثه. تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران متوسط توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران			اعلام گزارش کتبی شرح حادثه. تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران متوسط توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران		
✓ حضور یک متخصص داخلی یا بیهوشی در زمان بحران ۲ و ۳ در اورژانس تا پایان بحران ضروری است.			✓ اعلام کد در هر یک از مراحل به عهده پزشک طب اورژانس و بر اساس تعداد بیماران و وخامت حال آنها و گستردگی حادثه می باشد و اطلاع به سوپروایزر و مرکز تلفن صورت خواهد گرفت.			✓ اعلام کد در هر یک از مراحل به عهده پزشک طب اورژانس و بر اساس تعداد بیماران و وخامت حال آنها و گستردگی حادثه می باشد و اطلاع به سوپروایزر و مرکز تلفن صورت خواهد گرفت.		

توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران	✓ در کد بحران (۱) ترجیحا مسئولین بیمارستان در جریان قرار خواهد گرفت ولی کد بحران (۲) و (۳) الزاما باید ریاست بیمارستان و جانشین وی و دبیر کمیته ی بحران در جریان قرار بگیرد. در کد بحران (۳) چارت HICS فعال می شود.
--	---

موارد قابل گزارش بیمارستان ۵ آذر از طرف سوپروایزر شیفت به مرکز هدایت عملیات دانشگاه EOC :

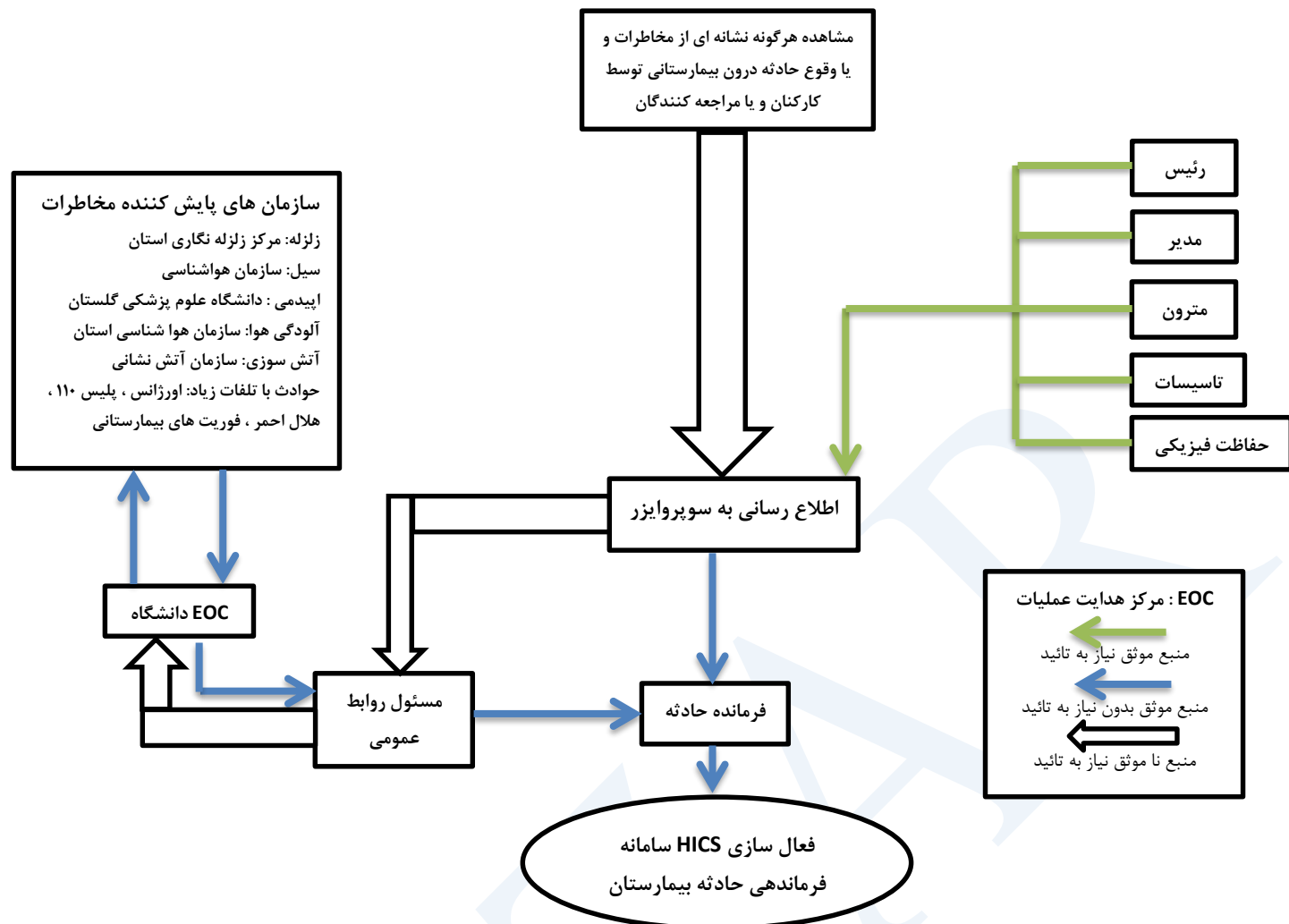
- (۱) حوادث ترافیکی با بیش از ۵ نفر مصدوم و یا ۳ نفر فوتی
 - (۲) مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده علائم بیماری مشابه به بیش از یک نفر
 - (۳) مشاهده ی علائمی از هرگونه همه گیری مانند اپیدمی و آندمی
 - (۴) وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت
 - (۵) سقوط بهمن، سیل ، طغیان رودخانه و طوفان
 - (۶) مسمومیت با گازها به صورت گروهی
 - (۷) بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک
 - (۸) حوادث تروریستی
 - (۹) هرگونه نشست سیاسی ، شورش ، تحصن و تجمع بیش از هزار نفر مانند وقایع ورزشی
 - (۱۰) هرگونه رویداد هوایی مانند سقوط هواپیما و بالگرد
 - (۱۱) کلیه بحران های داخلی بیمارستان
 - (۱۲) هرگونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار یا پشتیبان
- *کد بحران و کد تخلیه فقط با دستور ریاست و جانشین وی فعال می شود و کد آتش نشانی پس از اطلاع به سوپروایزر با شماره گیری ۳۵۹۰ از طرف سوپروایزر فعال می گردد.

وضعیت زرد: (اطلاع رسانی) در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی جهت فعال سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییری نمی کند.

وضعیت نارنجی: (آماده باش) در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کمافی نبودن اطلاعات نیاز نیست. لذا بخش فرماندهی و برنامه ریزی فعال می شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کامل تر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام میپذیرد.

