

(9 Solution For Patient Safety)

9 راه حل ایمنی بیمار

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها
۸. استفاده صرفاً "یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های

سلامتی

۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

* لیست داروهای مشابه در بخش های درمانی موجود باشد.

* داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) از مبدأ (داروخانه) با برچسب های زرد رنگ لیبل گذاری شده و در باکس ها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

* خوانا بودن دستورات دارویی و اجتناب از بد خط نوشتن

* استفاده از روش TALL MAN LETTERING در نسخه نویسی، مانند
DOPamine و DOBUTamine

* محدود نمودن دستورات تلفنی / شفاهی خصوصا" در مورد داروهای با شباهت آوایی و در صورت وجود دستورات تلفنی، تکنیک SBAR رعایت گردد:

* موارد ذیل نباید به صورت شفاهی یا تلفنی تجویز گردند :

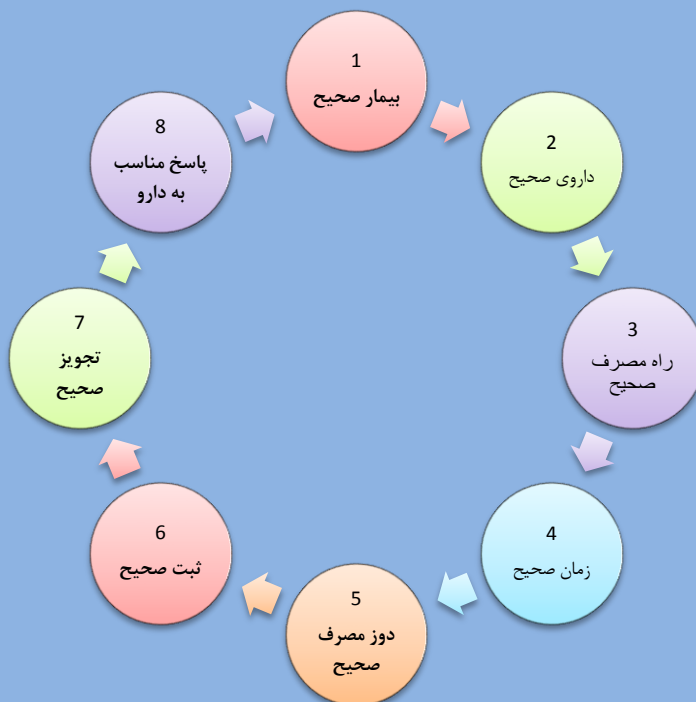
- خون و فرآورده های خونی
- داروهای نارکوتیک در کودکان
- داروهای پرخطر (ممکن است در شرایط تهدیدکننده یا اورژانسی به صورت دستور شفاهی تجویز گردد).



*استفاده از ۸ قانون مرتبط با داروها 8 Right :

- بیمار صحیح
- داروی صحیح
- دوز صحیح
- زمان صحیح
- روش صحیح
- ثبت صحیح در پرونده
- تجویز صحیح
- پاسخ مناسب به دارو

7 مورد اول الزامی می باشد.



*نوشتن نام دارو، دوز و راه تجویز دارو در کاردکس و گزارش پرستاری و توجه شود در دستور پزشک به این امر اشاره شود.

در مورد اولین راه حل ایمنی به فایل داروهای با اسامی و اشکال مشابه مراجعه شود.

Look-Alike, Sound-Alike Medication Names (LASA)

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا:

- ۱- شناسایی بیمار در بیمارستان با دو شناسه می باشد: ۱- نام و نام خانوادگی ۲ - تاریخ تولد (روز / ماه / سال)
- ۲- به منظور شناسایی بیماران مجهول الهویه یا بیماران با اختلالات روانی در دستبند شناسایی علاوه بر ذکر شماره پرونده بیمار، تاریخ پذیرش، نام پزشک و نام بخش، مشخصات ظاهری (جنسیت، جثه، رنگ مو، تشخیص اولیه) نیز ذکر می گردد.
- ۳- تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
- ۴- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، از نام پدر و لیبل " احتیاط بیمار با اسامی مشابه " بر روی پرونده بیماران استفاده می شود.
- ۵- دستبند قرمز بیماران مبتلا به آلرژی
- ۶- دستبند زرد بیماران در معرض خطر (بیماران مستعد سقوط یا ابتلا به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی)
- ۷- قبل از ارائه هر گونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمام بیماران به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند:
 - از بیمار درخواست نمائید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
 - در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، مشخصات بیمار از والدین و یا بستگان درجه یک وی پرسیده شود.
- ۸- ضروریست کلیه بیماران کاندید عمل جراحی طبق فرآیندهای ذیل شناسایی شوند

- دقیقا" قبل از ورود به اتاق عمل
- در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر / عمل جراحی
- ***آیتم های مهم در شناسایی بیمار در اتاق عمل که از خود بیمار بایستی پرسیده شود:
- نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد (روز / ماه / سال)
- موضع عمل
- نوع اقدام جراحی
- ۹- بایستی در حین بستری بیماران دستبند های آسیب دیده یا گم شده، فوراً" توسط مرجع ذی صلاح (منشی بخش یا طبق صلاحدید مسئولین هر مرکز ارائه کننده خدمات سلامت) تهیه و تعویض شوند.
- ۱۰- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود، ضروریست سریعاً" پس از اتمام مورد، راساً" نسبت به بستن آن اقدام نماید.
- ۱۱- در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل و امحاء می شود.
- ۱۲- به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در تمام مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن **داروهای با هشدار بالا** به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط (براساس شرح وظایف مصوب) به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. (در داروخانه توسط دو پزشک داروساز یا یک پزشک داروساز و یک تکنسین دارویی و در بخش های بستری، درمانگاه سرپایی، بخش اورژانس و اتاق عمل توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت حرفه ای یا پزشک ذی صلاح ذیربط و یک پرستار واجد صلاحیت حرفه ای)
- ۱۳- در تطابق خون / فرآورده خونی ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده / دستبند شناسایی یا بیمار مورد مطابقت قرار گیرند:
- نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل
- نام پدر بیمار
- تاریخ تولد بیمار (روز / ماه / سال)

- شماره پرونده

- شماره خون / فرآورده خونی

۱۴- برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد " نام / نام خانوادگی / تاریخ تولد بیمار یا مددجو، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، نام بخش، نوع و گروه آزمایشات مورد درخواست باشد" و برچسب ها در بالین بیمار بر روی لوله های نمونه چسبانیده شوند.