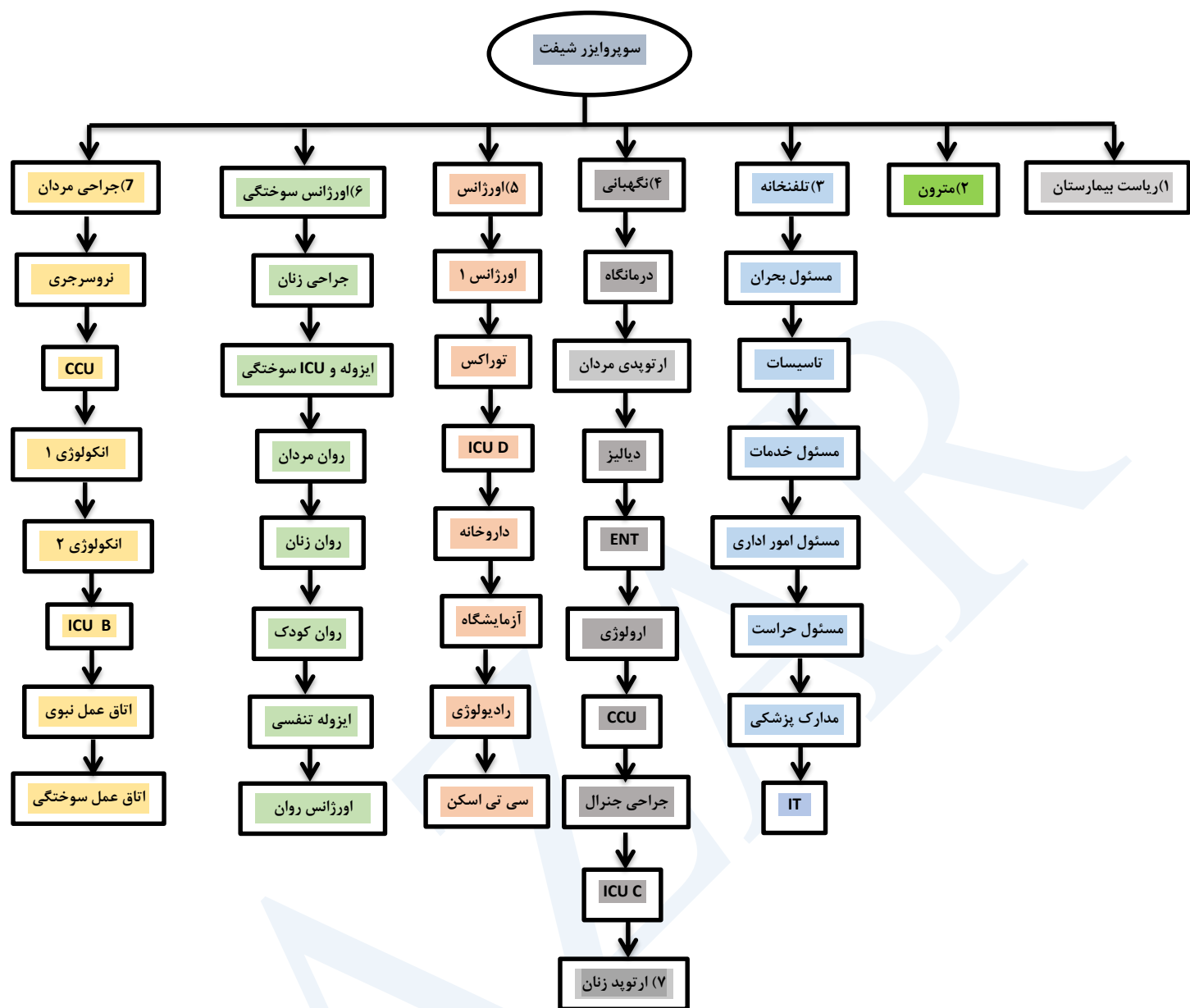
وضعیت قرمز: (فعال سازی) در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تختها و همچنین لغو عمل های الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند. EOC بیمارستان نیز فعال می شود.

سامانه هشدار سریع:



اطلاع رسانی در شرایط بحران بسیار مهم می باشد، در شرایط قطع زیر ساخت های ارتباطی اولین سیستم موثر در بیمارستان انتقال پیام توسط خود اعضاء می باشد، که در فلو چارت ارتباطی بخش ها در شرایط بحران مشخص شده است.

اطلاع رسانی آبشاری:

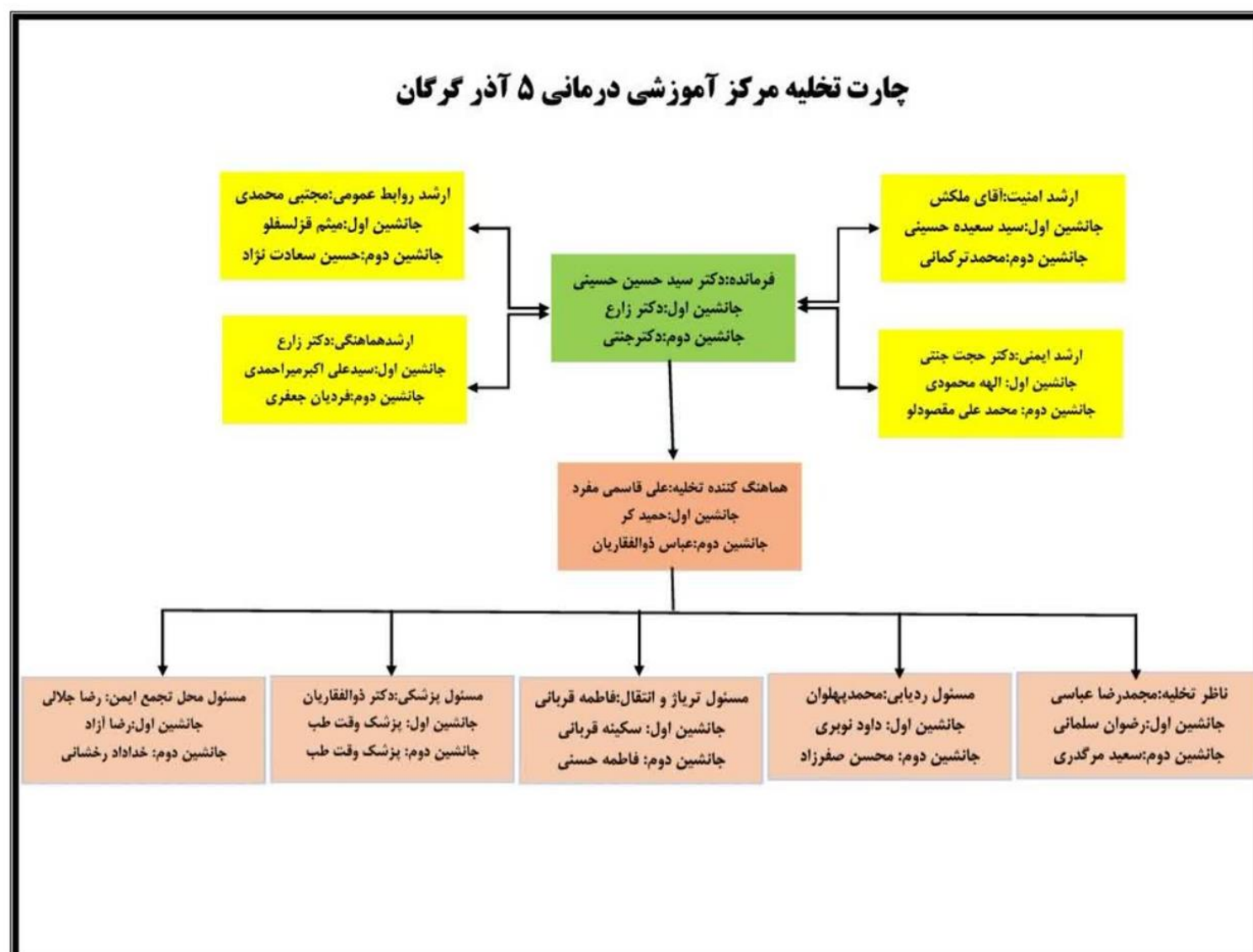


عنوان سازمانی	اعضای تیم ارزیابی ایمنی	عنوان سازمانی	اعضای تیم ارزیابی ایمنی
مسئول تاسیسات	محمد علی مقصودلونزاد	ریاست بیمارستان	دکتر سید حسین حسینی
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهه محمودی	مدیریت بیمارستان	دکتر محمدرضا زارع
مسئول تجهیزات پزشکی	مبینا صفاری	مسئول فنی و مدیر درمان بیمارستان مسئول ایمنی بیمار	دکتر حجت جنتی
مسئول بهداشت محیط	محیا قوانلو	مدیر خدمات پرستاری	سید علی اکبر میراحمدی
مسئول خدمات پشتیبانی	علی قاسمی مفرد	مسئول حراست	محمود ملکش
کارشناس بهداشت حرفه ای	رضوان امیدوار	رئیس اداره بهبود کیفیت بیمارستان	مژگان مزیدی
مسئول تدارکات	احمد آبسین	دبیر کمیته بحران	فردیان جعفری
سوپروایزر اورژانس	سید هادی میر بهبهانی	کارشناس کنترل عفونت	فرزانه دنیکو

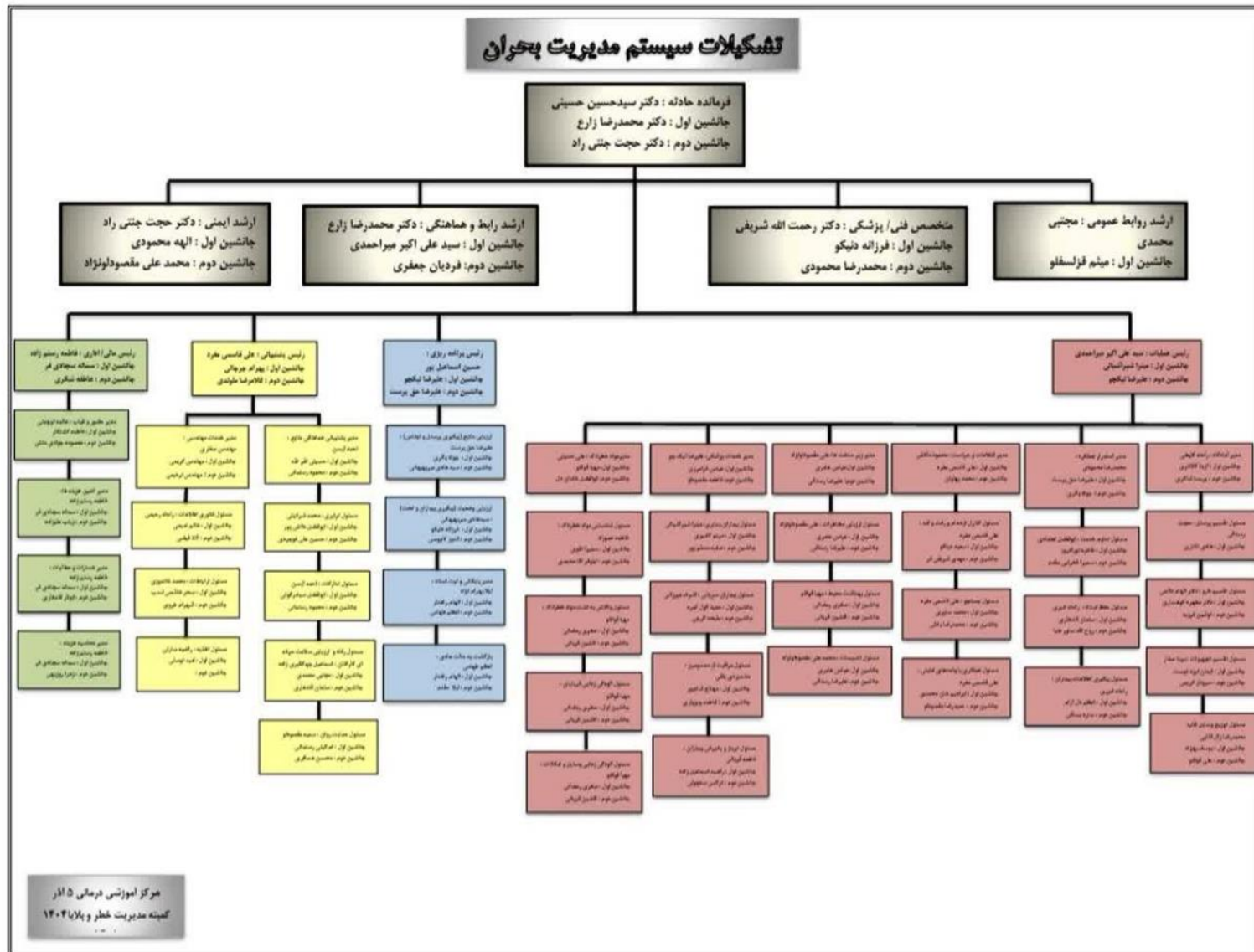
ساختار اعضای تیم آتش نشانی (اطفاء حریق)

اسامی اعضای تیم آتش نشانی	شماره تلفن	سمت / واحد
محمد علی مقصودلونزاد	۰۹۱۱۸۷۳۰۹۳۸	مسئول تیم آتش نشانی
عباس عامری	۰۹۱۱۳۷۳۴۱۹۷	جانشین مسئول

ساختار تیم واکنش تخلیه اضطراری:



چارت بحران مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان:



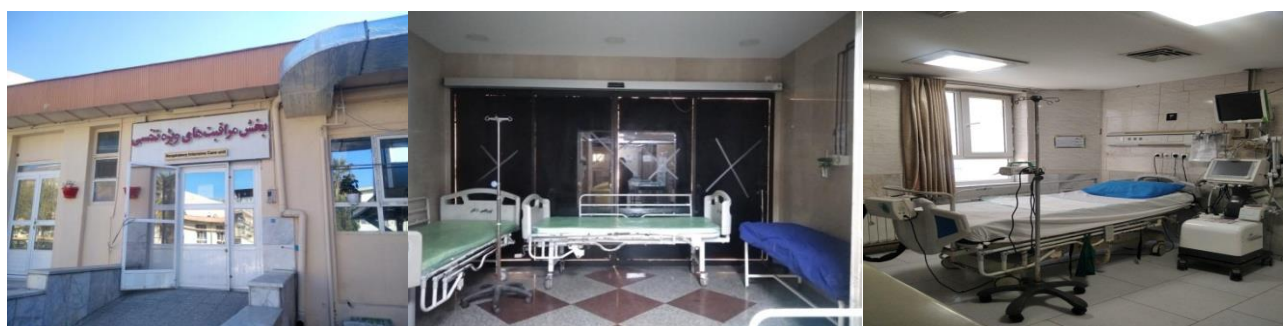
کدهای مرکز آموزشی درمانی 5 آذر گرگان		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان مرکز آموزشی و درمانی 5 آذر گرگان
نوع اقدام	شماره کد	نوع کد
اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3550	99	CPR
اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3550	44	تروما
اعلام کد از طریق سوپروایزر	350	آمبولانس هوایی
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	724	CVA حاد
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	247	MI حاد
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	215	فوریت مامایی
اعلام کد از طریق سوپروایزر	55	شستشوی دست
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	331	بحران متوسط
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	332	بحران شدید
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	333	بحران خیلی شدید
اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر	125	حریق (آتش سوزی)
اعلام کد از طریق سوپروایزر	22	تخلیه بخش درمانی
اعلام کد از طریق سوپروایزر	100	تخلیه کل بیمارستان
اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3590	110	انتظامات (نزاع)
اعلام کد از طریق سوپروایزر	330	خاتمه ی بحران