۱۵- الزامیست در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد. از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.



۳-ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار:

زمانی که مسئولیت مراقبت بیمار از یک مراقبت دهنده به فرد دیگری منتقل شود، اصطلاح Hand Off به کار می رود. در زمان تحویل و تحول شیفت ها یا زمانی که فرد مراقبت دهنده به طور موقت محل خدمت خود را ترک کند مانند: زمان غذا خوردن، ساعت استراحت، مرخصی ساعتی و و مراقبت از بیمار را به همکار خود واگذار می نماید.

روش صحیح HAND – OFF :

- به صورت چهره به چهره بر بالین بیمار انجام می شود.
- از دو روش ارتباطی (پرونده بیمار یا کاردکس و شفاهی) برای Hand Off استفاده می شود.
- از روش SBAR برای گزارش دهی استفاده می شود.
- موارد مورد ابهام حتماً تکرار می شود.
- فرد تحویل گیرنده هم تراز (مهارت و دانش) فرد تحویل دهنده می باشد.
- گزارش شیفت کاری در پرونده ثبت می شود.
- بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول، کلیه مسئولیت های مراقبت از بیمار به عهده فرد تحویل گیرنده است.



۴-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

پروتکل اطمینان از انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بر روی بیمار صحیح

گام اول : فرم رضایت

فرم رضایت باید شامل موارد زیر باشد:

- نام و نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- نام پروسیجر
- علت انجام پروسیجر
- محل انجام پروسیجر

گام دوم : نشانه گذاری محل انجام پروسیجر های تهاجمی

- محل انجام پروسیجر های تهاجمی باید توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر یا دستیاران همان رشته تخصصی نشانه گذاری شود.
- علامت گذاری بایستی در روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد.
- علامت گذاری بایستی کاملاً " واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی موضع عمل پاک نشود و تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار صورت گیرد.

گام سوم: شناسایی بیمار

- کارکنان باید از بیمار موارد زیر را سؤال کنند و بیمار نیز باید به سوالات پاسخ دهد (سوالات نباید القایی باشد):
- نام و نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- تاریخ تولد بیمار
- محل پروسیجر
- روش انجام پروسیجر

گام چهارم : مستندات

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده، گرافی ها، آزمایشات، تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت مانند Implant) در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود.

گام پنجم: درنگ تیمی (تایم اوت تیمی)

در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا بخش های بستری، زمان قبل از آغاز پروسیجر کارکنان باید موارد زیر را با یک زمان درنگ (تایم اوت) به صورت شفاهی تأیید کنند:

- اطمینان از حضور بیمار صحیح
- اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر
- اطمینان از انجام پروسیجر صحیح
- اطمینان از در دسترس بودن ایمپلانت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه : در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

پروتکل اطمینان از انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بر روی بیمار صحیح

لحظه قبل از انجام پروسیجر



گام چهارم: مستندات

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده گرافی ها و آزمایشات) در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود.

گام پنجم: درنگ تیمی (تایم اوت تیمی)

در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا بخشهای بستری، زمان قبل از آغاز پروسیجر کارکنان باید موارد زیر را با یک زمان درنگ (تایم اوت) به صورت شفاهی تأیید کنند:

- اطمینان از حضور بیمار صحیح
- اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر
- اطمینان از انجام پروسیجر صحیح
- اطمینان از در دسترس بودن ایمپلانت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه: در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

مدیریت تحول و حاکمیت بالینی

قبل از ورود به اتاق انجام پروسیجر



گام سوم: شناسایی بیمار

کارکنان باید از بیمار موارد زیر را سؤال کنند و بیمار نیز باید به سؤالات پاسخ دهد (سؤالات نباید القایی باشد):

- نام ، نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- تاریخ تولد بیمار
- محل پروسیجر



روزها تا ساعت ها قبل از انجام پروسیجر



گام اول: فرم رضایت

فرم رضایت باید شامل موارد زیر باشد:

- نام ، نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- نام پروسیجر
- علت انجام پروسیجر
- محل انجام پروسیجر



گام دوم: نشانه گذاری محل انجام پروسیجرهای تهاجمی

محل انجام پروسیجرهای تهاجمی باید توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر یا دستیاران همان رشته تخصصی نشانه گذاری شود.



۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر محسوب می شوند. از بین داروهای تزریقی الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بر دارد.

- پرستاران بایستی به منظور کاهش تزریق اشتباه داروهای پرخطر در بیمارستان از موارد ذیل آگاه باشند:

*تهیه لیست داروهای پرخطر و ارسال به تمامی بخش های درمانی و دارای ترالی کد

*الصاق لیبل قرمز رنگ " پرخطر " بر تمامی داروهای پرخطر در انبارهای دارویی، ترالی کد و استوک بخش ها

*جداسازی داروهای پرخطر از بقیه داروها و الصاق لیبل قرمز رنگ " پرخطر " بر روی جعبه آنها

* جدا سازی الکترولیت های تغلیظ شده از بقیه داروهای پرخطر و همچنین جداسازی KCl از بقیه داروها

*محدویت تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی و تلفنی

*مواقع تجویز الکترولیت های تغلیظ شده، سیستم Double Check اجرا می شود و به این معنی که پرستار دیگری هم بر کنترل دستور پزشک در پرونده بیمار، نحوه آماده سازی و تزریق دارو نظارت دارد.

*پمپ های انفوزیون به تعداد کافی در بخش ها جهت تزریق سرم هایی که محتوی الکترولیت غلیظ هستند وجود دارد.

* قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.

*علائم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۱- پزشک معالج، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در برگه شرح حال ثبت نموده و در خصوص ادامه / قطع داروهای فعلی مصرفی براساس قضاوت بالینی / مشاوره تصمیم گیری نموده و داروهای مجاز مصرفی بیمار را در طی مدت بستری در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.