مدیریت خطر حوادث و بلایا

لیست تجهیزات و داروهای تخصصی CBRNE بیمارستانی (ویرایش اول سال ۱۳۹۹)	
ردیف	لیست تجهیزات حفاظت فردی و تجهیزات تخصصی CBRNE
1	عینک و شیلد
2	ماسک N95
3	روکشی ساقه بلند
4	لباس حفاظت فردی در مقابل عوامل مسری

ردیف	لیست داروهای CBRNE	دوز
۱	آمپول هیدروکسی کوبالامین	1000mg
۲	آمپول آمیل نیتريت (استنشاقی)	0/3 ml
۳	آمپول پرالیدوکسیم	g/10cc 200
۴	قرص یدید پتاسیم	130 mg- 65 mg
۵	اتانول ۲۰٪	300 cc
۶	شارکول (ذغال فعال)	0/4 mg/ml
۷	کپسول آبی پروس	500 mg

مکان های در نظر گرفته شده در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر جهت مخاطرات CBRN :



کنترل عفونت بیمارستان

در زمان عفونت بیمارستانی: عفونتی که به حداقل ۴۸-۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و خود پذیرش علائم آشکار عفونت مربوطه را نداشته و بیماری در دوره نهفتگی نباشد.

*شایعترین عفونت های بیمارستانی عبارتند از به ترتیب:

- عفونت ادراری (UTI)
- عفونت تنفسی یا پنومونی مرتبط با ونتیلاتور (VAP)
- عفونت خونی (BSI)
- عفونت محل عمل جراحی (SSI)

در مورد بیمارانی که بعد از ترخیص دچار عفونت می گردند زمانی این بیماران در تعریف عفونت بیمارستانی گنجانده می شوند که:

- تا ۳ روز پس از ترخیص بیمار که به علت داخلی بستری بوده هیچ اقدام جراحی خاصی صورت نگرفته است.
- تا یک ماه پس از ترخیص به علت جراحی که Implant برای بیمار کار گذاشته نشده باشد مانند: لاپاراتومی، آپاندکتومی و هرنی.
- تا یک سال بعد از جراحی که برای بیمار Implant کار گذاشته شده باشد مثل عمل های ارتوپدی که پیچ و پین و پلاک و ... کار گذاشته می گردد.

لوازم حفاظت فردی (PPE) Personal Protective equipment

این وسایل مانند سدی بین شخص و عوامل زیان آور خطرناک قرار می گیرد. به منظور حفاظت از قسمت های مختلف بدن افراد در برابر خطرات احتمالی و برای کسب اطمینان از تامین ایمنی و بهداشت و کاهش احتمال جراحات و بیماری های شغلی لازم است از آن ها استفاده شود.

*ترتیب پوشیدن وسایل حفاظتی:

الف) شستن دستها

ب) پوشیدن گان

ج) پوشیدن کلاه

د) ماسک

ه) محافظ صورت

ی) دستکش

*ترتیب خارج کردن وسایل حفاظتی:

الف) خارج کردن دستکش

ب) خارج کردن گان

ج) شستن دست ها

د) درآوردن محافظ صورت

ه) خارج کردن کلاه

و) خارج کردن ماسک

ی) شستن دست ها

مواجهه شغلی (Needle Stick) :



به هرگونه تماس فرد با خون، بافت و یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن گفته می شود. مواجهه ممکن است بصورت شغلی یا غیرشغلی به طرق زیر حادث شود.

۱. آسیب پوست سالم (از طریق فرورفتن وسیله نوک تیز یا بریدگی با وسیله تیز و برنده و یا انسان گزیدگی ها)
۲. غشاهای مخاطی (از طریق پاشیدن مایعات آلوده به چشم، بینی یا دهان)
۳. پوست ناسالم

در مواجهه شغلی چه باید کرد؟

منطقه مورد نظر را زیر شیر آب گرفته تا خونریزی قطع شود سپس با آب و صابون شسته و پانسمان انجام می دهیم و به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع می دهیم در صورت نبودن ایشان اطلاع به سوپروایزر کشیک

- در هنگام نیدل استیک شدن گرفتن نمون خون از خود و بیمار الزامی می باشد
- از سایر موارد در هنگام نیدل استیک شدن تکمیل فرم **مواجهه شغلی** می باشد
- در زمان نیدل استیک شدن حتما از بیمار آزمایش **HIV, Hcv, HbsAg** انجام شود و از خود فرد هم نمونه جهت تیتر آنتی بادی انجام شود
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **Hcv** باید ۳ تا ۶ ماه بعد از نظر **HcvAB** چک شود.
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **HIV** اگر **HIV** محرز باشد باید فوراً درمان سه دارویی طی ۲۴ ساعت اول شروع شود در صورتیکه **HIV** فرد مشخص نباشد باید با متخصص عفونی مشورت شود.
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **HBsAg** :
- اگر واکسیناسیون کامل **HBV** نداشته باشد باید ایمنوگلوبین + یک نوبت واکسن طی ۲۴ ساعت تزریق شود.

- اگر واکسیناسیون کامل داشته باشد و تیتراژ آنتی بادی ۱۲ ماهه بالای ۱۰ باشد اقدامی نیاز نیست
- اگر تیتراژ نداشته طی ۲۴ ساعت تعیین تیتراژ انجام شود که اگر کمتر از ۱۰ بود یک نوبت واکسن هپاتیت انجام شود.

*انواع شستشوی دست را نام ببرید ؟

- ✓ Hand rub مدت زمان آن ۲۰ تا ۳۰ ثانیه
- ✓ Hand wash مدت زمان آن ۴۰ تا ۶۰ ثانیه
- ✓ . هنداسکراپ : شست و شوی دست قبل از جراحی با بتادین

• فرق هندراب و هندواش

- هندراب : شست و شوی دست با الکل و مایع الکل ۲۰ تا ۳۰ ثانیه
- هندواش : شست و شوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه.
- ❖ چه مواقعی Hand wash انجام می شود؟
- بعد از ۸-۶ بار هندراب کردن
- در صورت آلودگی واضح در دست
- ❖ چه مواقعی هند راب انجام میشود؟ طبق دستورالعمل who در ۵ موقعیت هندراب انجام می شود .

پنج موقعیت بهداشت دست

- الف) قبل از تماس با بیمار
- ب) قبل از اقدامات درمانی تمیز و استریل (مورد الف و ب مهم تر هستند)
- ج) بعد از تماس با بیمار
- د) بعد از تماس با وسایل و محیط اطراف بیمار
- ه) بعد از تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار

* دفع صحیح پسماندها

از آنجایی که تفکیک پسماندهای بیمارستانی در اعتبار بخشی بیمارستان از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است لذا الزامی می باشد کارکنان انواع پسماندهای بیمارستانی را بشناسند و تفکیک پسماندها به روش صحیح انجام شود .
چهار دسته اصلی پسماند های بیمارستانی شامل:

۱. عفونی (جهت جمع آوری پسماندهای عفونی از سطل زرد با نایلون زرد استفاده می شود)
۲. غیر عفونی (جهت جمع آوری پسماندهای غیر عفونی از سطل آبی با نایلون مشکی استفاده می شود)
۳. تیز و برنده (جهت جمع آوری پسماندهای تیز و برنده از سفتی باکس) (سطل های زرد با درب قرمز یا نارنجی) (استفاده می شود)
۴. شیمیایی دارویی: جهت جمع آوری پسماندهای شیمیایی دارویی از سطل زباله و یا دبه سفید رنگ استفاده می شود.
پسماندهای شیمیایی دارویی شامل ویال داروها مانند (سفتریاکسون ، مروپنم و...) ،
دارو های تاریخ گذشته ، اقلامی که به دارو آلوده شده اند که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و بیمارستان مضر خواهند بود.

روش درست شستن دست‌ها

در ۱۰ مرحله



دست‌ها را خیس کرده و بعد
آن‌ها را صابونی کنید.



کف دست‌ها را با هم بشویید.



بین انگشتان را در قسمت
پشت بشویید.



بین انگشتان را از روبرو
بشویید.



نوک انگشتان را در هم گره
کرده و به خوبی بشویید.



شست‌ها را جداگانه و دقیق
بشویید.



خطوط کف دست را با نوک
انگشتان بشویید.



دور مچ هر دو دست را بشویید.



دست‌ها را با دستمال
خشک کنید.



با همان دستمال شیر آب را ببندید و
دستمال را در سطل زباله بیاندازید.

ترتیب استفاده

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی



در آوردن دستکش



در آوردن گان



شستن دست



درآوردن عینک یا محافظ



درآوردن کلاه یا پوشش مو



درآوردن ماسک



شستن دست



ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی



شستن دست



پوشیدن گان



پوشیدن کلاه یا محافظت موهای
سر (اختیاری)



ماسک



محافظت صورت یا عینک



دستکش

۱- مؤسسات پزشکی، کلیه مراکز پزشکی و وابسته به پزشکی نظیر بیمارستان، زایشگاه، آزمایشگاه، آسایشگاه، آزمایشگاه، پلی کلینیک ها، مطب پزشکان و داروخانه ها و محل کار سایر اقشار پزشکی و مؤسسات فیزیوتراپی و الکترو فیزیوتراپی، هیدروتراپی، آزمایشگاه های تشخیص و پژوهشی، درمانگاه، رادیولوژی، مراکز پزشکی هسته ای، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بخش های تزریقات و پانسمان و یا هر تشکیلاتی که به هر نام و عنوان با اجازه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد شده یا خواهد شد (اعم از بخش های دولتی- خصوصی و خیریه) و واحدهای مشابه در دانشگاه های علوم پزشکی و کلیه کارکنان فنی و اداری و خدماتی آنها مشمول این قانون می گردند. تبصره- کلیه وزارتخانه ها و سازمانها و موسساتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و به امر بهداشت و درمان می پردازند موظف به رعایت مقررات این قانون می باشند.

۲- در اجرای ماده (۳) قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۹ مهر ۱۳۶۴، این وزارتخانه موظف است به منظور انطباق امور درمانی، بهداشتی و آموزش پزشکی با موازین شرع مقدس اسلام، سیاست گذاری و برنامه ریزی و تدوین آیین نامه اجرایی جهت عملی نمودن انطباق امور مذکور با موازین شرع مقدس را به انجام رساند.

۳- به منظور نیل به اهداف مندرج در مواد این قانون شورایی بنام شورای عالی انطباق در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می گردد. اعضای این شورا به مدت دو سال به عضویت شورا منصوب می شوند. عبارتند از :

- ❖ معاون امور فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان قائم مقام و دبیر شورا
 - ❖ معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ❖ معاون امور پشتیبانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ❖ معاون امور آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ❖ معاون امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ❖ رئیس نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها
 - ❖ یک نفر از اعضای کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر به پیشنهاد کمیسیون مزبور و انتخاب مجلس
 - ❖ یک نفر از اعضای کمیسیون امور زنان و جوانان و خانواده مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر به پیشنهاد کمیسیون و انتخاب مجلس
 - ❖ رئیس سازمان نظام پزشکی یا نماینده تام الاختیار وی
 - ❖ مشاور وزیر بهداشت در امور زنان
 - ❖ دو نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ❖ دو نفر از روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تبصره ۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند نسبت به تشکیل کمیته های انطباق در استانها اقدام نماید. کمیته های موضوع این ماده موظف خواهند بود نتایج اقدامات خود را به شورای عالی انطباق در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش نمایند.

تبصره ۲- کمیته های انطباق استانی زیر نظر رئیس دانشگاه علوم پزشکی تشکیل می شود و موظف به اجرای مصوبات شورای عالی انطباق می باشند.

۴- اعتبارات مورد نیاز این قانون در سال جاری کماکان از ردیف ۴۲۲۶۰۰ (بند "و" و تبصره "۱۰") تامین می گردد و در سال های آتی با توجه به امکانات وزارت مربوطه عمل خواهد شد.

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است آیین نامه اجرایی این قانون را به گونه ای تنظیم نماید که با ارتقاء کیفیت خدمات پزشکی، همراه و بیمار در انتخاب پزشک مختار باشد و در ارائه خدمات اورژانس حفظ حیات بیمار بالاترین اولویت را داشته باشد.

۶- روسای دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مسئولین فنی و مدیران بیمارستانها و واحدهای بهداشتی درمانی مسئول حسن اجرای این قانون در استانها بوده و با بازرسی مستمر و نیز بر اساس شکایات وارده به مراجع ذیربط به تخلفات رسیدگی میکنند.

۷- آیین نامه اجرایی این قانون حداکثر ظرف مدت ۶ ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تصویب هیات وزیران لازم الاجرا می باشد و تا ابلاغ آیین نامه جدید، آیین نامه انطباق و اصلاحیه های بعدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کماکان به قوت خود باقی است.

ابلاغ آیین نامه اجرایی این قانون در سال ۱۳۸۰ توسط محمدرضا عارف معاون اول رییس جمهور ابلاغ شد.

فصل اول

بخشهای زنان و زایمان و اطاق عمل

بخش یک : محیط فیزیکی

ماده (۱) تفکیک کامل اتاقهای رختکن آقایان از خانمها (قبل از خط امان) اعم از پزشک، پرستار و خدمه می بایست حتی المقدور اتاقهایی انتخاب گردد که به سایر فضای اتاقهای عمل اشراف نداشته باشد و افراد بتوانند هنگام تعویض لباس کلیه شئون اخلاقی و اسلامی را رعایت نمایند. (بستن درب، کشیدن پرده و یا کرکره ها)

ماده (۲) تفکیک کامل اتاقهای غذاخوری، چایخوری آقایان از خانمها در کلیه ساعات شبانه روز (اعم از پزشکان، پرستاران و کادر خدمات)

ماده (۳) مجزا نمودن اتاقهای دستشویی (اسکراب) خانمها از آقایان با توجه به تفاوت های فیزیکی ساختمان ها با ابتکار عمل لازم در حد مقدورات از قبیل استفاده از پرده پاراوان

بخش دو: پوشش کارکنان و بیماران

ماده (۴) پوشش کارکنان مرد: پوشش کارکنان مرد اطاق عمل از پزشک، پرستار و خدمه می بایست طبق ضوابط تعیین شده زیر با رنگهای مناسب تهیه گردد.