۲- پزشک معالج در زمان ترخیص بیمار نیز در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری نموده و در صورت لزوم بیمار را در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی، به پزشک متخصص ارجاع می دهد و اقدامات انجام شده را در برگه خلاصه پرونده ثبت می نماید.



۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در سازمان های مراقبت بهداشتی، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها، سوند ها و راه های وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالبا " دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

این تجهیزات شامل :

- اتصالات وریدی، شریانی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE , ARTERY LINE , TIPIC)
- اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکئوستومی، اتصال اکسیژن و ...
- سایر موارد مثل درن ها، سوند فولی، پگ، NGT

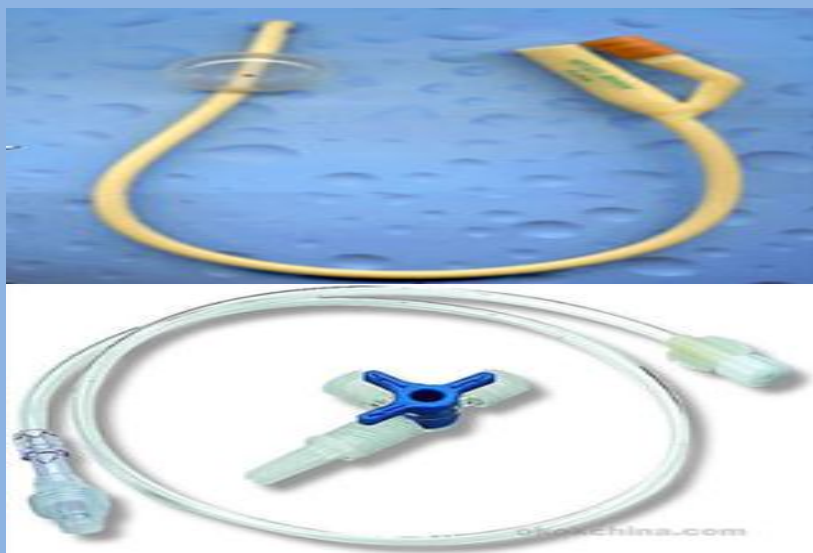
اقدامات لازم در خصوص راه حل ۷

- ۱- در طی Hand Off تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و صحت عملکرد کنترل می شود.
- ۲- کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.
- ۳- به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نباستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
- ۴- برچسب گذاری کاتترهای پرخطر (برای مثال : کاتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال) الزامی است.
- ۵- از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
- ۶- به منظور تجویز دارو، از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.
- ۷- لوله ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.

۸- پرستار در صورت مشاهده هرگونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می‌رساند.

۹- سوندها و کاتترهای خطرناک و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی‌گیرد شناسایی و گزارش می‌شوند.

۱۰- به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات توضیح داده می‌شود.



۸- استفاده صرفاً "یکباره از وسایل تزریقات

اقدامات لازم در خصوص راه حل ۸

- ۱- توجه به تاریخ انقضای محصولات یکبار مصرف
- ۲- توجه به صحت محلول های تزریقی
- ۳- تزریقات ایمن
- ۴- زمان استاندارد نگهداری کاتترها، سوندها، IV Line
- ۵- خرید ویال های تک دوزی
- ۶- استفاده از سرسوزن استریل برای ویال های چند دوزی
- ۷- زمان انقضاء و شیوه نگهداری ویال های چند دوزی



ویال Multiple Dose:

ویالی حاوی دارو جهت تزریق وریدی است که بیش از یک دوز از دارو را در خود جای داده است. این ویال ها توسط شرکت سازنده با عنوان multiple dose لیبل گذاری شده و معمولاً حاوی ماده محافظ برای پیشگیری از رشد باکتری است.

علاوه بر ویال های تزریقی حاوی نگهدارنده سایر اشکال دارویی مانند شربت های خوراکی، اسپری های تنفسی و قطره های خوراکی و موضعی نیز اغلب حاوی بیش از یک دوز دارو بوده و بیشتر از یک مرتبه استفاده می گردند و رعایت شرایط و مدت صحیح نگهداری آنها حائز اهمیت می باشد.

همچنین برخی داروهای تزریقی سینگل دوز پس از رقیق سازی در سرم های تزریقی جهت انفوزیون برای مدت مشخص و در شرایط مشخصی پایدار باقی می مانند. در مورد این داروها نیز رعایت شرایط آسپتیک طی پروسه رقیق سازی و همچنین توجه به شرایط نگهداری و زمان پایداری در سرم اهمیت بسیار دارد.

داروهای multiple dose را در صورت امکان برای هر بیمار جداگانه استفاده نمایید.

در مورد شرایط استفاده داروها شرایط ذکر شده در بروشور دارو مطابق توصیه کارخانه سازنده به هر گونه مطلب ذکر شده در این راهنما ارجح می باشد.

در صورتی که یک ویال multiple dose برای چند بیمار استفاده می شود، آن را در یخچال دارویی و یا اتاق تریتمنت بخش و دور از دسترس بیماران نگه داری کنید تا از آلودگی ویال در اثر تماس مستقیم یا غیر مستقیم با سطوح آلوده که به نوبه خود می تواند باعث ایجاد عفونت در بیماران شود، پیشگیری شود.

جهت استفاده از ویال های چند دوزی هر بار از تجهیزات مصرفی تزریقی جداگانه ای (سرنگ های یک بار مصرف استریل) به کار برید.

سر سوزن را در استپر ویال به جای نگذارید زیرا راهی برای نفوذ عوامل آلوده کننده به ظرف دارو فراهم می شود. در مورد فراورده های به شکل کیسه پلاستیکی برای جلوگیری از نفوذ رطوبت از جدا کردن پوشش نایلونی روی کیسه خودداری نمایید.

در استفاده از ویال چند دوزی، دارو را مطابق با توصیه کمبانی سازنده و یا رفرنس موجود نگهداری نمایید و به شرایط ویژه مانند نگهداری در درمای اتاق یا یخچال و یا حفاظت از نور توجه نمایید.

تاریخ اولین استفاده از یک ویال چند دوزی و تاریخ دور ریخته شدن آن را روی ویال ثبت نمایید.

ویال هایی که بدون لیبل تاریخ باز شدن باشند، قابل اطمینان نیستند، از تجویز آنها به بیمار خودداری نموده و دارو را دور بریزید.