الف - شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب که مچ آن به تناسب تنگتر (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب- قد پیراهن تا روی باسن با گشادی مناسب

ج - قد آستین تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج

د- یقه گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی بطول ۱۵-۱۰ سانتیمتر در جلو که تقریباً با یجافی ۵ سانتیمتر رویهم قرار گیرد .

ه- کلاه مناسب بطوریکه تمام سر و موها را بپوشاند .

و- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رینگ سفید) استفاده شود .

تبصره (۱): به منظور رعایت کامل اصول بهداشتی، آقایانی که محاسن دارند از ماسکهای بزرگتر که پوشش لازم را ایجاد می نمایند استفاده نمایند .

۵- پوشش کارکنان زن: پوشش خانمها در اطاق عمل و اطاق زایمان اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات می بایست با شرایط تعیین شده زیر تهیه گردد :

الف- شلوار بلند با گشادی مناسب که مچ پا ی آن به تناسب تنگتر باشد (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب- مانتو گشاد و بلند تا سر زانو

ج- قد آستین تا مچ و سرمچ ها می بایست بصورت کشباف جمع شود .

د- یقه گرد (دور گردن با شکافی ۱۵-۱۰ سانتیمتر در جلو که با سجافی ۵ سانتیمتر روی هم قرار گیرد)

ه- مقنعه به رنگ مناسب تا روی سینه که با دکمه های مانتو ثابت شود

و- جوراب سفید ضخیم و ساده

ز- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رنگ سفید)

ماده (۶) پوشش بیماران مرد: جهت بیماران مرد باید از گان و کلاه و یا سر بند که تمام موهایشان را بپوشاند استفاده شود .

ماده (۷) پوشش بیماران زن: جهت بیماران زن از گان و روسری بزرگ و مناسب که گردن و سینه های آنان را کاملاً بپوشاند استفاده شود .

تبصره (۲): کلیه بیماران باید در تمام مراحل عمل (باستثنای مواقع ضروری) با ملحفه یا شان عمل پوشانده شوند .

بخش ۳: روش اجرایی

۱- بیماران:

ماده (۸) بیمار باید با پوشش کامل مطابق ماده ۶-۷ توسط پرستار و بیمار بر بخش با آمادگی کامل جسمی به پرستار اطاق عمل تحویل شود .

ماده (۹) پرستار اطاق عمل ضمن رعایت کلیه مقررات مربوطه و پس از گرفتن آگاهیهای لازم به منظور حمایت روحی و معطوف نمودن توجه بیمار به معنویات و اتکا به خداوند و جلب اعتماد بیمار در مورد انجام خواسته هایش او را برای انجام عملیات هوشبری با رعایت موازین شرعی آماده می سازد .

ماده (۱۰) انتقال بیمار بر روی تخت عمل بوسیله پوشش های برزنتی با میله های متحرک و یا توسط پارچه (ملحفه) انجام پذیرد. تا از تماس مستقیم پرسنل اطاق عمل با اعضای بدن بیمار پیشگیری گردد .

ماده ۱۱) در صورتیکه بیمار احتیاج به سند مثانه دارد میبایست الزاماً افراد همگن عمل سنداژ را انجام دهند. اگر فرد همگن وجود نداشته باشد لازم است توسط خود پزشک انجام شود.

ماده ۱۲) در مورد بیمارانیکه لازم است از دستگاه مانیتورینگ استفاده نمایند، باید عمل گذاشتن الکترودها در مورد بیماران حتی الامکان بوسیله پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۳) تنظیم وضعیت بیمار (positioning) حتی المقدور با کمک پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۴) هنگام تنظیم وضعیت بیمار و یا پرپ کردن که بدن بیمار در معرض دید قرار می گیرد الزاماً باید افرادی که حضور آنان ضروری نیست از اطاق خارج شوند.

ماده ۱۵) نواحی تناسلی بیمار هنگام تنظیم وضعیت بوسیله (شان، حوله، پد، گاز) پوشانیده شود.

ماده ۱۶) در هنگام پروپ کردن پوشانیده شدن کلیه اعضاء بدن بیمار به استثنای موضعی که لازم است پرپ شود کاملاً الزامی است و این عمل حتی الامکان توسط سیرکولر انجام شود.

ماده ۱۷) پرستار اسکراب در مورد اعمال جراحی نواحی تناسلی همگن انتخاب گردد و از حضور مستخدمین و پرسنل غیربهداشتی و درمانی غیرهمگن جلوگیری شود.

ماده ۱۸) پس از اتمام عمل جراحی و پانسمان محل عمل و برداشتن شان ها بیمار پوشیده شود و پس از اتمام عملیات هوشبری بیمار با پوشش کامل و رعایت مفاد ماده ۱۰ بر روی برانکارد به اتاق ریکاوری منتقل گردد.

ماده ۱۹) مراقبت و کنترل بیمار در اتاق ریکاوری با توجه به حالاتش (بیقراری و هذیان) حتی الامکان توسط پرستاران همگن (بویژه در مورد بیماران زن) انجام پذیرد.

ماده ۲۰) انتقال بیماران زن از اتاق ریکاوری به بخش حتماً باید به همراهی یک نفر از کادر پرستاری همگن انجام شود.

۲- کارکنان زن :

ماده ۲۱) رعایت پوشش کامل اسلامی (مانتو، شلوار، مقنعه، جوراب ضخیم و ساده) برای کلیه پرسنل اطاق عمل اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات کاملاً الزامی است استفاده از هرگونه زینت آلات و لوازم آرایش و مواد معطر و همچنین داشتن ناخن بلند و استفاده از برق ناخن اکیداً ممنوع می باشد.

ماده ۲۲) رفتار و گفتار همکاران زن بایستی بسیار متین و موقر و در حدود انجام وظایف محوله با رعایت کامل شئونات اسلامی باشد.

ماده ۲۳) با توجه به اینکه هنگام اسکراب کردن قسمت هایی از دست که نباید در معرض دید نامحرم قرار گیرد بالاجبار بایستی شسته شود همکاران زن اعم از پزشک و پرستار بایستی در محلهای پوشیده و دور از نگاه نامحرم (بستگی به موقعیت فیزیکی اطاق عمل دارد) اسکراب نمایند و آستین استریل را پوشیده و با رعایت موازین شرعی وارد اطاق عمل شوند.

ماده ۲۴) کمک کردن به جراح و کمک جراح و پرستار زن (بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق، مرتب کردن ماسک و مقنعه) بعهده همکاران زن می باشد.

ماده ۲۵) رعایت شئونات اسلامی در حین انجام اعمال جراحی (رفتار و گفتار) کاملاً الزامی است.

۳- کارکنان مرد :

ماده ۲۶) رعایت کامل پوشش اسلامی طبق ماده ۴ برای کلیه پرسنل اتاق عمل اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات الزامی است .
ماده ۲۷) کمک کردن به جراح و کمک جراح و اسکراب مرد (از قبیل بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق و مرتب کردن ماسک) بعهده کارکنان مرد می باشد .

ماده ۲۸) رفتار و گفتار همکاران مرد باید در محدوده انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئونات اسلامی باشد .

ماده ۲۹) از بکار گماردن خدمه مرد در اتاقهای قبل از زایمان (Labor-Room) زایمان و بعد از زایمان باید خودداری شود و انجام امور مربوط به بیماران به عهده خدمه زن که از نیروی جسمانی بیشتری برخوردار هستند واگذار گردد.