قبل از تجویز دارو به بیمار ویژگی های ظاهری دارو را بررسی نمایید و در صورت مشاهده هرگونه کدورت، رسوب یا ذره دارو را دور بریزید.

داروهای مولتیپل دوز می بایست با رعایت کلیه تکنیک های آسپتیک و در اتاق تریتمنت بخش آماده گردند. چنانچه کشیدن دارو از ویال در بالین بیمار و یا درون اتاق عمل انجام می شود داروی مولتیپل دوز تبدیل به سینگل دوز شده و باقیمانده دارو قابل نگهداری نخواهد بود.

در صورت وجود هر گونه شبهه در خصوص داروهای چند دوزی با داروساز بیمارستان مشورت نمایید.

ویال هایی که فاقد ماده محافظ می باشند را در صورت امکان بلافاصله پس از مصرف دور بریزید و یا به شرط رعایت تکنیک های آسپتیک در آماده سازی و کشیدن دارو و نگهداری در شرایط استاندارد حداکثر ۲۴ ساعت نگهداری نمایید.

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

نتایج مطالعات بسیاری نشان داده است که کارکنان خدمات سلامت می توانند با انجام پروسیجرهای تمیز یا لمس نواحی سالم پوست بیماران بستری دست ها یا دستکش هایشان را آلوده به پاتوژن هایی نظیر باسیل گرم منفی، استافیلوکوک آرئوس، اینروکوکی یا کلسترییدیوم دیفیسیل نمایند.

در شش موقعیت حتما "بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند:

- در صورت کثیفی آشکار دست ها
- آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن
- بعد از استفاده از توالت
- در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلسترییدیوم دیفیسیل
- بعد از needle stick شدن
- حداکثر بعد از ۷-۸ بار استفاده مکرر از محلول های ضدعفونی

مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست

این موقعیت ها عبارتند از :

۱. قبل از تماس بیمار

۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل

۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات

۴. بعد از تماس با بیمار

۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

* برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول های مالش با پایه الکلی و صابون استفاده نکنید.

* مدت زمان شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است

* مدت زمان ضدعفونی دست ها با مالش به یکدیگر ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است

* با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکرو ارگانیسم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.

* در محیط اتاق عمل: بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل، اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.

اقدامات پیشگیری

۱- به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول های Hand Rub نمی شود.

۲- استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد. ضروریست از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد. اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر موارد بالقوه عفونی، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است.

۳- از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.

۴- در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز نیست موضع دیگر همان بیمار (مشمول بر پوست آسیب دیده، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود، دستکش را در آورده یا عوض کنید.



خطاها و حوادث ناخواسته

بیمارستان یک فرآیند مستند و شفاف برای گزارش خطاها مدون کرده است و برای گزارش خطاها یک سیستم بدون تنبیه و عاری از سرزنش، ایجاد نموده است.

خطای پزشکی (Medical Error):

هر گونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب به خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود، این خطاها مستقل از خطرات ذات بیماری زمینه ای و یا عوارض آن و حتی بیماری نهفته می باشد و به عبارتی بر بیمار تحمیل می شود.

تعریف انواع خطاهای درمانی:

- خطاهای منجر به بروز آسیب های فاجعه آمیز SENTINEL EVENT: خطاهای جبران ناپذیری که منجر به (مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و فیزیولوژیک) می شوند به عنوان خطاهای SENTINEL یا هشدار دهنده نامیده می شوند.
مثال: مرگ یا از دست دادن عملکرد دائمی به شرطی که با بیماری اصلی و یا زمینه ای بیمار ارتباطی نداشته باشد / خودکشی بیمار / جراحی محل عمل اشتباه، بیمار اشتباه، روش اشتباه / ربوده شدن نوزاد یا ترخیص کودک به خانواده دیگر / موارد تجاوز و ...

۲- خطاهای منجر به بروز آسیب **ACCIDENT** : خطاهای که اتفاق افتاده و منجر به آسیب هم شده است اما آسیب وارده جبران پذیر است. مانند بیماری که به دنبال سقوط از تخت دچار جراحت شده است (مانند خراشیدگی پوست).

۳- خطاهای بدون عارضه **NO HARM EVENT** یا **INCIDENT**: خطاهایی که اتفاق می افتد و در نتیجه آن هیچ آسیبی به بیمار وارد نمی شود اما حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان فرایند دارد. حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد. مانند بیماری که از تخت سقوط کرده و هیچ آسیبی به او وارد نشده است.

۴- حوادث نزدیک به خطا **NEAR MISS** : یعنی اشتباه و خطایی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس، تشخیص و تصحیح به موقع، خطا متوقف شده و روی نداده است. به عنوان نمونه احتمال سقوط بیمار از تخت که از سقوط بیمار جلوگیری شده و سقوط وی اتفاق نیافتاده است. اما تکرار این خطا می تواند منجر به آسیب جدی وی گردد.

روش های گزارش دهی خطاهای پزشکی:

در صورت بروز خطای پزشکی و هرگونه آسیب به بیمار، فرم های گزارش دهی خطا توسط پرسنل تکمیل شده و به صورت دستی (حضور)، و یا از طریق انداختن در صندوق گزارش دهی خطاهای پزشکی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان ارسال می شود. در صورتی که خطا منجر به آسیب های جبران پذیر و یا آسیب های جبران ناپذیر شده باشد، علاوه بر تکمیل فرم گزارش خطا، مستقیماً (در همان زمان) به مسئول ایمنی بیمار / سوپروایزر شیفت اطلاع داده می شود.

*گزارش داوطلبانه خطاهای پزشکی: تمامی خطاهایی که منجر به آسیب نشده است شامل خطاهای **Incident** و **NEAR MISS** به صورت داوطلبانه توسط پرسنل گزارش داده می شود.

* گزارش اجباری خطاهای پزشکی: تمامی خطاهای منجر به بروز آسیب شامل خطاهای SENTINEL EVENT و یا ACCIDENT به صورت اجباری بایستی توسط پرسنل گزارش داده شود. خطاهای ACCIDENT در نزدیکترین کمیته مرگ و میر مورد بررسی قرار گرفته و در صورت نیاز بلافاصله کارگروه RCA تشکیل می گردد و به منظور بررسی خطاها SENTINEL EVENT، ظرف مدت 24 ساعت از زمان وقوع رخداد از طریق فاکس به معاونت درمان دانشگاه ذیربط اعلام شده و حداکثر تا 72 ساعت با حضور نماینده دانشگاه، کمیته مرگ و میر تشکیل می گردد.

* نوشتن مشخصات فردی گزارش دهنده (شامل نام و نام خانوادگی، نام بخش، تاریخ و ساعت وقوع خطا) در فرم گزارش خطا داوطلبانه می باشد زیرا که هدف تأکید بر اصلاح سیستم و فرآیندها می باشد نه اصلاح افراد.

تحلیل علل ریشه ای (RCA): یکی از ابزارهای مدیریت خطر به صورت گذشته نگر است. تحلیل علل ریشه ای فرآیند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت (علل) واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت (علل) می باشد. خطاهای تکراری، حیاتی و همچنین نتایج بررسی خطاهای منجر به (Sentinel Event) در کمیته مرگ و میر، به منظور شناسایی و تحلیل علت ریشه ای خطا توسط تیم بررسی می گردد.

ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی:

به منظور ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی عوامل زیرساختی و فرآیندی مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی از طریق بازدیدهای مدیریتی و میدانی ایمنی جمع آوری شده و بعد از تعیین اولویت در کارگروه FMEA در کمیته های مرتبط بررسی و اقدامات اصلاحی، انجام می گردد.

FMEA: یکی از ابزارهای مدیریت خطر به صورت آینده نگر است. رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خرابی و شکست در فرآیند طراحی و تولید یک کالا یا ارائه یک خدمت (با هدف پیشگیری از وقوع این خرابی ها و حالات شکست) است

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (واک راند):

یک روش غیر رسمی و دوستانه برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان می باشد و همچنین حمایت مدیران از گزارش خطا را نشان می دهد.

این بازدید ها به صورت هفتگی و مرتب طبق برنامه قبلی که توسط هماهنگ کننده ایمنی بیمار تهیه شده و در بخش ها موجود می باشد، انجام می شود.

کنترل و مصرف گازهای طبی

بر اساس نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۵۵۷/۴۰۲ مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۱۱ پرسنل بایستی از استاندارد ملی شماره 304 با موضوع استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی، آگاهی داشته باشند.

– نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی شامل موارد ذیل می باشد:

- *کپسول های گازهای طبی در مکان های خود محکم شده اند.
- *حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می شود.
- *بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.
- *دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.
- *از سیلندرهای گاز نباید به عنوان غلطک، تکیه گاه و یا دیگر مقاصد به جز تحویل گاز استفاده شود.

رنگ بندی کپسولها بر طبق استاندارد

ردیف	نام گاز یا فرمول شیمیایی	رنگ
۱	No2 (اکسید نیتروژن)	آبی
۲	Co2 (دی اکسید کربن)	خاکستری
۳	هلیوم	قهوه ای
۴	اتیلن	بنفش
۵	سیکلوپروپان	نارنجی
۶	اکسیژن	سفید یخچالی
۷	نیتروژن	سیاه

UPS (منبع تغذیه بدون وقفه):

UPS* بین برق شهر و مصرف کننده قرار گرفته و در صورت قطع برق شهر بدون هیچگونه وقفه برق مصرف کنندگان را تأمین می کند.

*معمولا" از **UPS** برای تغذیه برق کامپیوترها و تجهیزات درمانی و تشخیصی حساس و حیاتی بخش های ویژه مانند اتاق عمل و **ICU** و ... استفاده می شود.

UPS* علاوه بر تأمین برق موقت می تواند اثرات مخرب کاهش یا افزایش ولتاژ شبکه و نویز الکتریکی را نیز بر روی مصرف کننده از بین ببرد.

*** تمامی پرسنل بایستی از محل پریز های **UPS** خود آگاهی داشته باشند.



موارد بحرانی (Panic Value):

کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی که در صورت عدم رسیدگی به موقع موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک (SENTINEL EVENT) می گردد.

نحوه اطلاع رسانی موارد بحرانی (Panic Value):

*موارد بحرانی از طریق خط تلفن آزاد (دارای لیبل Panic Value) موجود در آزمایشگاه به بخش ها اطلاع رسانی می گردد.

*پرستار موظف است بلافاصله با پزشک معالج تماس حاصل نموده و پس از قرائت گزارش موارد بحرانی با استفاده از تکنیک SBAR موارد بحرانی و دستور تلفنی یا شفاهی پزشک را در برگه دستورات پزشک در پرونده بیمار ثبت نماید.

*موارد بحرانی، نام فرد گزارش کننده، نام فرد گزارش گیرنده، تاریخ و ساعت بایستی در دفاتر Panic Value در واحد مبدأ (آزمایشگاه) و در بخش های بالینی ثبت گردد.

تجهیزات پزشکی ضروری :

- تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق میشود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به مخاطره بیندازد.
(به عنوان مثال: دی سی شوک).
- در صورتی که تجهیزات ضروری بخشی دچار مشکل گردد، بخش یا واحد پشتیبان، به نحوی انتخاب می شود که امکان جایگزینی تجهیزات را به بخش مربوطه در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان، میسر سازد. این پشتیبانی بایستی به صورت شبانه روزی پیش بینی می شود.

***** لیست تجهیزات ضروری مورد تأیید مسئول تجهیزات پزشکی در تمامی بخش ها / واحدهای درمانی موجود می باشد و پرسنل بخش مربوطه بایستی از لیست تجهیزات ضروری و بخش / واحد پشتیبان آگاهی داشته باشند.*****



بیمارستان ۹۶ تختخوابی ابن سینا نورآباد لرستان

فرم ارزیابی اولیه بیمار

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

PATIENT PRIMARY ASSESSMENT SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک مدافع:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date Of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date Of Birth: تاریخ تولد:	Father's Name: نام پدر:
	Bed: تخت:	Marital Status: وضعیت تاهل:	جنس: ☐ مرد ☐ زن
آدرس و شماره تلفن:		Marital Status: Married ☐ Single ☐ ☐ متاهل ☐ مجرد	تاهل: ☐ نامزد ☐ غیر ایرانی ☐

تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	وزن (kg):	قد:
نحوه ورود: یا پای خود ☐ سندلی چرخدار ☐ برانکار ☐ سایر موارد:			
همراهان بیمار: خانواده ☐ دوستان ☐ همکار ☐ بدون همراه ☐ مراجعه از: مطب پزشک ☐ سایر موارد:			
تحصیلات: باسواد ☐ بی سواد ☐ شغل:			

سطح هوشیاری: هوشیار ☐ خواب الود ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐ آگاه به زمان و مکان ☐ همکاری: ☐ بله ☐ خیر ☐
زبانی که صحبت می کند: فارسی ☐ زبانهای دیگر:
GCS (EYE + VERBAL + MOTOR = TOTAL SCORE.....)

تارویی: بله ☐ خیر ☐ نوع دارو:	عکس العمل:
غذایی: بله ☐ خیر ☐ نوع غذا:	عکس العمل:
حساسیت به سایر موارد:	

دلیل بستری شدن از نظر بیمار:
سوابق بیماری: بیماریهای قلبی - عروقی ☐ هیپرتانسیون ☐ آرتریت ☐ CVA ☐ سرطان ☐ بیماریهای تنفسی ☐ بیماریهای کلیوی ☐
سابقه خودکشی ☐ بیماریهای گوارشی - کبدی ☐ بیماریهای عفونی ☐ هپاتیت ☐ HIV ☐ سرع ☐ دیابت ☐ تیروئید ☐ بیماریهای ژنتیک ☐ بیماریهای روانی ☐
سابقه ترانسفوزیون خون: ☐ واکنشها: ☐ بله ☐ خیر ☐ سابقه بیماری خاص در خانواده: ☐ بله ☐ خیر ☐ تمام بیماری:
خواب و استراحت: آرام ☐ مشکلات خواب ☐ رژیم غذایی خاص:
بیماران خانم: بارداری ☐ تعداد:

غذای مورد نیاز بیمار در ۲۴ ساعت گذشته	ارزیابی اول	ارزیابی دوم
آیا نمایه توده بدنی بیمار کمتر از ۲۰٪ می باشد؟	بله ☐ خیر ☐	بله ☐ خیر ☐
آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته بیش از ۵٪ کاهش وزن ناخواسته داشته است؟	بله ☐ خیر ☐	بله ☐ خیر ☐
آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش مصرف غذا به هر دلیل شده است؟	بله ☐ خیر ☐	بله ☐ خیر ☐
آیا بیماری فرد شدید و مخاطره آمیز است؟	بله ☐ خیر ☐	بله ☐ خیر ☐

نتیجه غربالگری: تکمیل فرم ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه لازم است ☐ تکرار غربالگری بعد از یک هفته لازم است ☐
تنظیم رژیم غذایی در بافتن ۵ سوره تغذیه: سرخاگی ☐ خالیز ☐ پیوند ☐ سرطان ☐ بستری در بخش مراقبت ویژه (ICU) از ۲۴ ساعت ☐ سایر:
تنظیم رژیم غذایی در مادران باردار: دیابت ☐ پره کلانسی ☐ آکلانسی ☐ سایر:
تنظیم رژیم غذایی در کودکان ۱۳ س، نذید ☐ سوختگی ☐ بیماری کلیوی ☐ سلیاک ☐ سرطان ☐ بیماری مادرزادی و متابولیک ☐ سایر:

نشان خیر:	تعداد نشی:	تعداد تنفس:
سیستم قلبی: دارای درد قلبی سینال ☐ معن و نحوه انتشار: شسته منت ☐ دارای اند اندام ☐ محل و نوع آدم ☐		
سیستم عصبی: سر گیجه ☐ عدم تعادل ☐ سر درد ☐ قدرت برابر و متقارن اندام ها ☐		
سیستم گوارش: یمن مشکل ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ بی اشتها ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ تلخ ☐ اختلال در بلع ☐		
سیستم دفعی: بی اختیاری مدفوع ☐ درد در هنگام دفع ☐ ملنا ☐ دارای استوما ☐ سابقه استفاده از ملین ها ☐		
سیستم پوست: ضایعات پوستی: زخم ☐ آکیمز ☐ التهاب ☐ خارش ☐ محل و اندازه ضایعه:		
سیستم کلیوی: یمن مشکل ☐ سوزش ادرار ☐ نکر ادرار ☐ بی اختیاری ☐ همجوری ☐		
سیستم تنفسی: یمن مشکل ☐ الگوی تنفسی: سریع ☐ عمیق ☐ سطح ☐ دیس پنه با فعالیت ☐ در زمان استراحت ☐		
چشم/ENT: چشمها: شفاف ☐ تک زبانی ☐ متعجب ☐ بینی: سالم ☐ دور بینی ☐ خیر بینی ☐ گوشها: سالم ☐ درد ☐ خونریزی ☐		
اندام فوقانی: طبیعی ☐ دارای درد ☐ دور بینی ☐ پارگی ☐ بی حس ☐ عدم حرکت ☐ گرگز ☐ قطع عضو ☐		
اندام تحتانی: طبیعی ☐ دارای درد ☐ دور بینی ☐ پارگی ☐ بی حس ☐ عدم حرکت ☐ گرگز ☐ قطع عضو ☐		

خدمات خودمراقبتی و باز توانی	توانایی صحبت کردن: ☐ بله ☐ خیر مشکل شنوایی: ☐ بله ☐ خیر توانایی انجام کار روزانه حرکت: ☐ بله ☐ خیر نقص و قطع عضو: ☐ بله ☐ خیر استفاده از اکسیژن در خانه: ☐ بله ☐ خیر	تشکیل بنای: ☐ خیر ☐ بله سمعک: ☐ گوش راست ☐ گوش چپ لباس پوشیدن: ☐ بله ☐ خیر دندان مصنوعی: ☐ بله ☐ خیر داشتن: ☐ قرن ☐ عین ☐ آلت ☐ پانسمان ☐ تراکشن ☐ محل آن:	لغنی ☐ کم لغنی ☐ عتک ☐ لغنی			
ارزیابی زخم بستر Norton	امتیاز	وضعیت جسمانی	وضعیت ذهنی	فعالیت	تحریک	بی اختیاری
۴	خوب	آگاه	متحرک	کامل	ندارد	خیلی پرخطر - کمتر از ۹
۳	متوسط	بی تفاوت	قدم زدن یا کمک	محدودیت جزئی	گهگاه	پرخطر - ۱۲-۱۰
۲	ضعیف	مغشوش	محدود به صندلی	خیلی محدود	معمولا تاراج	خطر متوسط - ۱۴-۱۳
۱	خیلی بد	گیج، کتک ذهنی	محدود به بستر	بی حرکت	مذوق (ادرار)	کم خطر - بیشتر از ۱۴
امتیاز کل:						
ارزیابی احتمال سقوط از تخت: MORSE	نمره	وضعیت ذهنی	وضعیت حرکتی	استفاده از ابزار حرکتی:	وینگر	ریسک
۲۵	وضعیت ذهنی	وضعیت حرکتی	استفاده از ابزار حرکتی:	وینگر	ریسک	ریسک بالا = ۲۵ و بالاتر
۱۵	وضعیت ذهنی	وضعیت حرکتی	استفاده از ابزار حرکتی:	وینگر	ریسک	ریسک متوسط = ۲۵-۴۴
۲۰	وضعیت ذهنی	وضعیت حرکتی	استفاده از ابزار حرکتی:	وینگر	ریسک	ریسک پایین = ۲۴-۰
۱۵	وضعیت ذهنی	وضعیت حرکتی	استفاده از ابزار حرکتی:	وینگر	ریسک	امتیاز کل:
سقوط بیمار ☐ واکنش نامناسب ☐ انتقال خون ☐ آسیب حین تولد نوزاد ☐ خطر زخم بستر ☐ علوئت بیمارستانی شدید ☐						
ارزیابی ایمنی بیمار	آسیب های جراحی معجز به مرگ یا آسیب پایدار: سوختگی با کویر ☐ انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه ☐ جا دادن جسم خارجی ☐ آمبولی ریه ☐ عوارض بیهوشی یا جراحی ☐ خوریزی یا همایوم شدید ☐ آسیب های دارویی: ☐ تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر ☐ تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی ☐ شوک آنفلاکسی ناشی از دارو ☐					
ارزیابی درد خدمات تسکینی	این پرسشنامه را در صورت وجود درد از صفر تا ده چه نمره ای به درد خود می دهید؟ در کدکلی مقیاس شکلی ای که گردانیده از ۰ تا ۱۰: روهای ممکن درد: ☐ بله ☐ خیر ☐ نوع دارد: ☐ نوع ندارد: غیر دارویی: ☐ بله ☐ خیر ☐ نوع دارد: ☐ نوع ندارد:					
حمایت اجتماعی	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐ مطلقه ☐ تعداد فرزندان: سیستم حمایتی: ☐ پدر ☐ مادر ☐ خانواده ☐ دوستان و آشنایان ☐ بهزیستی ☐ کمیته نهاد ☐ هیچ کس ☐ احتمال آسیب / خشونت / سوء استفاده: ☐ دارد ☐ ندارد ☐ نیاز به خدمات مددکاری: ☐ دارد ☐ ندارد ☐					
ارزیابی روحی (در صورت)	مرد ☐ زن ☐ سن کمتر از ۲۲ و بیشتر از ۴۴ ☐ سابقه افسردگی ☐ سابقه خودکشی ☐ مصرف الکل ☐ عدم تکرار منظمی ☐ عدم حمایت اجتماعی ☐ مزاحمت خودکشی ☐ مجرد مسکله بیرون ☐ بیماری مزمن و شدید ☐ ۰ تا ۴ ترخیص، همراه با پیگیری ☐ ۴ تا ۶ پیگیری با پیشنهاد بستری ☐ ۶ تا ۸ بستری و تحت نظر ☐ ۸ تا ۱۰ بستری و آسیب به خود و دیگران تحت نظر ☐					
خدمات ارتقای سلامت	ارزیابی ارتقای سلامت از نظر عام: ☐ احتمال دخالت ☐ مصرف آلت ☐ نایبه ☐ عدم تحرک و چاقی ☐ ریه ☐ اجتماعی ☐ اقتصادی ☐ ارزیابی ارتقای سلامت از نظر خاص: ☐ بیماری های قلبی ☐ دیابت ☐ بیماری های ریه ☐ فشار خون ☐ شکته معزی ☐ سرطان ☐ و آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر دارد؟ ☐ روانشناسی ☐ شنوایی شناسی ☐ بستر پزشکی ☐ سایر موارد:					
نیازهای آموزش بیمار	آشنایی با بیماری: ☐ تعریف ☐ علائم ☐ عوارض بیماری ☐ داروها و مصرف آن ☐ مراقبت ☐ رژیم غذایی ☐ فعالیت و استراحت ☐ تسکین درد ☐					
تشخیص های پرستاری بر اساس لویت:	۱- ☐ یک ☐ دو ☐ سه ☐ چهار ☐ پنج					
محل مراقبتی	۱- ☐ یک ☐ دو ☐ سه ☐ چهار ☐ پنج					

مهر و امضا پرستار

Learn & share

نوشته زیر نتیجه گزارش یک خطای تجربه شده در بیمارستان ما می باشد که به منظور اطلاع و بهره گیری از آن خدمت شما ارائه می گردد. لذا خواهشمند است با مطالعه تجربه کسب شده از تکرار آن جلوگیری نموده و در راستای ارتقای کیفیت ارائه خدمت به بیماران گام موثری برداریم.

بیان مسئله:

پرستار به علت عدم آشنایی با دست خط پزشک و بی دقتی به جای ثبت داروی سفتریاکسون در کاردکس به اشتباه داروی سفازولین را ثبت نموده بود، که این امر منجر به آسیب به بیمار و اختلال در روند درمانی می شود.

درس های آموخته شده از خطا:

- ۱- در اولویت قرار گرفتن ایمنی و کیفیت مراقبت برای کارکنان
- ۲- جداسازی و تفکیک داروهای مشابه در قفسه های جداگانه در انبار دارویی داروخانه و بخش ها
- ۳- استفاده از برجسب دارویی مشابه جهت داروهای مشابه مطابق لیست داروهای مشابه
- ۴- آگاهی پرسنل داروخانه و بخش های درمانی از لیست داروهای مشابه
- ۵- پرستاران قبل از دارودهی اصول 8Right را رعایت نمایند.
- ۶- توجه به اصول آماده سازی داروها قبل از تزریق
- ۷- تاکید به پزشکان جهت خوانا نوشتن دستورات
- ۸- کاردکس نویسی نیروهای جدید ورود در حضور نیروهای با سابقه انجام شود.
- ۹- تحویل گرفتن داروهای پرخطر و مشابه با اتیکت از داروخانه

رضایت آگاهانه

در بیمارستان یک لیست از اقدامات و درمان هایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه بر اساس آن اخذ می گردد، لیست مذکور حداقل شامل موارد ذیل است:

۱. اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی
۲. بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق
۳. استفاده از خون و فرآورده های خونی
۴. تحقیقات
۵. اقدامات درمانی پرخطر (حداقل شامل : شوک درمانی، پرتودرمانی، پرتو تشخیصی، مهار فیزیکی، شیمی درمانی و آنژیوگرافی)

الزامات اخذ رضایت آگاهانه در اعتباربخشی (فرم رضایت نامه)

یک رضایت نامه کتبی به صرف امضای بیمار معتبر نیست بلکه در اخذ رضایت از بیمار بایستی تمام روش های درمانی ممکن و عوارض و خطرات آنها به بیمار توضیح داده شود تا بیمار با آگاهی کامل تصمیم گیری نماید .

فرم رضایت نامه آگاهانه دارای دو بخش است:

الف) آگاه سازی: اطلاعات لازم در زمینه روش فعلی-خطرات و محاسن آن، اطلاعات در خصوص جایگزین های روش فعلی

ب) گواهی: تاریخ، ساعت، امضا یا اثر انگشت گیرنده خدمت یا ولی قانونی او

شرایط فرم رضایت نامه:

۱- محتوای فرم های رضایت نامه بایستی برای بیمار قابل فهم و روشن باشد.

۲- از بکار بردن اصطلاحات پزشکی خودداری شود.

۳. بیمار بایستی با آزادی کامل و بدون اجبار این فرم ها را امضاء نماید.

۴. فرم به امضاء پزشک و بیمار و یک شاهد برسد.

اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی حداقل شامل موارد ذیل است:

- ۱- مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمام اعمال جراحی
- ۲- هرگونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد.
- ۳- هرگونه جراحی های بزرگ و کوچک
- ۴- تزریق بوتاکس، سوزاندن بینی
- ۵- BMA/BMB کموتراپی، رادیوتراپی بیماران انکولوژی
- ۶- هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بی حسی موضعی/ بی هوشی عمومی، مراقبت پایش شده بی هوشی و تسکین توام باشد.
- ۷- تزریق هرگونه ماده/ مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
- ۸- آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست مانند: (آرتروسینتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان، lp، پاراسنتز، توراسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، گذاردن chest tube).
- ۹- بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست، اندام های تناسلی ادراری)
- ۱۰- پروسیجرهای قلبی (به عنوان مثال: مطالعه الکتروفیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت، گذاردن بالون داخل آئورتیک، کاردیوورژن الکتیو)

۱۱- آندوسکوپي ((به عنوان مثال: کولونوسکوپي، برونکوسکوپي، ازفاگوگاستریک آندوسکوپي، سیستوسکوپي، گاستروستومی آندوسکوپیک زیر جلدی، گذاردن لوله نفروستومی، گذاردن J-Tube)).

۱۲- پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (به عنوان مثال: کله سیستوسکوپي لاپاراسکوپیک، نفروکتومی لاپاراسکوپیک).

۱۳- پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (به عنوان مثال: آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی زیرجلدی)

۱۴- پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی، اکسزئون و کرایوتراپی عمیق بافت های بدخیم)

۱۵- پروسیجرهای تهاجمی چشمی (به عنوان مثال: پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توام می باشند)

۱۶- پروسیجرهای دهانی شامل: کشیدن دندان، بیوپسی لثه، جراحی ریشه، پالپوتومی اطفال، باز کردن آبسه دهان، جا اندازی فک

۱۷- جراحی ضایعات پاتولوژیک دهان، فک و صورت اعم از خوش خیم و بدخیم، شکستگی های استخوان صورت، آبسه های فضاهاى فاشیال، پاروتیدکتومی، Section کردن، بازسازی بافت نرم با فلپ های ناحیه ای و دور دست

۱۸- FNA

۱۹- اسکروتراپی

۲۰- اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرورفته، وغيره)

۲۱- دبریدمان پوست/ زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام میشود.

۲۲- درمان الکتروشوک

۲۳- رادیوتراپی در بیماران انکولوژی

۲۴- سنگ شکنی (به عنوان مثال: سنگ های انسدادی کلیه، کبد و...)

- ۲۵- گذاردن کاتتر ورید مرکزی PICC
- ۲۶- گذاردن Peg
- ۲۷- لاواژ پریتوان
- ۲۸- تراکئوستومی
- ۲۹- اکوی ترانس واژینال
- ۳۰- شوک بیمار
- ۳۱- کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتریال
- ۳۲- پروسیجرهای تهاجمی ناباروی (بیوپسی سرویکس، واژن، کورتاژ تشخیصی سرپایی، گذاشتن IUD، کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتریال)
- ۳۳- بلوک درمانی عصب
- ۳۴- ختنه
- ۳۵- ترانسفوزیون خون
- ۳۶- شیمی درمانی
- ۳۷- دیالیز صفاقی
- ۳۸- دیالیز خونی
- ۳۹- پلاسمافرز
- ۴۰- CVP LINE، آرترو سنتز، شالدون گذاری، جا اندازی شانه و جا اندازی های ارتوپدی، لاواژ تشخیص پریتوئن

توجه:

۱- گذاردن سوند فولی، بازکردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمیشود.

۲- پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

۳- از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فرز، دیالیز صفاقی، دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.

I. شرایط بیمار

II. نحوه درمان

III. روش های درمانی جایگزین

IV. احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی

V. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند

VI. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

تهیه کننده : محمدرضا نامداری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان ابن سینا نورآباد