تبصره سه : چون جایگزینی خدمتگزاران مرد فعلی بخشهای مذکور با خدمه زن مستلزم بکارگیری نیروهای تازه می باشد لذا لازم است حداکثر تا پایان سال جاری و با جابجایی های مقدوره به این مهم مبادرت گردد .

ماده ۳۰) مواد فوق الذکر به منظور رعایت موازین شرع مقدس اسلامی در اتاق های عمل و اتاق زایمان تنظیم گردیده و بکار نبردن کلمات اتاق زایمان در جایگاه های خاصی صرفا به منظور رعایت اختصار کلمه می باشد .

ماده ۳۱) نظارت و کنترل بر حسن اجرای مفاد این آئین نامه بعهده سرپرستار اتاق عمل و دفاتر پرستاری و ریاست بیمارستان ها و نهایتا حوزه معاونت فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. همچنین نظارت به حسن اجرای این آئین نامه در رابطه با بیمارستانهای خصوصی در هر استان به عهده مدیر کل سازمان منطقه ای بهداشت و درمان آن استان می باشد .

فصل دوم

مربوط به سایر مرکز درمانی :

مسائل مربوط به رادیولوژی :

به منظور انطباق مسائل فنی و تکنیکی رادیولوژی با موازین شرع مقدس لازم است موارد ذیل کاملا رعایت گردد :

در مرکز پرتونگاری (رادیولوژی) بایستی تلاش بر انجام پرتونگاری بیماران توسط افراد همگن باشد. برخی از تکنیکهایی که الزاما بایستی توسط پرسنل همگن انجام شوند عبارتند از :

الف) برخی از تکنیکها و روشها که الزاما بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس زن انجام پذیرد :

۱- باریم انمای خانم ها

۲- ماموگرافی

۳- اروگرافی خانم ها

۴- هیسترو گرافی و سالپینژوگرافی

ب) برخی از تکنیک ها و روش هایی که الزاما بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس مرد انجام پذیرد :

۱- باریم انمای آقایان

۲- اروگرافی آقایان

۳- اپیدیدموگرافی

ج) پیشنهاد می گردد در صورتی که سونوگرافی توسط پزشک غیرهمگن انجام می شود یکی از محارم بیمار مربوطه نیز در محل انجام سونوگرافی حضور داشته باشد .

د) جهت انجام رادیوگرافی از کلیه نواحی بدن استفاده از لباس های کتانی و نخی نازک الزامی است .

ه) در صورتی که در یک رادیولوژی تعداد پزشکان و تکنسین های زن و مرد به حد کافی باشد رادیوگرافی بیماران زن الزاما بایستی توسط پزشک و تکنسین زن انجام شود و همچنین رادیوگرافی بیماران مرد الزاما بایستی توسط پزشک و تکنسین مرد انجام پذیرد.

در رادیولوژی ها اختلاط پرسنل زن و مرد بایستی به حداقل کاهش یابد .

مسائل مربوط به امور فنی فیزیوتراپی :

اصل کلی: نظر به ضرورت رعایت حدود شرعی در معاینات بیماران و ارائه خدمات درمانی توسط گروه همگن بایستی جهت گیری و برنامه ریزی ها به صورتی باشد که بتدریج به اصل مذکور جامعه عمل پوشیده شود .

۱- معاینه و درمان بیماران در صورتی که در مرکز درمانی به تعداد کافی تراپیست زن و مرد وجود داشته باشد بایستی توسط کادر درمانی همگن انجام پذیرد .

۲- در صورت ضرورت درمان توسط کادر غیرهمگن، پوشش نواحی غیر ضروری جهت درمان الزامی است و در موارد درمان با دستگاه دیاترمی، اعمال درمان در موضع بایستی با پوشش ملحفه انجام پذیرد .

۳- در موارد تمرین درمانی استفاده از دستکش توسط کادر درمانی غیرهمگن ضروری است .

۴- در موارد درمان بیماران زن توسط تراپیست مرد، وجود یکی از محارم بیمار در کابین درمان الزامی است .

۵- مسئولیت اجرای این آئین نامه در مراکز دولتی بعهدہ مدیریت موسسه خصوصی است .

مسائل مربوط به الکتروکاردیوگرافی ECG:

کلیه درمانگاه ها، کلینیک ها و بیمارستان ها موظفند که افرادی را جهت انجام E.C.G تربیت نمایند بطوریکه E.C.G بیماران زن توسط خانمها و E.C.G بیماران مرد توسط آقایان انجام شود.

تذکر :

۱- رعایت موضوع فوق در کلیه ساعات شبانه روز الزامی است .

۲- مکان انجام E.C.G طوری باید انتخاب شود مه محل تردد افراد غیرهمگن نباشد.

مسائل مربوط به آزمایشگاه ها :

رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است

۱- خونگیری از بیماران الزامی بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود .

۲- خونگیری در بخش بایستی در حفاظ پاراوان و در آزمایشگاه ها نیز در محلی که افراد غیرهمگن تردد نداشته باشد انجام گیرد کلیه آزمایشگاه هایی که تا کنون تاسیس یافته بایستی حتی المقدور محل کار خانم ها و آقایان را از یکدیگر مجزا نموده و در خصوص آزمایشگاه هایی که بعد این تاسیس می شوند پیش بینی و رعایت این مسئله الزامی است .

در کلیه آزمایشگاه‌ها بایستی حتی المقدور قسمت انتظار مراجعه کنندگان زن و مرد از یکدیگر مجزا باشد.

مسائل مربوط به تزریقات :

رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است :

۱- تزریقات بیماران الزاما بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود .

۲- تزریقات بایستی در حفاظ پاراوان و یا محلی که مورد تردد افراد غیر همگن نباشد انجام شود .

رعایت موارد فوق در کلیه مراکز تزریقات و پانسمان، درمانگاه‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها الزامی است.

مسائل مربوط به امور دندانپزشکی :

اصل کلی: نظر به اهمیت ضرورت رعایت حدود شرعی در امور آموزشی و معاینات بیماران و ارائه خدمات درمانی توسط گروه همگن بایستی جهت گیری و برنامه ریزی‌ها به صورتی باشد که به تدریج به اصل مذکور جامه عمل پوشیده شود .

تبصره: بخش اطفال از این قاعده مستثنی است .

۱- در محیط بخش‌های درمانی در حین معاینه و درمان بیماران زن ملزم به استفاده از شان پرفوره می‌باشند .

۲- در موارد ضرورت، معاینه بیماران توسط دانشجویان غیرهمگن الزاما بایستی در مکان‌هایی که اشخاص ثالث حضور داشته و با تردد می‌نمایند انجام پذیرد .

۳- جهت رعایت موارد و بندهای فوق لازم است مسئولین پذیرش و پرستاری دقت لازم را بعمل آورند .

۴- استفاده از دانشجویان دختر و پسر از تاریک‌خانه رادیولوژی بایستی بصورت مجزا انجام پذیرد .

۵- مسئولیت اجرای این آئین نامه و تشخیص موارد استثنا و ضرورت‌های آموزشی بعهدہ مدیریت دانشکده باشد.

فصل سوم

امور آموزشی بخش‌های زنان:

نظر به ضرورت رعایت حداکثر ممکن ضوابط شرعی در بخش‌های بستری زنان در بیمارستان‌های آموزشی، غیرآموزشی و بخش خصوصی مقرر می‌گردد :

۱- حذف معاینه ژنیتال در دوره کارآموزی و حذف حضور کارآموزان در اتاق زایمان و اتاق درد و بخش زنان بدیهی است گرفتن شرح حال از بیماران بستری در بخش زایمان بدون معاینه واژینال از قبیل: بیماری‌های طبی و حاملگی، استفراغ‌های شدید حاملگی، حاملگی و فشار خون بلامانع است و نیز حضور کارآموزان در درمانگاه مامایی (پرناتال) بدون معاینه واژینال برای آشنا شدن کارآموزان با سیر طبیعی حاملگی و بیماری‌های سیستمیک و حاملگی نیز بلامانع است.

تبصره: دانشجویان مرد (کارآموزان مرد) لازم است کلاس‌های تئوری بخش زنان و زایمان را بگذرانند و در قسمت‌های عملی، ابتدا با مولاژ و عکس‌های شماتیک و سپس با فیلم و سیستم آموزشی ویدئویی برای دوره کارآموزی (انترنی) آماده شوند.

۲- منع کامل معاینه ژنیتال در درمانگاه زنان و بخش زنان توسط کارآموزان و کارورزان مرد .

۳- کارورزان مرد پس از کسب حداقل های لازم که در ذیل اشاره می شود مجاز به مشاهده و انجام زایمان و نیز مشاهده و معاینه ژنیتال نبوده و امور فوق توسط خواهران کارورز و دستیاران زن صورت می پذیرد .

الف) زایمان طبیعی و غیرطبیعی ۸ تا ۱۰ بار با نظر مربی مربوطه در طول دوره کارورزی برای کارورزان مرد .

تبصره: اگر در ۸ تا ۱۰ مورد فوق مواردی مثل خونریزی های غیرطبیعی بعد از زایمان از قبیل اینرسی، پارگی کول، پارگی واژن و یا باقی ماندن جفت و یا کورتاژ نباشد و چنین مواردی در طول مدت کارورزی پیش آید کاروز می تواند در این موارد شرکت نماید.

ب) دفعات مشاهده و کمک به عمل کورتاژ و یا عمل کورتاژ در دوره کارورزی حداکثر ۵ تا ۸ بار با نظر مربی - بسته به توانایی های کارورز توسط کارورزان مرد آنهم به منظور انجام موارد اورژانس مثل سقط جنین ناقص می باشد.

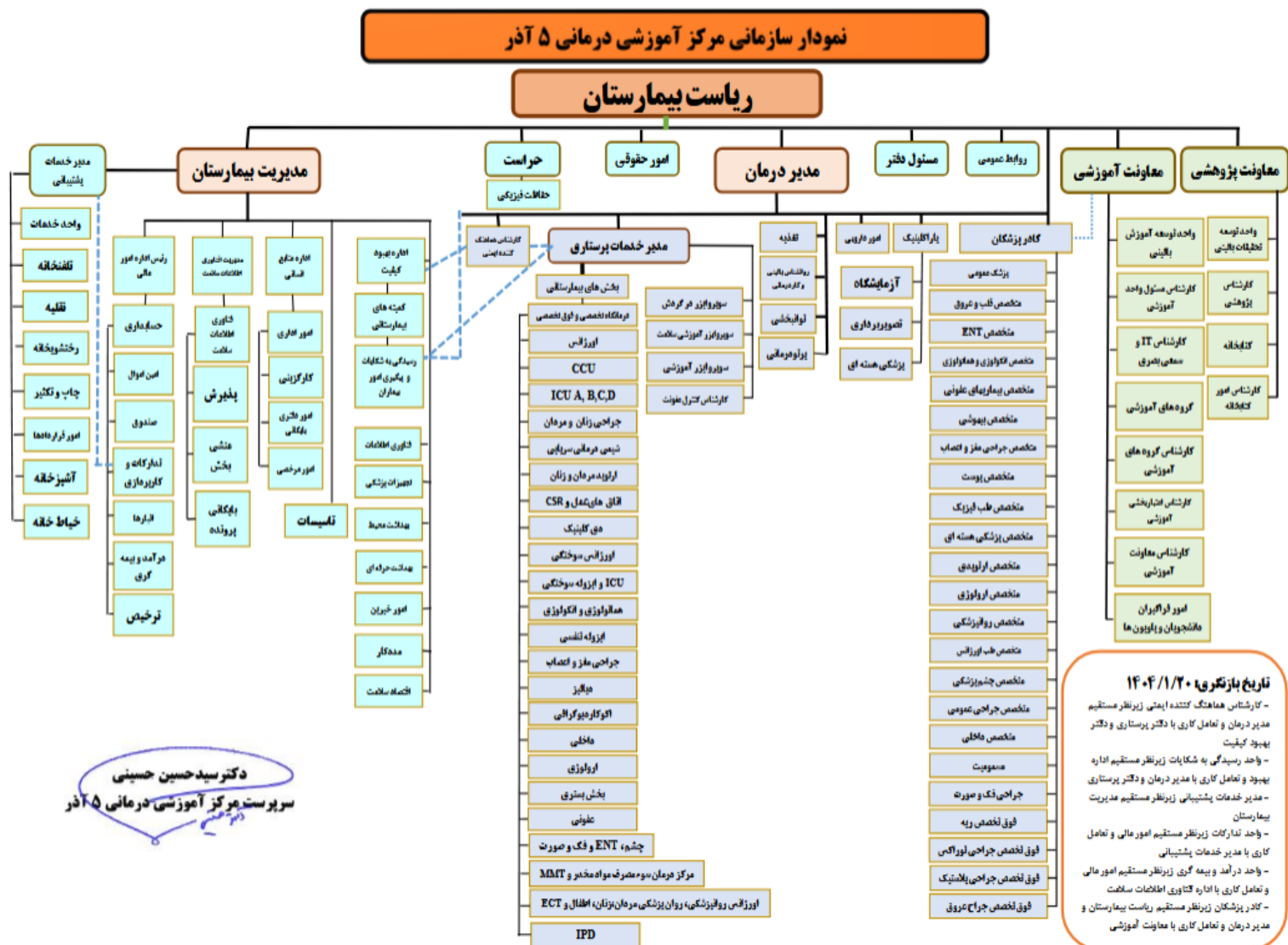
تبصره: یکی دو مورد از موارد فوق بایستی شامل خونریزی های شدید مل و یا خونریزی های شدید سقط ناقص باشد. بدیهی است قبل و یا بعد از انجام عمل کورتاژ مربی می تواند گذاشتن اسپیکلوم و معاینه واژینال را به کارورز آموزش دهد .

۴- در موارد فوق حضور بیش از یک یا حداکثر دو کارورز بر بالین بیمار ممنوع می باشد .

۵- لازم است پوشش مخصوص اطاق عمل مانند: گان و مقنعه مخصوص اطاق عمل و پوشیده بودن قسمت های دیگر بدن بیمار و پوشش سایر بیماران قبل از ورود کارورزان مرد به اطاق عمل و یا زایمان رعایت شود .

۶- در موارد فوق لازمست کارورز حتماً با حضور و راهنمایی یک دستیار زن و یا متخصص زن انجام وظیفه نمایند و به هیچ وجه حق ندارد به تنهایی بر بالین بیمار حضور یابد.

۷- ورود آقایان به اطاق هایی که بانوان در آن پوشیده نیستند با اعلام قبلی صورت پذیرد.



دکتر سیدحسین حسینی
سرپرست مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر