

بسم الله الرحمن الرحيم

سرشناسه	:	نیک‌خواهی، اعظم، ۱۳۵۸ - گردآورنده
عنوان و نام پدیدآور	:	کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود/ گردآورندگان اعظم نیک‌خواهی، با همکاری لیلا وکیلی، مهدی عروجی، مصطفی عنبرستانی.
مشخصات نشر	:	سبزوار: انتشارات خمسه النجباء (ع)، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	:	۱۴۵ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	:	978-600-6209-46-3
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	چاپ دوم.
موضوع	:	بیمارستان‌ها -- ایران -- سبزوار -- کارمندان و کارکنان -- دستنامه‌ها
موضوع	:	بیمارستان قمربنی‌هاشم(ع)(جوین)
موضوع	:	بیمارستان‌ها-- ایران -- کارکنان پزشکی -- شرح وظایف
شناسه افزوده	:	وکیلی، لیلا، ۱۳۵۴ - گردآورنده
شناسه افزوده	:	عروجی، مهدی، ۱۳۵۷ - گردآورنده
شناسه افزوده	:	عنبرستانی، مصطفی، ۱۳۵۸ - گردآورنده
رده بندی کنگره	:	۹۹۰ الف/ ۹۴ س ۱۳۹۳۲ RA
رده بندی دیویی	:	۳۶۲/۱۱۰۹۵۵۸۲۵۶
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۷۴۲۱۲۴

کتابچه توجیهی کارکنان جدید الورود

گردآورندگان:		اعظم نیک‌خواهی با همکاری لیلا وکیلی ، مهدی عروجی ، مصطفی عنبرستانی
زیر نظر:		محمدرضا قزلقارشی
ویرایش:		فروردین ۹۵
انتشارات :		خمسه النجباء علیم السلام
صفحه آرای ، چاپ و صحافی:		رسانه سبزوار - ۴۴۲۲۸۷۹۱ - ۵۱ -
نوبت چاپ:		بهار ۹۵
شابک:		978-600-6209-46-3
قطع:		وزیری
پست الکترونیک:		GB Hospital@medsab.ac.ir

فهرست مطالب

۶	تاریخچه
۷	مشخصات بیمارستان
	حقوق گیرندگان خدمت
۱۸	بینش و ارزش
۱۸	حقوق بیمار
	ایمنی بیمار
۲۴	ایمنی بیمار
۲۴	توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲۵	شناسایی بیمار
۲۷	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۳۲	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۳۳	گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر
۳۳	گام دوم - تأیید هویت بیمار
۳۴	گام سوم - علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی
۳۸	گام چهارم - بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل
۳۹	گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط
	کنترل عفونت
۴۶	عفونت بیمارستانی
۴۷	الگوریتم شناخت عفونت بیمارستانی
۴۸	رعایت احتیاط های استاندارد
۴۹	بهداشت دستها
۵۱	استفاده از وسایل حفاظت فردی
۵۴	دفع مناسب زباله های نوک تیز و کاهش رفتارهای پرخطر
۵۴	جمع آوری صحیح البسه و لوازم آلوده بیماران و نظافت
۵۴	رعایت احتیاط در زمان احیا
۵۵	احتیاطات مربوط به انتقال از راه تماس Contact Precaution
۵۶	احتیاطات مربوط به انتقال از راه قطره Droplet Precaution
۵۷	احتیاطات مربوط به انتقال از راه هوا Airborne Precaution
۵۹	کمکهای اولیه فوری پس از مواجهه در کاکتان بهداشتی
	آتش نشانی
۶۲	روشهای عمومی اطفاء حریق
۶۴	آتش سوزی
۶۶	انواع آتش

۶۸	انواع مواد اطفاء حریق
	مدیریت بحران
۷۰	فرایند عملیات
۷۱	مدیریت درمان
۷۱	واحد عملیات
۷۲	واحد پشتیبانی
۷۴	کد سیاه (واحد سردخانه)
۷۵	واحد نگهداری واحد امنیت و انتظامات
۷۵	واحد مخابرات
۷۶	واحد تغذیه
۷۶	واحد تاسیسات
۷۷	واحد رسانه و روابط عمومی
۷۷	واحد داروخانه
۷۸	واحد آزمایشگاه
۷۸	واحد انبار
۷۹	واحد پرستاری و تریاژ
۸۰	واحد رادیولوژی
۸۰	واحد مددکاری
۸۱	واحد اعزام و ترخیص
۸۱	واحد نظافت و بهداشت
۸۲	واحد پذیرش
۸۲	واحد روانپزشکی
	مدیریت خطر
۸۶	Risk management و مراحل آن
۸۹	یادگیری از خطاها
۹۰	تحلیل ریشه ای وقایع (Root cause analysis)
	ویژگی های فرهنگی و بومی منطقه
۹۲	معرفی اجمالی شهرستان جوین
۹۴	آثار باستانی
۹۶	موقعیت اجتماعی
	قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش
۹۸	قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش
۹۹	لباس فرم کارکنان
	قوانین و مقررات اداری و انضباطی
۱۰۲	حقوق و مزایا
۱۰۷	حقوق و تکالیف کارمندان
۱۱۰	ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل

تجهيزات پزشکی	
۱۱۶	دستگاه ساکشن
۱۱۶	گلوکومتر
۱۱۷	انکوباتور توسان مدل ۱۱۰
۱۱۸	دستگاه نیولایزر
۱۱۹	"pulse Oxymetry" پالس اکسی متری
۱۲۱	کاپنومتری ، کاپنوگرافی
۱۲۳	دستورالعمل استفاده از پمپ انفوزیون مدل B-Braun
شرح وظایف کارکنان	
۱۲۷	شرح وظایف مدیر خدمات پرستاری (مترون)
۱۲۹	شرح وظایف سرپرست کنترل عفونت (سوپروایزر)
۱۳۰	شرح وظایف سوپروایزر آموزشی
۱۳۲	شرح وظایف مددکار
۱۳۳	شرح وظایف کاردان رادیولوژی
۱۳۳	شرح وظایف کارشناس رادیولوژی
۱۳۵	شرح وظایف سرپرستار
۱۳۷	شرح وظایف کارشناس مامایی
۱۳۸	شرح وظایف ماما
۱۳۹	شرح وظایف کاردان آزمایشگاه
۱۴۰	شرح وظایف کارپرداز
۱۴۰	شرح وظایف کاردان هوشبری
۱۴۲	شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری
۱۴۵	شرح وظایف کاردان اطاق عمل
۱۴۷	شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس

تاریخچه



بیمارستان قمرینی هاشم (ع) جوین در تیرماه ۱۳۸۲ با حضور وزیر محترم وقت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی، فرماندار و سایر مسئولین شهرستان سبزوار افتتاح گردید. کلنگ احداث این بیمارستان در آبان ماه ۱۳۶۶ باحضور نمایندگان وقت مجلس شورای اسلامی وسایر مسئولین شهرستان سبزوار در یک زمین اهدائی از طرف یک خیر به مساحت ۳۲۰۰۰ متر مربع

به زمین زده شد، ساختمان بیمارستان نیز با کمک مردم شهرستان

جوین و خیرین محترم زیر نظر هیئت امناء بیمارستان ساخته شد و در سال ۱۳۷۲ تحویل دانشگاه علوم پزشکی سبزوار گردید و پس از تجهیز توسط دانشگاه در سال ۱۳۸۲ افتتاح گردید .

در تیر ماه ۸۲ واحدهای اورژانس، آزمایشگاه ، داروخانه و بلوک زایمان فعال گردید. در مهرماه ۱۳۸۲ با جذب متخصص کودکان ونوزادان، بخش کودکان بیمارستان شروع به فعالیت نمود. در سال ۱۳۸۳ با جذب متخصصین داخلی ، جراحی و بیهوشی، بخشهای داخلی، جراحی و اتاق عمل شروع به فعالیت نمود و در سال ۱۳۸۴ متخصص رادیولوژی وسونو گرافی وزنان و زایمان و پاتولوژی جذب گردید وبخشهای سونوگرافی وزنان وزایمان فعال گردید و عملاً کلیه تخصصهای لازم و موجود در چارت بیمارستان برای بیمارستان جذب و کلیه بخش های موجود در بیمارستان فعال گردید. در حال حاضر درمانگاههای داخلی، کودکان ونوزادان، جراحی، بیهوشی وزنان فعال می باشد بیمارستان دارای ۸ پانسیون برای متخصصین می باشد که متخصصین رشته های مختلف در داخل بیمارستان ساکن می باشند.

بخش های فعال بیمارستان عبارتند از:

- ۱- بخش اورژانس (سوانح ، داخلی، اطفال و ...)
- ۲- بخش داخلی
- ۳- بخش جراحی
- ۴- بخش زنان
- ۵- بخش کودکان
- ۶- بخش نوزادان
- ۷- بلوک زایمان
- ۸- اتاق عمل (زنان، جراحی عمومی)
- ۹- درمانگاه تخصصی (تخصص های داخل ، اطفال، زنان، جراحی عمومی)

بخش های پاراکلینیک عبارتند از:

- ۱- آزمایشگاه تشخیص طبی
- ۲- رادیولوژی
- ۳- سونوگرافی
- ۴- آندوسکوپی
- ۵- اسپیرومتری

مشخصات بیمارستان

مساحت کل زمین: ۳۲۰۰۰ مترمربع

زیربنای ساختمان: ۳۵۰۰ مترمربع

تعداد تخت مصوب: ۳۲

نوع فعالیت: درمانی

تعداد فعال: ۳۲

آدرس دقیق پستی: نقاب - میدان بسیج - نرسیده به راه آهن

کد پستی: ۹۶۴۷۱۱۹۹۹

شماره تلفن های تماس: (۰۵۱-۴۵۲۲۲۸۸۲ و ۰۵۱-۴۵۲۲۲۵۷۳)

درجا ارزشیابی: درجه (۱)

پست الکترونیک: GBHOSPITAL @ mdsab.ac.ir

بیانه رسالت (Mission)

رسالت بیمارستان عمومی قمرینی هاشم (ع) به عنوان تنها بیمارستان شهرستان جوین وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در سطح منطقه، باهدف ارتقای سطح سلامت جمعیت تحت پوشش با تاکید بر رضایتمندی مراجعین و کارکنان میباشد.

بیانه چشم انداز:

با اتکاء به عنایت خداوند متعال و با تکیه بر پتانسیل های نیروی انسانی متعهد و متخصص و تجهیزات پیشرفته بر آنیم با ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مراجعین ضمن احراز درجه ارزشیابی یک عالی به عنوان بهترین ارائه دهنده در سطح شهرستان های زیر صد هزار نفر در کل کشور مطرح گردیم .

بیانیه ارزشها:

- رعایت منشور حقوق بیمار
- افزایش رضایتمندی مراجعین
- رعایت اخلاق و ارزشهای اسلامی
- احترام به هویت و کرامت انسانی
- حفظ اسرار و رعایت حریم بیماران
- تقویت نوآوری و توسعه تفکر اخلاق
- نظم و انضباط و تعهد سازمانی
- اعتقاد به شایسته سالاری کارکنان
- رشد و تعالی سازمان

چارت سازمانی بیمارستان



The floor plan shows a building with a central corridor system. The rooms are labeled as follows:

- Top Section:**
 - اتاق رست (Rest Room)
 - اتاق پذیرایی (Reception Room)
 - اتاق انتظار (Waiting Room)
 - خروج اضطراری (Emergency Exit)
 - استگاه پرستاری (Nursing Station)
 - اتاق عمل (Operation Room)
 - اتاق ۱ (Room 1)
 - اتاق ۲ (Room 2)
 - اتاق ۳ (Room 3)
 - اتاق ۴ (Room 4)
 - اتاق ۵ (Room 5)
 - اتاق ۶ (Room 6)
 - اتاق ۷ (Room 7)
 - اتاق ۸ (Room 8)
 - اتاق ۹ (Room 9)
 - اتاق ۱۰ (Room 10)
 - اتاق ۱۱ (Room 11)
 - اتاق ۱۲ (Room 12)
 - اتاق ۱۳ (Room 13)
 - اتاق ۱۴ (Room 14)
 - اتاق ۱۵ (Room 15)
 - اتاق ۱۶ (Room 16)
 - اتاق ۱۷ (Room 17)
 - اتاق ۱۸ (Room 18)
 - اتاق ۱۹ (Room 19)
 - اتاق ۲۰ (Room 20)
 - اتاق ۲۱ (Room 21)
 - اتاق ۲۲ (Room 22)
 - اتاق ۲۳ (Room 23)
 - اتاق ۲۴ (Room 24)
 - اتاق ۲۵ (Room 25)
 - اتاق ۲۶ (Room 26)
 - اتاق ۲۷ (Room 27)
 - اتاق ۲۸ (Room 28)
 - اتاق ۲۹ (Room 29)
 - اتاق ۳۰ (Room 30)
 - اتاق ۳۱ (Room 31)
 - اتاق ۳۲ (Room 32)
 - اتاق ۳۳ (Room 33)
 - اتاق ۳۴ (Room 34)
 - اتاق ۳۵ (Room 35)
 - اتاق ۳۶ (Room 36)
 - اتاق ۳۷ (Room 37)
 - اتاق ۳۸ (Room 38)
 - اتاق ۳۹ (Room 39)
 - اتاق ۴۰ (Room 40)
 - اتاق ۴۱ (Room 41)
 - اتاق ۴۲ (Room 42)
 - اتاق ۴۳ (Room 43)
 - اتاق ۴۴ (Room 44)
 - اتاق ۴۵ (Room 45)
 - اتاق ۴۶ (Room 46)
 - اتاق ۴۷ (Room 47)
 - اتاق ۴۸ (Room 48)
 - اتاق ۴۹ (Room 49)
 - اتاق ۵۰ (Room 50)
 - اتاق ۵۱ (Room 51)
 - اتاق ۵۲ (Room 52)
 - اتاق ۵۳ (Room 53)
 - اتاق ۵۴ (Room 54)
 - اتاق ۵۵ (Room 55)
 - اتاق ۵۶ (Room 56)
 - اتاق ۵۷ (Room 57)
 - اتاق ۵۸ (Room 58)
 - اتاق ۵۹ (Room 59)
 - اتاق ۶۰ (Room 60)
 - اتاق ۶۱ (Room 61)
 - اتاق ۶۲ (Room 62)
 - اتاق ۶۳ (Room 63)
 - اتاق ۶۴ (Room 64)
 - اتاق ۶۵ (Room 65)
 - اتاق ۶۶ (Room 66)
 - اتاق ۶۷ (Room 67)
 - اتاق ۶۸ (Room 68)
 - اتاق ۶۹ (Room 69)
 - اتاق ۷۰ (Room 70)
 - اتاق ۷۱ (Room 71)
 - اتاق ۷۲ (Room 72)
 - اتاق ۷۳ (Room 73)
 - اتاق ۷۴ (Room 74)
 - اتاق ۷۵ (Room 75)
 - اتاق ۷۶ (Room 76)
 - اتاق ۷۷ (Room 77)
 - اتاق ۷۸ (Room 78)
 - اتاق ۷۹ (Room 79)
 - اتاق ۸۰ (Room 80)
 - اتاق ۸۱ (Room 81)
 - اتاق ۸۲ (Room 82)
 - اتاق ۸۳ (Room 83)
 - اتاق ۸۴ (Room 84)
 - اتاق ۸۵ (Room 85)
 - اتاق ۸۶ (Room 86)
 - اتاق ۸۷ (Room 87)
 - اتاق ۸۸ (Room 88)
 - اتاق ۸۹ (Room 89)
 - اتاق ۹۰ (Room 90)
 - اتاق ۹۱ (Room 91)
 - اتاق ۹۲ (Room 92)
 - اتاق ۹۳ (Room 93)
 - اتاق ۹۴ (Room 94)
 - اتاق ۹۵ (Room 95)
 - اتاق ۹۶ (Room 96)
 - اتاق ۹۷ (Room 97)
 - اتاق ۹۸ (Room 98)
 - اتاق ۹۹ (Room 99)
 - اتاق ۱۰۰ (Room 100)
- Bottom Section:**
 - اتاق رست (Rest Room)
 - اتاق پذیرایی (Reception Room)
 - اتاق انتظار (Waiting Room)
 - خروج اضطراری (Emergency Exit)
 - استگاه پرستاری (Nursing Station)
 - اتاق عمل (Operation Room)
 - اتاق ۱ (Room 1)
 - اتاق ۲ (Room 2)
 - اتاق ۳ (Room 3)
 - اتاق ۴ (Room 4)
 - اتاق ۵ (Room 5)
 - اتاق ۶ (Room 6)
 - اتاق ۷ (Room 7)
 - اتاق ۸ (Room 8)
 - اتاق ۹ (Room 9)
 - اتاق ۱۰ (Room 10)
 - اتاق ۱۱ (Room 11)
 - اتاق ۱۲ (Room 12)
 - اتاق ۱۳ (Room 13)
 - اتاق ۱۴ (Room 14)
 - اتاق ۱۵ (Room 15)
 - اتاق ۱۶ (Room 16)
 - اتاق ۱۷ (Room 17)
 - اتاق ۱۸ (Room 18)
 - اتاق ۱۹ (Room 19)
 - اتاق ۲۰ (Room 20)
 - اتاق ۲۱ (Room 21)
 - اتاق ۲۲ (Room 22)
 - اتاق ۲۳ (Room 23)
 - اتاق ۲۴ (Room 24)
 - اتاق ۲۵ (Room 25)
 - اتاق ۲۶ (Room 26)
 - اتاق ۲۷ (Room 27)
 - اتاق ۲۸ (Room 28)
 - اتاق ۲۹ (Room 29)
 - اتاق ۳۰ (Room 30)
 - اتاق ۳۱ (Room 31)
 - اتاق ۳۲ (Room 32)
 - اتاق ۳۳ (Room 33)
 - اتاق ۳۴ (Room 34)
 - اتاق ۳۵ (Room 35)
 - اتاق ۳۶ (Room 36)
 - اتاق ۳۷ (Room 37)
 - اتاق ۳۸ (Room 38)
 - اتاق ۳۹ (Room 39)
 - اتاق ۴۰ (Room 40)
 - اتاق ۴۱ (Room 41)
 - اتاق ۴۲ (Room 42)
 - اتاق ۴۳ (Room 43)
 - اتاق ۴۴ (Room 44)
 - اتاق ۴۵ (Room 45)
 - اتاق ۴۶ (Room 46)
 - اتاق ۴۷ (Room 47)
 - اتاق ۴۸ (Room 48)
 - اتاق ۴۹ (Room 49)
 - اتاق ۵۰ (Room 50)
 - اتاق ۵۱ (Room 51)
 - اتاق ۵۲ (Room 52)
 - اتاق ۵۳ (Room 53)
 - اتاق ۵۴ (Room 54)
 - اتاق ۵۵ (Room 55)
 - اتاق ۵۶ (Room 56)
 - اتاق ۵۷ (Room 57)
 - اتاق ۵۸ (Room 58)
 - اتاق ۵۹ (Room 59)
 - اتاق ۶۰ (Room 60)
 - اتاق ۶۱ (Room 61)
 - اتاق ۶۲ (Room 62)
 - اتاق ۶۳ (Room 63)
 - اتاق ۶۴ (Room 64)
 - اتاق ۶۵ (Room 65)
 - اتاق ۶۶ (Room 66)
 - اتاق ۶۷ (Room 67)
 - اتاق ۶۸ (Room 68)
 - اتاق ۶۹ (Room 69)
 - اتاق ۷۰ (Room 70)
 - اتاق ۷۱ (Room 71)
 - اتاق ۷۲ (Room 72)
 - اتاق ۷۳ (Room 73)
 - اتاق ۷۴ (Room 74)
 - اتاق ۷۵ (Room 75)
 - اتاق ۷۶ (Room 76)
 - اتاق ۷۷ (Room 77)
 - اتاق ۷۸ (Room 78)
 - اتاق ۷۹ (Room 79)
 - اتاق ۸۰ (Room 80)
 - اتاق ۸۱ (Room 81)
 - اتاق ۸۲ (Room 82)
 - اتاق ۸۳ (Room 83)
 - اتاق ۸۴ (Room 84)
 - اتاق ۸۵ (Room 85)
 - اتاق ۸۶ (Room 86)
 - اتاق ۸۷ (Room 87)
 - اتاق ۸۸ (Room 88)
 - اتاق ۸۹ (Room 89)
 - اتاق ۹۰ (Room 90)
 - اتاق ۹۱ (Room 91)
 - اتاق ۹۲ (Room 92)
 - اتاق ۹۳ (Room 93)
 - اتاق ۹۴ (Room 94)
 - اتاق ۹۵ (Room 95)
 - اتاق ۹۶ (Room 96)
 - اتاق ۹۷ (Room 97)
 - اتاق ۹۸ (Room 98)
 - اتاق ۹۹ (Room 99)
 - اتاق ۱۰۰ (Room 100)

حقوق گیرندگان خدمت



معرفی بخش های بیمارستان

بخش داخلی - جراحی:

این بخش متکشل از ۶ اتاق بیمار که شامل دو اتاق مانیتورینگ خانم ها و آقایان و دو اتاق داخلی ، دو اتاق جراحی می باشد و مجموعاً دارای ۳۶ تخت می باشد. اتاق های مانیتورینگ بین بخش های زنان- اطفال و داخلی - جراحی مشترک می باشد. یک اتاق ایزوله در انتهای بخش اطفال می باشد که بین دو بخش اطفال- زنان و داخلی - جراحی مشترک می باشد و اتاق داخلی ۱ و مانیتورینگ آقایان دارای سرویس بهداشتی مستقل می باشد. هر اتاق دارای شش تخت با تمامی متعلقات می باشد و هر تخت دارای زنگ اخبار مجزا می باشد درب خروج اضطراری در انتهای بخش می باشد که با فلش هایی در سالن مشخص شده به بیمارانی که در بخش (بیشتر از ۶ ساعت) بستری شوند کیف حاوی وسایل شخصی اولیه و لباس داده می شود بیماران بستری شده در این بخش از واحدهای اورژانس ، درمانگاه ، بلوک زایمان و اتاق عمل پذیرش می شوند. تمام لوازم مصرفی از جمله داروها از سوی بیمارستان تهیه و تامین می شود. اکثر بیماران بستری که نیاز به انجام اقداماتی چون MRI ، اکوی قلبی ، سی تی اسکن ، EKG و مشاوره های تخصصی از جمله قلب ، مغز و اعصاب و ... که در این مرکز وجود ندارند را داشته باشند، به سبزوآر اعزام می شوند و هزینه رفت و آمد و اقدامات پاراکلینیکی و درمانی به عهده بیمارستان می باشند و در صورت حساب نهایی بیمار لحاظ خواهد گردید. این مرکز درمانی با بیمه های پایه از جمله بیمه سلامت، تامین اجتماعی و نیروهای مسلح و همچنین بیمه های مکمل ایران و کارآفرین قرارداد دارد. تعداد پرستاران با توجه به تعداد بیماران بستری مشخص می شود. اختصاصاً در شیفت صبح + سرپرستار

- تا ۶ بیمار یک پرستار
 - تا ۱۴ بیمار دو پرستار
 - تا ۲۱ بیمار سه پرستار
 - تا ۲۹ بیمار چهار پرستار
 - و ۳۰ تا به بالا پنج پرستار
- تجهیزات اختصاصی بخش: ۲ عدد دستگاه EKG ، ۱ عدد ساکشن، ۲ عدد پمپ انفوزیون، مانیتورینگ سازگان گستر ۶ عدد، مانیتورینگ بایریس ۲ عدد ، پالس اکسی متر ۱ عدد، سرنگ پمپ ۱ عدد ، نبولایزر ۱ عدد
- ساعت ملاقات بیماران : هر روز ساعت ۱۴/۳۰ الی ۱۵/۳۰ می باشد.

بخش اداری :

یکی از واحد های مهم بیمارستان می باشد که ساختمان آن در ضلع جنوبی واقع شده است که از یک طرف به سالن کنفرانس و از طرفی به آشپزخانه و واحد لثری بیمارستان متصل می باشد این ساختمان دارای ۴ اتاق و یک آبدارخانه کوچک می باشد که در اتاق اول آن ریاست و مدیر داخلی و کارپردازی قرار گرفته اند و در دومین اتاق پرسنل امور مالی حضور دارند و در اتاق سوم مسئول IT و بیمه و درآمد و کارشناس بررسی اسناد مشغول به کارند. در اتاق چهارم انبار دار بیمارستان و کارشناس امور اداری و مددکار بیمارستان حضور دارند.

معرفی بخش اطفال - زنان :

بخش بستری اطفال و زنان در انتهای بخش داخلی - جراحی قرار دارد و شامل ۲ بخش زنان و اطفال می باشد و مجموعاً دارای ۱۵ تخت فعال است (۱ تخت به اتاق ایزوله اختصاص داده شده است) ساعات ملاقات همه روزه از ساعت ۱۵/۳۰ - ۱۴/۳۰ عصر می باشد

مشخصات بخش: بخش دارای ۴ اتاق بستری زنان و اطفال با مجموع ۱۴ تخت فعال با تمامی متعلقات از جمله لاکر ، میز بیمار ، یخچال بیمار ، کمد بیمار و ... می باشد و یک اتاق ایزوله با یک تخت فعال می باشد. امکانات هر اتاق شامل زنگ احضار پرستار ، روشویی نیم پایه دستشویی ، تهویه ، شوفاژ ، کولر ، خط تلفن داخل استان ، تلویزیون ، صندلی تخت خوابشو و ... می باشد.

هر دو بخش داخلی - جراحی و اطفال- زنان از تعداد ۴ عدد دستشویی زنانه و مردانه که بصورت مجزا از یکدیگر وجود دارند استفاده می نمایند. ضمناً تعداد یک عدد دستشویی فرنگی در کنار سرویس های بهداشتی زنانه و مردانه تعبیه گردیده است. همچنین اتاق ایزوله دارای سرویس بهداشتی مجزا می باشد.

تجهیزات اختصاصی بخش اطفال- زنان :فتوتراپ دوپل سفینه ای - وارمر - پالس اکسی متر اطفال - انکوباتور - دستگاه ECG اطفال - نبولایزر-الکتروشوک اطفال-ساکشن-فتوتراپ ساده- یخچال نگهداری واکسن

اتاق عمل:

اتاق عمل بیمارستان قمر بنی هاشم در حد فاصل بین بلوک زایمان و بخش بستری واقع شده است در این واحد اعمال جراحی عمومی و زنان انجام می پذیرد. دارای دو اتاق عمل و یک ریکاوری می باشد یک فضای انتظار جهت بیماران پذیرش شده و دور رختکن جهت خانم و آقایان در هر یک از اتاق های عمل تجهیزاتی از قبیل تخت جراحی، چراغ سیالتیک، مانیتورینگ، ماشین بیهوشی، سرنگ پمپ (اتاق یک) فور (اتاق یک)، ساکشن، کات احیاء نوزاد (اتاق یک)، انواع ترالی ها و بیکس های گاز و لنگاز و شان و گان و ست های مختلف جراحی عمومی و زنان می باشد. داروهای بیهوشی و انواع لوازم مصرفی اتاق عمل و در هر یک از اتاق های عمل موجود می باشد

واحد ریکاوری که با فضای استیشن در یک فضا قرار دارند شامل دو تخت ریکاوری، مانیتورینگ، اکسیژن و ساکشن و تجهیزات و داروهای مورد نیاز جهت ریکاوری می باشد حد فاصل اتاق های عمل سینگ و اسکراب اتاق کثیف قرار دارد که ست های جراحی در این مکان شسته و خشک می کردند و جهت پک کردن از پنجره موجود به CSR تحویل داده می شوند

بلوک زایمان:

بلوک زایمان بیمارستان قمر بنی هاشم (ع) دارای ۶ اتاق می باشد که اتاق معاینه جهت معاینه اولیه مراجعین به زایشگاه می باشد. دارای تخت معاینه بیمار ، سونی کیت ، پایه سرم ، امکانات تزریقات و سرم تراپی ، فشار سنج ، ترومومتروزنگ اخبار ، اتاق پره اکلامپسی، دارای تخت بستری، کپسول اکسیژن، ست پره اکلامپسی شامل داروهای فشار خون ، ضد تشنج ، ایروی ، آمپول گلوکونات کلسیم وصندلی راحتی و ساکشن و می باشد

اتاق ست پرسنل و اتاق LDR و بعد از زایمان که در صورتیکه امکان حضور همراه باشد بیمار در این اتاق بستری می شود دارای کپسول اکسیژن امکانات جهت تزریقات و سرم وزنگ اخبار ، صندلی راحتی ، یخچال ، سرویس بهداشتی، تلفن و... می باشد

اتاق لیبر که دارای ۴ تخت بستری می باشد دارای کپسول اکسیژن برای دو تخت ، سونی کیت،مانیتورینگ مادر و جنین ،زنگ اخبار و امکانات آروماتراپی و آوا درمانی تختها توسط پاراوان از هم مجزا می شود جهت حفظ حریم خصوصی بیماران و دارای پایه سرم بصورت جداگانه و اتاق زایمان که دارای ۲ تخت ژینکولوژی می باشد دارای تخت احیاء نوزاد کپسول اکسیژن ساکشن،و داروها و تجهیزات مورد نیاز و استیشین مامایی ، که مشرف به اتاق لیبر و زایمان می باشد.

بخش اورژانس:

اورژانس بیمارستان قمر بنی هاشم (ع) نقاب تنها اورژانس بیمارستان در سطح شهرستان جوین می باشد که از زمان افتتاح بیمارستان در تیر ماه ۱۳۸۲ بصورت شبانه روزی پاسخگوی مراجعین و بیماران می باشد که در طول این مدت با توجه به اجرای طرح هتلینگ در سال ۹۴ اورژانس بازسازی شد و از یک اتاق CPR و یک اتاق دو تخته اطفال و یک اتاق یک تختی ایزوله تنفسی و یک اتاق تک تختی اعصاب و روان و هفت تخت برای بزرگسال که دو تخت مجهز به مانیتورینگ برای بیماران قلبی می باشد که تمام امکانات یک اورژانس عمومی را بصورت کامل دارد. همچنین شش پزشک عمومی و چهار متخصص داخلی ، اطفال ، جراحی و زنان و یک متخصص بیهوشی جهت مشاوره های درخواستی در بیمارستان حضور دارند که در صورت نیاز به پزشکان متخصص فراخوان می شوند.

دیگر تجهیزات شامل دستگاه ویتلاتور پرتابل، الکتروشوک، دستگاه ECG، پمپ انفوزیون ، مانیتورینگ قلبی ، ساکشن و ... است

تجهیزات اختصاصی اورژانس : یک تخت CPR ، مانیتورینگ قلبی سازگان گستر ۲ عدد، ساکشن ۱ عدد، الکتروشوک ۱ عدد، پمپ انفوزیون ۱ عدد

حقوق گیرندگان خدمت

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

- ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد ؛

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد ؛

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛

۱-۸) به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و

■ حدودیت های غیرضروری باشد ؛

۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان،

بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

۱-۱۰) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛

- ۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛
- ۱-۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد.
- در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛
- ۱-۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
- ۲-۲-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
- ۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛
- ۲-۱-۳) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- ۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛
- ۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- ۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان؛
- ۲-۲) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:
- ۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛

۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.
۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

۳-۱-۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

۴-۲) در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به

حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

۴-۳ فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴ بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

۶- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۷- ۵-۱ هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید؛

۸- ۵-۲ بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

۹- ۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود. در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید. چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

ایمنی بیمار



ایمنی بیمار

(۹) راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد.

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. شناسایی بیمار
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 ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست

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

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در جعبه ها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- درخصوص دارو های با غلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برجسب جداگانه مشخص شده باشد.
- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی دربالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...

- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.

- هنگام دارو دادن ، حتماً "بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً " با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲. شناسایی بیمار

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار ، کارت شناسایی ، تاریخ تولد ، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و یا بارکد استفاده می شود. بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

۲- (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است . این (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) ها در بدو پذیرش بیماران اورژانس به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد/بستری ، تشخیص ، نام بخش ، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته خواهد شد.

۳- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به رنگ سفید درج یا پرینت شود . در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر

که شامل بیماران دچار نقایص عضوی ، خطر افتادن ، آلرژی ، بیماران همودیالیزی دارای شانت ، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجهات خاص ، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

۵- پرستار بخش موظف است در پذیرش و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۱۰- بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته ، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) را از یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی به بیمار اقدام نماید . لطفاً باند شناسایی بر روی میز ، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف ، نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱- در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت ؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود .

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش ، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد .

- ۱۴- باند‌های شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.
- ۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پروسیجرهای درمانی و تشخیصی، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.
- ۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.
- ۱۷- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) می باشند.
- ۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات: نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحد های مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد.)
- ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و
- ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.

- ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است.
- برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد.

• گروه‌های مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و... است

الف: انتظامات و حراست بیمارستان:

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی شان می باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود.

این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:

- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
- برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
- برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال جدی با همراهان
- خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدید آمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.

ب: پذیرش بیمارستان:

- ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد.
- پرسنل محترم پذیرش موظفند به سؤالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.
- پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی و پمفلیت اصول و مقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند.
- اطلاعات مندرج در (مچ بند یا گردن بند و یا بازو بند) شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.

- پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین ، محل خدمت خود را ترک نمایند .
- در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: بخش فوریتها یا اورژانس بیمارستان:

معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است ، بخش فوریتها می باشد . بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن) ، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است .
مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریتها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

- پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل ؛ و راهنمایی آنها به بخش فوریتها
- معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ
- گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری
- ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی
- احترام متقابل بین بیمار و پرسنل
- صدا کردن بیمار با نام خود
- حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی
- حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی
- زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد "خواهش میکنم و متشکرم " را فراموش نکنید.

- ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز
- اجازه گرفتن از بیمار ، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران

- داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار ، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.

- بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.
 - رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.
 - سئوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سئوالات باز ، سئوالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند. مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)
 - ارائه توضیحات کافی ، شفاف منطبق با شرایط سنی ، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار
 - انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات
 - زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.
 - تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار
 - به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار ، از روند بیماری
 - شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.
- ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سختتر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد . از طرفی همراهیان بیمار نیز بدلیل نگرانی و اضطراب ، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی ، صبر و خویشتن داری ، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد.

د-بخش بستری بیمارستان

نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اورژانسو ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش ، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود .منشور حقوق بیمار را بطور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط ، کاملاً توجه داشته باشید . عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود ،حذف نمایید . کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات ، پرسنل آزمایشگاه ، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایط می باشند.

به همین منظور از پرستار انتظار می رود آگاهی ومهارت کافی در برقراری ارتباط موثر داشته و موارد ذیل را مورد توجه قراردهد:

- ۱- نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.
 - ۲- در برقراری ارتباط با بیمار، به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.
 - ۳- درحین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و...) بطور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید، و ازتبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) بطورکامل و صحیح مطمئن گردد.
 - ۴- هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام میدهد، بصورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار/ خانواده توضیح دهد، و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.
 - ۵- در برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته، وحریم بیمار را حفظ نماید.
 - ۶- به اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمارآگاه بوده، و از افشای اطلاعات خصوصی بیمارخودداری کند.
 - ۷- در هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، با همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.
 - ۸- اطمینان یابدکه عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی، برای بیمار فراهم شده است.
 - ۹- ازدسترسی کافی بیماران غیرفارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبتهای پرستاری اطمینان یابد.
 - ۱۰- از دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص، از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی، به خدمات مورد نیاز درمانی/ مراقبتی اطمینان حاصل نماید.
 - ۱۱- توجه کافی، به هنگام وعادلانه ای، به شکایات و خواسته های بیمار داشته باشد.
 - ۱۲- در برخورد با رفتارهای ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و موثری را اتخاذ نماید.
 - ۱۳- ضمن برقراری ارتباط موثر درمانی با بیمار، به سیاستها ودستورالعملهای سازمانی (بیمارستانی) متعهدباشد.
- رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه ای،

- خصوصیت ، تحمیل ارزشهای خود به بیمار ، نصیحت کردن ، کنجکاوی ، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.
- راهکارهای بهبود ارتباط ، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه ، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.
- آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار ، پانل ، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد.
 - تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها ، گاید لاینها و یا سیاست گذاریهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.
 - تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.
 - نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزر های محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.
 - استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشان دهنده نام ، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد ، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی ، انجام پذیرد.
 - تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی ، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.
 - استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.
 - تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی ، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح ، محل صحیح ، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین خط مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد.

به عنوان یک خط مشی؛ انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم های ارزیابی سلامت می باشد.

در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی - قیومیت - لازم می باشد.

لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه ی کادر درمانی قرار گیرد.

گام دوم - تأیید هویت بیمار:

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد.

از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» میگردد.

قبل از اجرای هر گونه داورى مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل:

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).

- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.
- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر
- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در محیط همراه ، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد ، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گاهها" بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری ، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای ، تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله: B.M.A ، و ... هم قرار گیرند.

لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد.

گام سوم- علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود.

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری - بنابه صلاحدید - واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد

اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد.

در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع می ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شخص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است.

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل :

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکارهای ذیل الزامیست:

- محل مورد نظر انسزیز یون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.
- در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند.
- همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختارهای چندگانه (از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.
- علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (*drapping*) - هم چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.
- علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم چنان برای کلیه ی اعضای تیم درمانی قابل رؤیت باشد.
- علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.
- جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.
- نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.
- همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.
- در واحد های تصویر برداری، اعضای تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.
- در صورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضای تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح - بیمار صحیح می باشند.
- به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبه بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرتروس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت

امکان (استفاده شود. بعد از انجام رویه علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

- مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل :
(کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپینال)
- پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (Mid line) از قبیل :
(نواحی anal و perineal، umbilical)

در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

- موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.
- موارد منفرد از قبیل : C/s (برش سزارین)، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورتوتومی.
- در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد. (مثل : دندان)
- در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.
- در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.
- در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)
- در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل : MRI ، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)
- در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.

انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است.

در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم موردنظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود.

درمورد جراحیهای چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و هم چنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

گام چهارم- بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل)

همزمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی- تیم جراحی - درگیر (شامل : جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است. براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بیهوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند.

- بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر
 - بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)
 - علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر.
 - در دسترس بودن پروتوهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر.
- بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد.

مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد.

گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام

مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.

فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری :

- حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

- همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیل گذاری آن ها مطمئن شوند.

- از صحت بیمار صحیح- گزارش صحیح اطمینان یابند.

بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد.

در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد. و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود ، توزیع سهوی الکترولیتها است(برای مثال:پتاسیم کلراید با غلظت 2 meq/ml یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم ؛ سدیم کلراید با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطا ها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورز و یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

- حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود
- داروهای مورد نظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد

- علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود

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

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار
- پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
- می بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد حاکمیت بالینی بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله ها
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
- بررسی میزان درناژ باتل ها
- بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
- بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرار گیری در محل خود
- کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به ساینز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۸. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت - گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

۱. استفاده از وسایل استریل.
۲. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
۳. از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.
۴. از آلودگی وسایل (سرنگ - سر سوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
۵. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
۶. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.

۷. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
۸. هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
۹. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۰. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
۱۱. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۲. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشوید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
۱۳. از تزریق به بیمار در نواحی نا سالم پوستی اجتناب نمایید.
۱۴. نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
۱۵. از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
۱۶. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشوید.
۱۷. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
۱۸. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

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

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از :

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- قبل و بعد از تماس با زخم
- پس از در آوردن دستکش ها از دست.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- روش Hand rub :

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید .

ب - روش صحیح شستن دست با آب و صابون :

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید .
- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.
- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید .
- دستها را کاملاً آبکشی نمائید .
- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید .
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لئوری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید

کنترل عفونت



پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی و اجرای نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی با هدف کاهش مرگ و میر عوارض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی، کاهش هزینه ها، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه رضایتمندی آنان از طریق کنترل عفونتهای بیمارستانی صورت می گیرد.

عفونت بیمارستانی :

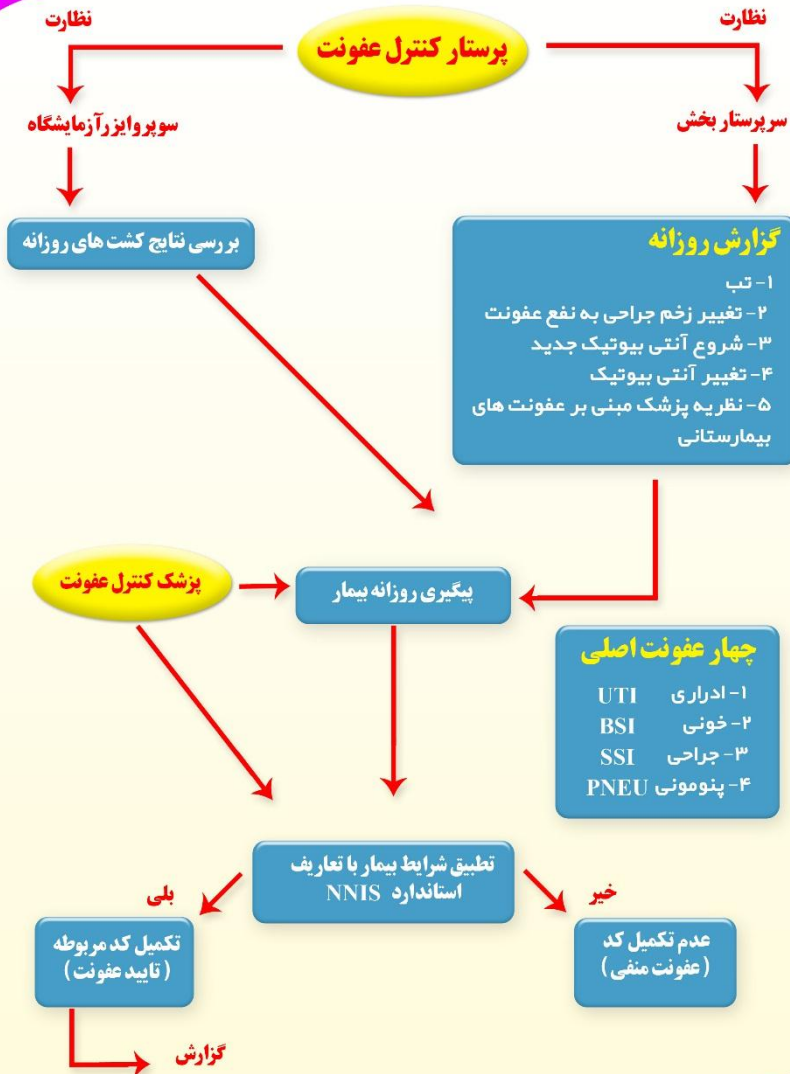
عفونت بیمارستانی : عفونتی است که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عمل یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی :

- ✓ حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود .
- ✓ در زمان پذیرش فرد نباد علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد .

برنامه کنترل عفونت با هدف پیشگیری از ایجاد عفونتها و حفظ ایمنی بیمار و کارکنان، همراهان بر اساس استانداردهای جهانی تدوین و شامل موارد ذیل است:

- ۱- رعایت احتیاط های استاندارد
- ۲- ایمنی تزریقات
- ۳- ایزولاسیون و احتیاط های استاندارد مبتنی بر راه انتقال

الگوریتم تشخیص عفونت بیمارستانی برای چهار عفونت اصلی براساس NNIS



واحد کنترل عفونت بیمارستان قمر بنی هاشم (ع) جوفین

رعایت احتیاط های استاندارد:

به منظور کاهش خطر انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان تدوین شده و باید برای کلیه بیماران تحت مراقبت صرف نظر از نوع بیماری و تشخیص عفونی بوده یا نبودن بیمار رعایت شود. احتیاطات استاندارد لازم است در مواجهه با موارد زیر به کار برده شود:

- خون
- همه مایعات و ترشحات بدن به جز عرق، صرف نظر از اینکه حاوی خون قابل مشاهده باشد یا نه
- پوست آسیب دیده
- غشاهای مخاطی

رعایت موارد زیر در احتیاطات استاندارد ضروری است:

بهداشت دستها
استفاده از وسایل حفاظت فردی (پوشیدن دستکش ، استفاده از گان ، محافظ چشم، ماسک، محافظ صورت، کلاه ، روکفشی یا چکمه)
دفع مناسب زباله های نوک تیز
جمع آوری صحیح البسه و لوازم آلوده بیماران و نظافت وسایل
رعایت احتیاط در زمان احیا
ایزلاسیون بیماران بر اساس راه انتقال بیماری

بهداشت دستها

انتقال از طریق دست یکی از شایعترین روشهای انتشار عوامل عفونی در واحدهای مراقبت سلامت است. بهداشت دستها راه موثر برای پیشگیری از انتقال عفونتها بین کارکنان و بیماران است و لازم است در ۵ موقعیت ذیل رعایت گردد:

۱. قبل از تماس با بیمار
 ۲. قبل از انجام روشهای آسپتیک / تمیز
 ۳. بعد از تماس با مایعات و ترشحات بدن بیمار و در آوردن دستکش
 ۴. بعد از تماس با بیمار
 ۵. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور بیمار
- لازم به ذکر است به منظور کاهش خطر انتقال عفونت در محیط درمانی از لاک ، ناخن مصنوعی یا بلند و زیور آلات استفاده نشود.

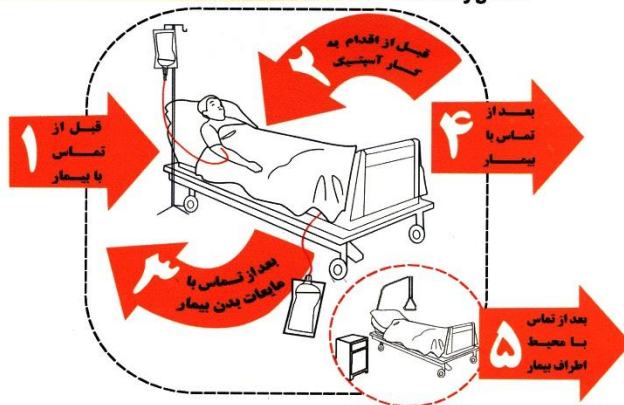
بهداشت دستها شامل:

- ۱- شستن دست با آب و صابون
- ۲- مالش دستها با محلولهای الکلی است (دستها را فقط زمانی با آب و صابون بشوید که به طور قابل مشاهده کثیف باشند در غیر اینصورت از محلول مالش دست استفاده کنید).



چه وقت؟ ۵ موقعیت شما برای بهداشت دست

WHEN? Your 5 moments for hand hygiene



۱ قبل از تماس با بیمار	چه وقت؟ قبل از تماس با بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
۲ قبل از اقدام به کار آسپتیک	چه وقت؟ قبل از اقدام به کار آسپتیک دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقبت دهان و دندان، آسپیراسیون ترشحات تنفسی، پانسمان زخم، گذاشتن کاتتر، آماده کردن غذا، دادن دارو
۳ بعد از تماس با مایعات بدن بیمار	چه وقت؟ بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از درآوردن دستکش، دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقبت دهان و دندان، آسپیراسیون ترشحات تنفسی، خون گیری و کار با نمونه های خونی، آزمایش و جابجایی نمونه های ادرار و مدفوع، جابجایی مواد زائد
۴ بعد از تماس با بیمار	چه وقت؟ پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
۵ بعد از تماس با محیط اطراف بیمار	چه وقت؟ بعد از تماس با هر یک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: تمویض ملحفه تخت، تنظیم سرعت تزریق وریدی

استفاده از وسایل حفاظت فردی

چه کسانی باید از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند؟
تمام کسانی که با بیمار مشکوک یا مبتلا در تماس اند؟
پزشکان، پرستاران، کارکنان رادیولوژی
، آزمایشگاه، خدمات



دستکش

پوشیدن دستکش با هدف پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگر بیماران همچنین انتقال بیماری از بیماران به کارکنان صورت می گیرد و در زمانی که احتمال آلودگی دستها با خون و سایر ترشحات و مواد بالقوه عفونی بیمار و یا غشاء مخاطی و پوست ناسالم آنان وجود دارد استفاده می شود.



استفاده از دستکش استریل: جهت انجام هرگونه اقدامات جراحی، اقدامات رادیولوژیکی تهاجمی، ایجاد راه وریدی مرکزی در بیماران، آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق، پانسمان، سونداژ و ...

استفاده از دستکش تمیز:

احتمال قرار گرفتن در معرض خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بیمار و اشیاء و مواردی که به صورت مشهود آلوده به مایعات دفعی بیمار می باشد تماس با غشاء مخاطی و پوست آسیب دیده بیمار، احتمال قرار گرفتن در معرض تماس ارگانیسم های شدیداً عفونی و خطرناک، موقعیت های اورژانس یا اپیدمی، گذاشتن و یا کشیدن آنژیوکت و ...، گرفتن خون از بیمار، قطع یا بستن راه وریدی، کشیدن خون، معاینات لگنی و واژینال در بیماران، ساکشن سیستم های آندوتراشیا، باز، تخلیه مواد برگشتی از معده بیمار، جا به جایی یا تمیز کردن وسایل، جا به جایی یا تخلیه پسماندها، تمیز نمودن ترشحات مایعات بدن پاشیده روی اشیاء یا در ضمن لکه گیری البسه.

مواردی که پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد (به جز برای احتیاط های تماسی، یا قطرات که احتمال آلودگی وجود دارد): گرفتن فشار خون، درجه حرارت و نبض بیمار، تزریق زیر پوستی یا عضلانی بیمار، لباس پوشیدن به بیمار، انتقال بیمار، مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات، هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون، استفاده از گوشی تلفن مشترک بین بیماران و کادر بخش، درج گزارش بیمار در پرونده بالینی و یا چارت بالای سر، دادن داروی خوراکی به بیماران، جمع نمودن سینی غذای بیمار و یا قطع لوله تغذیه ای بیمار، تعویض ملحفه بیمار (در صورتی که بیمار ایزوله تماسی نباشد و یا ملحفه بیمار آلوده به ترشحات و مواد دفعی بیمار نباشد) گذاشتن ماسک تنفسی و یا کانونلای بینی به صورت غیر تهاجمی برای بیمار جا به جایی اثاثیه بیمار



گان

برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس ها طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن وجود دارد، باید از گان تمیز و غیر استریل استفاده کرد. جهت اعمال جراحی از گان استریل استفاده می شود نوع گان یا آپرون (روپوش لاستیکی) انتخاب شده بستگی به میزان مایعی که احتمال مواجهه با آن می رود دارد.

ماسک

برای حفاظت از غشای مخاطی بینی و دهان در طی انجام پروسیجرهای که احتمال پاشیدن خون مایعات و ترشحات بدن وجود دارد، لازم است از ماسک استفاده شود.



– ماسک باید روی بینی، دهان و چانه را بپوشاند.

– ماسک باید به وسیله بند یا کش پشت سر بسته شود.

– ماسک باید در صورت مرطوب شدن تعویض شود.

– ماسک را هرگز به گردان آویزان نکنید.

– پس از استفاده از ماسک دستها را بشویید.

ماسک باید پس از استفاده معدوم گردد.

محافظ چشم و محافظ صورت و کلاه



صرف نظر از تشخیص بیماری، زمانی که خطر آلودگی چشم ها و ملتحمه و سر وجود دارد باید از عینک محافظ/محافظ صورت استفاده کرد.

- احتمال ترشح خون یا مایعات بدن
 - هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول
 - هنگام ارائه مراقبت و در تماس نزدیک با بیماری که دچار علائم حاد تنفسی است (مانند سرفه و عطسه)
 - هنگام کار در فاصله یک متری و یا کمتر با فرد مبتلا به بیماری حاد تنفسی حفاظت از چشم می تواند با وسایل زیر صورت گیرد:
- محافظ صورت (شیلد)
- کلاه ایمنی با محافظ صورت ، عینک محافظ

کلاه

روکفشی (چکمه): پرسنل هنگام کار باید کفش هایی بپوشند که مقاوم به جذب مایعات باشد و کاملاً تمام سطح پاها را فراگیرد و در مواردی که خطر پاشیدن خون و ترشحات وجود دارد از چکمه یا روکفشی استفاده شود.

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

۱. شستن دست (مطابق با احتیاطات استاندارد)
۲. پوشیدن گان
۳. ماسک
۴. محافظ صورت یا عینک
۵. پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر در صورت نیاز
۶. دستکش

ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی

ابتدا آلوده ترین آن را در آوردید و این کار طی دو مرحله صورت می گیرد:

- ۱- درآوردن دستکش
- ۲- در آردن گان
- ۳- شستن دست
۱. درآوردن عینک یا محافظ صورت
۲. قراردادن عینک یا محافظ صورت در یک ظرف جدا جهت ضد عفونی و استفاده مجدد
۳. درآوردن کلاه یا پوشش مو در صورت استفاده
۴. درآوردن ماسک از پشت سر
۵. شستن دست

دفع مناسب زباله های نوک تیز و کاهش رفتارهای پرخطر

دفع سرسوزن و وسایل تیز در ظروف مقاوم، وجود سفتی باکس در نزدیکی محل انجام پروسیجر، عدم جداسازی سرنگ از سرسوزن، خم کردن یا شکستن آن، دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده، درپوش گذاری سر سوزن، استفاده از تیغ اره و پد هنگام شکستن آمپول، استفاده از scoop در مواردی که نیاز به گذاشتن درپوش سر سوزن می باشد.

جمع آوری صحیح البسه و لوازم آلوده بیماران و نظافت:

لوازم، ملحفه و البسه های آلوده به خون و مایعات بالقوه عفونی باید به نحوی جمع آوری شوند که از مواجهه با پوست و آلوده شدن لباس و محیط جلوگیری به عمل آید و لوازم و محیط به شکل نظافت شوند.

رعایت احیاء در زمان احیا:

در زمان نیاز به احیای بیمار به جای تنفس دهان به دهان از وسایل احیا استفاده کنید.

ایزولاسیون و احتیاط های استاندارد مبتنی بر راه انتقال:

راه های انتقال بیماری:

۱. انتقال از راه تماس
۲. انتقال از راه قطرات (ذرات بزرگتر از ۵ میکرون)
۳. انتقال از راه هوا (ذرات کوچکتر از ۴ میکرون)

احتیاطات مربوط به انتقال از راه تماس : Contact Precaution

این احتیاطات از بروز عفونت از طریق تماس مستقیم (لمس بیمار) یا غیرمستقیم با بیمار (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) پیشگیری می کند. عفونتهایی که رعایت احتیاط برای آنها بر اساس راه انتقال تماس صورت می گیرد. آبله ای که پانسمان نشده یا ترشح آن کنترل نمیشود. زخم بستر عفونی و سلولیتی که ترشح آن کنترل نشود آدنو ویروس در نوزادان یا اطفال اسهال با عامل کلستریدیوم دیفیل کونژکتیویت حاد ویروسی دیفتری جلدی، عفونت ناشی از شیگلا، آنتریت با یرسینیا انتروکولیتیکا، روتا ویروس، هپاتیت A، کولیت ناشی از E.COLI عفونتهای آنترو ویروسی در نوزادان و اطفال ویروس هرپس سیمپلکس در نوزاد نوع منتشر یا جلدی زرد زخم سرخچه مادرزادی آبله آبله مرغان تب های خونریزی دهنده ویروس زونای منتشر یا در بیمار نقص ایمنی

در خصوص بیماری ها فوق اقدامات ذیل صورت پذیرد:

بستری بیمار در اتاق خصوصی یا اتاق مشترک با بیماری که مبتلا به عفونت فعال با همان میکرو ارگانیسم cohorting می باشد و عفونت دیگری ندارد.

محدودیت حرکت و انتقال بیمار

استفاده از دستکش در هنگام لمس با بیمار و ورود به اتاق بیمار (بلافاصله پس از تماس با بیمار درآورده شود و عدم لمس چشم ها، بینی، و دهان با دستها و رفع آلودگی دست ها با محلول الکلی صورت بگیرد).

استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار و اجتناب از آلودگی توسط سطوح محیطی و قبل از خروج از اتاق گان خارج گردد.

استفاده از وسایل اختصاصی تا حد امکان و چنانچه امکان پذیر نیست در فواصل آنها را تمیز و ضد عفونی کنید.

نظافت و ضد عفونی روزانه اتاق بیمار و وسایل موجود در آن

۲- احتیاطات مربوطه به انتقال از راه قطره Droplet Precaution

برای جلوگیری از انتقال آئروسول های درشت به کار می رود به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی کنند.

عفونت هایی که رعایت احتیاط برای آنها بر اساس راه انتقال آنها صورت می گیرد:

- مننژیت یا ای گلوتیت ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا
- پنومونی ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا در اطفال و نوزادان
- مایکو پلاسما پنومونیه
- سیاه سرفه
- ویروس آنفلوانزا
- اوریون
- سرخچه
- پاروویروس
- سیاه سرفه
- عفونتهای مننگو کوکی



- دیفتری حلقی
- آدنو ویروس در نوزادان یا اطفال
- پنومونی ناشی از طاعون
- فازفیت یا پنومونی یا مخملک با عامل استرپتوکوک در نوزادان یا اطفال خردسال
- پنوموکوک مقاوم به چند دارو

در خصوص بیماری های فوق اقدامات ذیل صورت پذیرد:

بستری بیمار در اتاق خصوصی در صورت عدم امکان، بستری در اتاق مشترک با حداقل یک متر فاصله بین تخت ها . درب اتاق می تواند باز بماند

استفاده از ماسک استاندارد جراحی هنگام ارائه مراقبت به بیمار در فاصله یک متر و کمتر

استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است.

محدودیت جا به جایی و حرکت بیمار

در صورت ضرورت جا به جایی باید بیمار ماسک جراحی بپوشد.

احتیاطات مربوطه به انتقال از راه هوا Airbrone Precaution

این احتیاطات از انتشار عفونت از طریق ذرات بسیار کوچک (کمتر از ۵ میکرون) معلق در هوا پیشگیری می کنند. عفونت هایی که رعایت احتیاط برای آنها بر اساس راه انتقال آنها صورت می گیرد:



- سرخک
- آبله میمونی
- سل ریه یا حنجره
- سندرم تنفسی - حاد شدید SARS
- آبله مرغان
- تبهای خونریزی دهنده ویروسی
- زونا

در خصوص بیماری های فوق اقدامات ذیل صورت پذیرد:

بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار منفی و تهویه مناسب (حداقل ۶ بار تبادل هوا در ساعت)
 بستن درب اتاق بیمار و خروج هوا از اتاق بیمار به طور مستقیم به فضای خارج بخش
 استفاده از ماسک تنفسی مخصوص (ماسک N95) جهت تمام افرادی که وارد اتاق بیمار
 می شوند.

محدودیت جا به جایی بیمار

بیمار قبل از ترک اتاق ماسک جراحی بپوشد.

در بیماران دچار سل شدید همراه با ایجاد حفه، سرفه مداوم، یا سل حنجره جداسازی حداقل تا
 یکماه صورت گیرد در سایر بیماران که تحت درمان دارویی هستند بعد از سه نمونه اسمیر خلط در
 روزهای مجزا که از لحاظ اسید فاست منفی باشد از ایزولاسیون خارج شوند.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.

۲- به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد .

۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود .

رعایت نکات ایمنی جهت خدمت دهنده:

توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن وسایل تیز و برنده ، از مهمترین موارد آلودگی
 کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HBCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به
 منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است :

جهت شکستن ویالهای دارویی از تیغ اره استفاده نمائید .

پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله
 اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون .

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید .

در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن
 درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست به روش Scoop جهت گذاردن درپوش سرسوزن
 استفاده کند.

جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب
 یونیفرم خود خودداری نمائید .

از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید
وجود سفتی باکس در نزدیکی محل انجام پروسیجر و به حداقل رساندن حمل و نقل تجهیزات
برنده و نوک تیز آلوده (به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون)
استفاده از ابزاری که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کنند مانند: جداسازی بیستوری با
استفاده از فورسپس

جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر
- دفع آنژیوکت، بیستوری، لانس، اسکالپ وین، ویال های شکسته و ... بلافاصله بعد از
استفاده

- حداکثر ۳/۴ حجم ظرف پر شود.
- درب ظرف به نحو مناسب بسته شود.
- به تعداد کافی با سایزهای مناسب موجود باشد (بر روی ترالی های دارو و پانسمان)
- برچسب هشدار دهنده بر روی آن باشد.

کمکهای اولیه فوری پس از مواجهه در کارکنان بهداشتی:

مواجهه ای که کارکنان بهداشتی را در معرض عفونت HIV, HBV, HCV قرار دهد یعنی تماس
خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن (خون، مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور،
مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایه آمینوتیک) از طریق فرو رفتن سوزن در پوست، پریدگی با شی
یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده (مانند پوست ترک خورده یا خراشیده
شده یا مبتلا به درماتیت)

- در اولین فرصت، محل مواجهه با مایعات بالقوه عفونی را با استفاده از آب و صابون
شستشو دهید.

- غشاهای مخاطی غیر چشم مواجهه یافته را با آب معمولی و فراوان شستشو دهید.
- از هرگونه دست کاری و فشردن محل مواجهه خودداری نمایید.
- از مواد گندزدا یا ضد عفونی کننده که می توانند باعث سوزاندگی و التهاب شود
استفاده نکنید.

- سانه را فوراً به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر اطلاع دهید.
- بیمار از نظر HIV Ab, HCV Ab, HBS Ag در اسرع وقت بررسی شود در
صورت منفی بودن اقدامی برای پرسنل لازم نیست.

- لازم به ذکر است که کلیه پرسنل موظف به دریافت واکسن هپاتیت B و آزمایش پاسخ به واکسن یک تا دو ماه بعد از تکمیل آخرین دوره هستند.
- مراحل ثبت، ارزیابی مواجهه، ارزیابی منبع مواجهه و مشاوره و پیگیری توسط واحد کنترل عفونت صورت می گیرد.

ارزیابی پرسنل به دنبال تماس شغلی با خون آلوده به ویروسها :

- ۱- گزارش تاریخ و زمان تماس
- ۲- نوع ماده و شدت تماس
- ۳- راه تماس
- ۴- انجام HCVAb, HIV , HBSAb فرد تماس یافته
- ۵- انجام HCV, HIV , HBSAg فرد منبع
- ۶- وضعیت واکسیناسیون و سرولوژی فرد تماس یافته و همچنین وضعیت HBSAg فرد منبع اگر در دسترس باشد .

پیشگیری از هپاتیت B :

در صورتی که واکسیناسیون هپاتیت B کامل و تیتراژ آنتی بادی هپاتیت B پرسنل بالای ۱۰ باشد اقدامی لازم نیست در غیر این صورت طبق جدولی که در تمامی بخش ها نصب شده باید اقدام شد.

پیشگیری از هپاتیت C :

انجام سرولوژی هپاتیت C به صورت Baseline و سپس ۳ ماه و ۶ ماه بعد انجام تست های SGOT – SGPT- ALKP و سه ماه و ۶ ماه بعد.

پیشگیری از HIV :

انجام سرولوژی HIV در زمان تماس، ۶ هفته بعد، ۱۲ هفته بعد و ۶ ماه پس از تماس

آتش نشانی



روشهای عمومی اطفاء حریق

اصولا اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (اکسیژن، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نمود یا قطع کرد حریق مهار می شود.

روشهای عمومی براساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد

الف- سرد کردن

ب- خفه کردن

ج سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د- کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق ، سرد کردن است این عمل عمدتا با آب انجام می گیرد یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد میزان و روش بکارگیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد این روش برای حریق های دسته A مناسب می باشد.

خفه کردن:

خفه کردن پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگر چه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد . موادی که برای خفه کردن به کار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک، شن ، ماسه ، پتو خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی: این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان جابجا کردن مواد ، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده ، کشیدن دیوار های حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره ای:

برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالان مانند

$\text{CBrF}_3(1301)$, $\text{CBrClF}_2(1211)$

موثر می باشد. K_2CO_3 جایگزینهای آن و برخی از ترکیبات جامد مانند جوش شیرین

این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود.

مواد خاموش کننده آتش: موادی که به عنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در چهار دسته قرار می گیرند. به دلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده به طور هم زمان استفاده نمود.

طبعا هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریق ها دارای مزایا و معایبی می باشند این گروه شامل گروه های زیر است :

الف - مواد سرد کننده (آب ، CO_2)

ب- مواد خفه کننده (کف ، خاک ف ماسه)

ج - مواد رقیق کننده هوا ($CO_2 - N_2$)

د - مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

آب

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثرترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نا بجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارت نماید

کف آتشنشانی:

کف به صورت محلول تهیه می گردد . کف در هنگام پاشیده شدن توسط سرلوله کف ساز با هوا مخلوط شده و حباب سازی می گردد . کف در هنگام استفاده با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد.

نکته مهم در استفاده از کف، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال به دلیل سبکی آن می باشد.

پودر خشک

این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم و مانند آن به کار می رود.

CO2 گاز

دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق ، بی بو ، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۵/۱ بوده و هادی الکتریسیته نیست . مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است :

اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا ، دوم رقیق کردن اکسیژن

هوا در اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در CO₂ یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکترونیکی مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است زیرا به دلیل عدم هدایت برق وعدم وجود مواد باقی مانده باعث اتصال یا خرابی در موارد حساس نمی گردد.

آتش سوزی

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است . آتش به سرعت گسترش پیدا می کند . بنابراین اولین اولویت شما آگاه کردن افراد در معرض خطر است . اگر در داخل ساختمان هستید نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید . همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید ، اما اگر این کار ، خروج شما را از محل تاخیر می اندازد امنیت خود را به خطر نیندازید افرادی که در آتش گیر افتاده اند به سرعت دچار هراس می شوند . شما به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کنند از میزان هراس بکاهید . افراد را برای ترک محل تشویق و کمک کنید هرگز برای برداشتن لوازم شخصی مجدداً به داخل ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تاخیر نیندازید . تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد .

هشدار! تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید

پس از ورود به محل حریق یا اشتعال ، یک لحظه صبر کنید ، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد . یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته و تبدیل یک حریق جدی شود . اگر خطری شما را تهدید می کند تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید .

هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آن که پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشد و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید .

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق سه چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله) یک منبع سوختن (بنزین ، چوب یا پارچه) ، و اکسیژن (هوا) . برای شکستن این مثلث حریق باید یکی از اجزا را حذف کنید به عنوان مثال : سویچ ماشین را خاموش کنید و یا شیر سوخت را در ماشین های دیزلی بزرگ خارج کنید .

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود . شعله های آتش با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ خفه کرده مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید .

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید سعی کنید بدون آن که خود را در معرض خطر قرار دهید به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود .

بدنبال راههای خروج از آتش و محل هایی برای تجمع بگردید شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید . وقتی با ساختمان های دیگری مواجه می شوید نشانه های مربوط به راه های گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها را انجام دهید) .

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع ساختمان را از طریق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد

آتش گرفتن لباس: همیشه الگوی زیر را طی کنید: توقف ، انداختن روی زمین و چرخاندن . در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم ، وی را با یک پارچه کلفت بپیچید.

از وحشت زده شدن، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید . هرگونه حرکت یا باد ، مانند باد زدن به شعله دامن می زند.

مصدوم را به زمین بیندازید

در صورت امکان با یک کت ، پرده ، پتو (غیر از انواع نایلونی یا گشاد بافت) فرش یا سایر پارچه های کلفت مصدوم را محکم بپیچید.

مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیر قابل اشتعال دیگری در دسترس است مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالا قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار!

هرگز از مواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید
اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین، آتش را خاموش کنید.

انواع آتش:

- کلاس A: جامدات از جمله کاغذ، چوب، پلاستیک، فرش، واثاثیه
- کلاس B: مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین، بنزین، روغن
- کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان، بوتان
- کلاس D: فلزات از جمله آلومینیوم، مگنزیوم
- کلاس E: الکتریکی (برق)
- کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفاء کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشد
مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفاء آن کنیم

چهار نوع مشهور آن

- آب.
 - گاز دی اکسید کربن.
 - فوم.
 - پودر خشک.
- استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفاء حریق: برحسب نوع کاربرد کپسول های اطفاء حریق
نشانه گذاری می شوند.

آب

- برای آتش کلاس A استفاده نمایند.
- برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
- آب تاحدی دارای فشار باشد.
- آمپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن

- برای آتشفهای کلاس B - C - E استفاده می شود .
- برچسب یا نوار مشکی دارد
- نازل سخت و پلاستیکی دارد
- نشانگر فشار ندارد

پودر خشک

- برای آتشفهای کلاس A-B-C-D-E استفاده می شود .
- برچسب یا نوار آبی رنگ دارد
- ذرات پودر تحت فشار می باشند
- نشانگر فشارسنج دارد

فوم

- برای آتش های کلاس A-B استفاده می شود .
- برچسب یا نوار کرم رنگ دارد
- طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری میکند و خاصیت سرد کنندگی نیز دارد

شیمیایی تر

- برای آتش نوع F استفاده نمائید.
- دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است
- با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند

انواع مواد اطفاء حریق

خاموش کننده های پودری :

پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربنات ها ، سولفات ها و فسفات ها که جهت خاموش کردن حریق ها به کار می رود .



خاموش کننده های گاز کربنیک :

گاز کربنیک CO_2 به عنوان یک گاز آتش نشانی غیر قابل احتراق ، بی بو ، خنثی از سالهای قبل در دستگاه های ثابت اتوماتیک و دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوان دارد . گاز خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیته نمی باشد .



وزن آن سنگین تر از هواست ، لذا در صورتی پرتاب روی حریق ، اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد . در جامد یا یخ خشک در صدد درجه زیر صفر به CO_2 تبدیل و با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفاء حریق می شود .

خاموش کننده های مولد کف :

کف مورد مصرف برای اطفاء حریق مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز در حال اشتعال از روی مواد می گردد و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آید وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود .



خاموش کننده های هالوژنه :

دارد. مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد.

بدین معنی که به علت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد . این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.



مدیریت بحران (Management Disaster)



عبارتست از وضعیتی که فراتر از توان روزانه یک بیمارستان باشد این وضعیت می تواند نتیجه مواد ذیل باشد:

- ۱- حادثه غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد.
 - ۲- حضور مجروحان با بیمارانیکه درمان آنها در توان اورژانس بیمارستان نباشد.
- نحوه اجرای برنامه بحران در بیمارستان بلافاصله پس از ایجاد حادثه کمیته مقابله با حوادث غیر مترقبه با اعضا زیر تشکیل میگردد

رئیس بیمارستان

سرپرستاران بخشها

مترون بیمارستان

رابط حراست

رؤسای واحدهای اداری و مالی

مسئول تاسیسات

مسئول بهداشت

نماینده ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستان / منطقه

هدف کلی: سازماندهی و هدایت مرکز عملیات اضطراری

■ فرایند عملیات:

هشدار:

به دنبال دستور از رئیس ستاد بحران دانشگاه، این واحد فعال میشود شروع عملیات: فراخوان نیروها-اعلام وضعیت بحران به نیروهای خود و اطلاع به مسئول امنیت و بسیج سوپروایزر کشیک و پزشک اورژانس رؤسای بخشها و فعال نمودن روابط عمومی خاتمه: به دنبال دستور صادره از رئیس ستاد بحران دانشگاه، خاتمه عملیات اعلام گردد.

دستورالعمل:

اقدام به برگزاری جلسه ویژه باریس بخش عملیات و مدیران مسئول آزمایشگاه ، رادیولوژی سوپر وایزر کشیک در طی مدت کوتاه حداکثر ۳۰ دقیقه اعلام سریع شروع عملیات به متخصص جراحی و پزشک اورژانس مبنی بر راه اندازی عملیات

دریافت گزارشات اولیه در مورد میزان تخریب ساختمان و تأسیسات ، از مدیر پشتیبانی و دریافت تعداد وضعیت مراجعین از سوپروایزر کشیک، که تاکنون مراجعه نموده اند.

دستور به رؤسای بخش ها جهت ترخیص زودتر از موعد برخی از بیماران خاص، جهت دسترسی به تخت بیشتر.

دستور به سوپروایز جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر هماهنگی با سایر مسئولین در امر تهیه لوازم وامکانات مورد نیاز پزشکان و داوطلبان از نظر فضا، غذا و امکانات دفتری و دارویی

دستور به مسئول سوپر وایزر جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر فراهم نمودن نیازهای بستگان بیمار و هماهنگی با ارشد امنیت

دریافت اطلاعات و صدور مجوز انتشار اخبار پس از اطلاع از نظر صحت و سقم آن

■ مدیریت درمان

دستورالعمل:

صدور دستور ترخیص و انتقال بیماران قلبی و حذف برنامه های اکتیو بخش ها.

دستور عدم انجام خدمات روتین آزمایشگاه به رادیولوژی و برای بیماران قلبی غیر اورژانس.

استقرار مرکز عملیات در نزدیکی مرکز فرماندهی اورژانس .

دستور به تخلیه بیمارستان از بیماران غیر اورژانس.

اطلاع دادن مستمر به فرمانده حادثه در مورد میزان پیشرفت بخش عملیات.

کسب اطمینان از اینکه تعداد پرسنل و کافی بودن خدمات پاراکلینیک در محل عملیات.

سازماندهی تمام جنبه های بخش عملیات و به اجرا گذاشتن نظرات و پیشنهادات فرمانده حادثه و نظارت کامل بر کلیه زیر مجموعه های خود در زمینه پاراکلینیک و....

اطمینان از کار علمی و تریاژ علمی عملیات و بازرسی محل های بیمارستان از نظر احتمال اشکالات در هر یک از مناطق.

■ واحد عملیات:

دستورالعمل: سازماندهی و هدایت تمامی جنبه های مرتبط با بخش عملیات ، ارتباط با فرمانده حادثه ، هماهنگی و نظارت بر زیر مجموعه های مدیریت بیماران ، مدیریت درمان ، خدمات پاراکلینیک و خدمات انسانی.

برنامه ریزی برای تخلیه بیمارستان و برپایی درمان صحرائی.

تدوین دستور العمل ترخیص سریع و تعویق برنامه های الکتیو و اجرای آنها به هنگام بروز حادثه. سازماندهی ،آموزش و برگزاری مانور. توجیه مدیران بخش عملیات در مورد موقعیت جاری و تهیه برنامه عملیاتی بخش و تعیین زمان جلسات توجیهی بعدی مسئول واحد.

■ واحد پشتیبانی:

دستورالعمل:

سازماندهی و هدایت عملیات مرتبط با نگهداری فضای فیزیکی ، میزان غذای کافی ، سرپناه و منابع پشتیبانی کننده مقاصد پزشکی. برنامه ریزی برای درمان فضای آزاد و شرایط نامناسب جوی. بررسی و تعیین خطرات محتمل الوقوع سازه ای و غیر سازه ای و برنامه ریزی برای آنها. تعیین مکانهای مختلف مورد نیاز پس از وقوع حادثه در نظر گرفتن مکانهای جانشین. تشکیل تیمهای مجهز بررسی آسیب و تدوین برنامه های آموزشی برای آنها. برنامه ریزی برای تامین کلیه نیازهای بیمارستان جهت خود کفایی ۷۲ ساعته بادر نظر گرفتن تعداد مصدومین پرسنل و داوطلبین. هماهنگی با سازمانهای اطراف مانند مدارس،مساجد ،ورزشگاهها و... برای جلب حمایتهای مختلف. برنامه ریزی برای جیره بندی تجهیزات ، غذا، آب ،سوخت و.....

■ تریاژ قرمز

هدف کلی : تسهیل درمان و نظم بیماران در واحد درمان فوری و خیلی فوری (این بیماران دارای شوک و هیپو کسی شدید هستند ولی میتوانند زنده بمانند)

دستورالعمل:

- ۱- گرفتن سریع فشار خون و بررسی وضعیت تنفسی بیماران و آماده کردن وسایل مورد نیاز جهت نقل و انتقال بیماران جهت جابجایی داخل اورژانس.
- ۲- درخواست نیروی کمکی و خدمات از مسئول واحد پرسنلی.
- ۳- فراهم نمودن مکان به گونه ای که بتوان وسایل مورد نظر را در آنجا قرار داد.

- ۴- اطمینان از نظم و جابجایی سریع بیماران درمان شده از منطقه درمان فوری.
- ۵- گزارش منظم و مکرر وضعیت به مترون بیمارستان.
- ۶- فراهم نمودن امکانات لازم در محل به گونه ای که بتوان هرچه سریعتر بیماران را به داخل بیمارستان و اتاق احیاء (CPR) انتقال داد.

▪ **تریاژ زرد**

هدف کلی: تسهیل در درمان بیماران منطقه درمان تاخیری
اولویت دوم: بیمارانی که هنوز وارد شوک یا هیپوکسی نشده اند ، با مراقبت مناسب میتوان بیمار را تا ۴۵-۳۰ دقیقه پایدار نگه داشت.

دستور العمل:

در نظر گرفتن تمامی نیروهای و افراد داوطلب و بیمارانی که احتمالا در حال سیر به سمت رفتارهای ناهنجار هستند.
در نظر گرفتن نیروهای اضافه در محل و انتقال آنها به واحد دیگر با هماهنگی سوپر وایزر.
اطمینان از وضعیت بیماران این دسته و اطمینان از عدم تغییر شرایط بالینی این بیماران تبدیل آنها به تریاژ به رنگ دیگر.
فراهم کردن وسایل مورد نیاز برای انتقال بیماران برای حمل و نقل صحیح بیمار.
اطمینان حاصل نمودن از نیروها و وسایل کافی در منطقه درمان تاخیری.

▪ **تریاژ سبز**

هدف کلی: هماهنگی مراقبتهای محدود از بیماران تریاژ
اولویت سوم:
-بیماران غیر فوری و بدون عوارض سیستمیک
-بیمارانی که وضعیتشان با حداقل مراقبت تا ساعات آینده احتمالا وخیم تر نخواهد شد.

دستور العمل:

تصمیم گیری در زمینه ترخیص فوری مصدومین سرپایی و اقدامات سرپایی و آتل و گچ. تصمیم گیری در زمینه ترخیص بیماران با خطر کمتر و نداشتن صدمات حیاتی. اطلاع رسانی مداوم به مسئول شیفت بیمارستان. بررسی تعداد موجود پرسنل نسبت به بار کاری محل طوری که نیروهایی که در محل بدون استفاده ویا دارای استفاده محدود هستند به مناطق دیگر ارجاع نماید. بررسی مجدد بیماران موجود در تریاژ سبز بعد از گذشت چند ساعت و اطمینان از اینکه این بیماران به گروه تریاژی با رنگ قرمز تبدیل نشده باشند. جمع آوری و درخواست وسایل آتل سیمی و باندازو... در محل و هماهنگی با داروخانه جهت فراهم نمودن هرچه سریعتر این امکانات

▪ کد سیاه (واحد سردخانه)

دستور العمل:

- ۱- جمع آوری و محافظت از جسد های متوفیان و تعیین فردی که متوفیان را تعیین هویت نماید.
- ۲- هماهنگی کامل با مسئول واحد اعزام و ترخیص بیمارستان
- ۳- برنامه ریزی جهت تحویل سریعتر اجساد به خانواده ها و ثبت کلیه فرآیندها.
- ۴- هماهنگی با رزیدنت مقیم از نظر معاینه مجدد اجساد از نظر احتمال زنده بودن بعضی اجساد.
- ۵- هماهنگی با مسئول ترابری جهت انتقال بیماران فوت شده.
- ۶- عودت دادن برانکارد ویا وسایلی که بیمار را از محل تریاژ به سردخانه منتقل کرده اند.
- ۷- تکمیل فرم مشخصات جسد.
- ۸- نگهداری دقیق فرم بیماران فوتی جهت تحویل به سوپر وایزر.
- ۹- حفظ و نگهداری اشیاء و لوازم قیمتی اجساد با هماهنگی نیروی انتظامی و حراست.
- ۱۰- بچسب زدن به تمام اجساد تا بتوان اجسادی که معاینه شده اند را از بقیه اجساد تشخیص داد.
- ۱۱- اطلاع آمار اجساد و فوت به سوپر وایزر.
- ۱۲ اقدام به ضد عفونی کردن اجساد.

▪ واحد نگهبانی واحد امنیت وانتظامات

دستورالعمل:

محدود کردن ملاقات کنندگان بخش ها و کنترل ورود خروج پرسنل و کودکان واموال بیمارستانی وحتی اجساد وکلیه لوازم همراه بیماران وعدم اجازه کار کردن به افرادی که دارای کارت ویژه شناسایی نمی باشد.

ایجاد رابطه با پلیس منطقه مبنی بر ارسال نیروی کمکی به محل وارسال تقاضا جهت وارد شدن نیروی راهنمایی رانندگی جهت کنترل خیابان های منتهی به بیمارستان وداشتن نیروی از قبیل تعیین شده مبنی بر ثبت تمام فعالیت ها ومشاهدات واعلام هشدار به مدیران بخش ها مبنی بر مشاهده هرگونه مورد مشکوک وخطرناک در محل وحفاظت از کلیه مناطق بیمارستان ومحافظت از اموال پزشکی که به هر دلیل از داخل بیمارستان به فضای خارج بیمارستان انتقال می یابد وگزارش مستمر به فرمانده حادثه.

هماهنگی با نزدیک ترین بانک به محل جهت انتقال وجوہات با ارزش بیماران ودرآمد های مالی بیمارستان به آن محل

▪ واحد مخابرات

هدف: سازماندهی ارتباطات داخلی وخارجی

دستورالعمل:

ایجاد یک پایگاه در نزدیک مرکز فرماندهی وحفظ در برقراری سیستم تلفن وبی سم بیمارستان. فرستادن افراد از قبل تعیین شده با بی سیم به مناطق مختلف بیمارستان جهت ارتباط هرچه بیشتر با واحد های مختلف ومركز فرماندهی.

مستند نمودن تمام ارتباطات که از طریق شبکه ارتباطی منتقل می گردد. مهیا نمودن سیستم های مخابراتی اضطراری در صورت بروز آسیب در شبکه مخابراتی عادی بیمارستان

برقراری ارتباط با بیمارستان وسایر مراکز از قبیل تعیین شده. تماس با مرکز مخابرات مبنی بر فرستادن امکانات مخابرات مجهز ماهواره ای به محل. مهیا نمودن یک یا دو خط مخابراتی ودسترس قراد دادن آنها به همراهان بیمار که در محیط بیمارستان قرار دارند.

پرهیز از برقراری ارتباط در مورد تلفن های غیر ضروری پرسنل.

هءف کلی : سازمانهی ذخایر غذائی و آب در طی مءء عملیات

ءسءور العمل :

برآورد سریع ءءاء وعءه های غذایی و اجرای سریع برنامه جیره بنءی غذایی
ءعین میزان ذخایر آب آشامیءنی و موءوءی ذخایر اضءراری
ءوزیع غذا و آب بین همراهان و بستگان بیماران با نظارت مءرون بیمارستان
فراهم نموءن محل صرف غذا برای پرسنل و تهیه غذا و محل تهیه غذا
دریافت و ءبء کامل مواء غذایی اهءایی و كنءرل ءوسط مسئول بهءاشءی محل عملیات و انءقال و
جابجایی آنها به محل امن و عاری از عفونء
درخواست امكانات آشپزخانه ای از ءارج بیمارستان ءوسط سوپروایزر ءا در صورت امكان ءءوانء
در شرایط ضروری در محیط فیزیکی محیط بیمارستان آشپزخانه اورژانس بر پا كنءنء.
ءماس مسءقیم و مسءمر از نظر آمار وضعیت فعلی و نیاز اءءمالي در آئنه

■ واحد ءاسیسات

هءف : رسیدگی سریع به ءءریاء اءءمالي

ءسءور العمل :

ءعین سریع كمیت و کیفیت منابع انسانی و مشءص نموءن آسیب وارءه به محل بیمارستان و
مءءصاء اءءمالي برای امنیت جانی افراد .
در نظر گرفتن ءطر آءش سوزی در محل و انءءاب فرد موءرء نظر جهت كنءرل آن .
ءعین مناطق ناامن بیمارستان و اعلام به سوپروایزر مبنی بر ءءلیه آن محل .
ءعین محل از نظر اولویء بنءی ءعمیراء در آن مناطق .
بازءیء مسءمر از کلیه مناطق بیمارستان و ءبء مناطق پر ءطر و ءءی عكس گرفتن از آنها و اعلام به
سوپروایزر.

كنءرل مرءب سیستم فاضلاب از نظر عءم انءشار فضولات به مكان های عملیات .
برقراری جلسات مءءءء با مءیر پءءیبانی جهت انجام وضعیت های بءران ءاسیساتی محل .
فرسءاءن افراد جهت ءعمیر فوری آسیب های آب و برق و ارتباطاء بیمارستان .
اطلاع به مءیر پءءیبانی جهت فراهم نموءن امكانات و لوازم ءاسیساتی و سءء افزار.

نظارت بر کار آسانسورها علامت گذاری کردن سریع مبنی بر هدایت بیماران از محل خروج اضطراری .

▪ واحد رسانه و روابط عمومی

هدف کلی : ارائه اطلاعات به مطبوعات و روابط مرکز فرماندهی حادثه با سایر واحدها

دستورالعمل :

تعیین سریع یک مکان مناسب با فاصله از مرکز عملیات جهت استقرار خبرنگاران .
درخواست کمک از سایر بیمارستان ها .
ایجاد هماهنگی سریع با مسئول اداری مالی (پذیرش) ، پارکینگ ، داروخانه ، تدارکات ، سردخانه ، پشتیبانی از طریق افرادی که از قبل به عنوان مسئول انتخاب شده اند .
اطلاع از تعداد بیمارانی که تحت پذیرش و درمان هستند و اطلاع کامل از هر گونه کمبود موجود یا احتمالی در آینده از نظر پرسنل یا دارو یا انبار یا وسایل پارکینگ و اطلاع کامل از مصدومین و حتی موارد فوت که به بیمارستان وارد و یا از بیمارستان خارج شده اند .
ارتباط با کلیه بخش ها و داشتن اطلاعات از کلیه قسمت های بیمارستان همراه با ثبت موارد و سرکشی خود فرد و اطلاع به فرمانده حادثه به طور مستمر .

▪ واحد داروخانه

هدف کلی : فراهم نمودن خدمات دارویی در حد مناسب

دستورالعمل :

فرستادن تکنسین دارویی همراه اورژانس از محل داروخانه به تریاژ و هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت و آمار آن .
تعیین اقلام دارویی مورد نیاز که در آینده احتمال اتمام آن وجود دارد .
هماهنگی با داروخانه مرکزی از طریق سوپروایزر مبنی بر آماده کردن داروهای اورژانس .
آمادگی پذیرش کمک های دارویی مردم در محل امن .
اطلاع به نیروی انتظامی در زمینه دریافت داروهای کمکی و امنیت انبار دارویی .
هماهنگی با مسئول تدارکات و انبار جهت انتقال داروهای ذخیره از انبار به محل داروخانه در شرایط استاندارد .
صرفه جویی در دادن دارو ها به بیماران .
ارسال گزارش کامل مبنی بر تعداد داروهای مصرفی .

ثبت کامل داروهای مصرفی و هزینه های دریافتی از بیماران .
اطمینان از دسترسی همه بیماران به دارو ها .
انتقال داروهای ترالی اورژانس به اتاق مبنی بر هماهنگی با مسئول واحد CPR .

▪ واحد آزمایشگاه

هدف کلی : حفظ خدمات آزمایشگاه و فراورده های خون و مدیریت فعالیت آزمایشگاه

حفظ خدمات آزمایشگاه و منابع خونی .
اولویت بندی آزمایشات انجام شده به اورژانس و آزمایشات غیر اورژانس قبلی .
اطلاع به سایر بخش ها و بخش اورژانس مبنی بر عدم انجام آزمایشات روتین غیر اورژانس .
فرستادن شخصی جهت گرفتن خون اهدایی از همراهان .
درخواست تجهیزات و مواد مصرفی احتمالی اضافی از تدارکات و سوپروایزر و قرار دادن آنها در محل اورژانس .
فرستادن یک خونگیر و تکنسین تزریقات به محل تریاژ بیماران .
گزارش مستمر به سوپروایزر کشیک .
تماس با بانک خون در رابطه با آماده کردن و ارسال نیاز احتمالی به خون .

▪ واحد انبار

تجهیزات ذخیره

تهیه برانکارد به تعداد حداقل ۱۰ عدد جهت حوادث .
تهیه آتل های فلزی جهت دست و پا هر کدام حداقل ۵۰ عدد .
تهیه ونتیلاتور پرتابل حداقل ۱ دستگاه .
تهیه مانیتورینگ حداقل ۳ دستگاه .
تدارکات اتاق عمل طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۲۰ نفری .
تدارکات آزمایشگاه طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۲۰ نفری .
دستگاه رادیولوژی پرتابل حداقل ۱ دستگاه .
ملافه حداقل ۱۰۰ عدد .
لباس برای بیماران حداقل ۵۰ دست .

بیسیم به تعداد کل واحد های تحت فرماندهی و نیز فرماندهان .
 دوربین دیجیتال جهت عکسبرداری از مصدومان مجهول الهویه و نیز متوفیان .
 کاور لباس به تعداد پرسنل با رنگهای مختلف.
 کارت تریاژ
 سیلندرهای پرتابل اکسیژن به همراه ماسک اکسیژن.
 داروهای اورژانس.

▪ واحد پرستاری و تریاژ

هدف کلی: نظارت و نگهداری خدمات عمومی پرستاری در بهترین سطح ممکن برای برآورده ساختن نیازهای بیماران تازه پذیرفته شده و داخل بیمارستان

دستورالعمل:

برپایی منطقه تریاژ و مشورت با مسئول ترابری جهت تعیین محل تخلیه آمبولانس
 تعیین تیم های تریاژ .
 نظارت برانجام صحیح تریاژ در کلیه مناطق ورودی بیماران و الصاق صحیح کارت تریاژ.
 ارزیابی اولیه بیماران و مشخص نمودن کسانی که مستعد ترخیص زودرس هستند.
 تشکیل تیم مراقبت از بیماران به میزان مورد نیاز.
 اطمینان از اجرای سیستم صحیح حمل و نقل بیماران.
 تدوین برنامه پذیرش و تریاژ بیماران و سازماندهی و آموزش و برگزاری مانورهای دوره ای برای تیمهای تریاژ.
 ملاقات با رئیس بخش عملیات جهت ارزیابی و برنامه ریزی مایحتاج پرسنل پرستاری و مراقبت از بیماران.

فراخوان پرسنل به تناسب.

تماس با ارشد امنیت و انتظامات برای مسائل ایمنی و نیازهای ترافیکی.
 گزارش تجهیزات و موارد مورد نیاز برای جابجایی و مراقبت از بیماران.

▪ واحد رادیولوژی

هدف کلی: حفظ خدمات رادیولوژی در سطح مناسب

دستورالعمل:

ارزیابی وجود تعداد فیلم های رادیولوژی و تماس با تدارکات .
 رادیولوژی و سونوگرافی به محل ورود بیماران در تریاژ، جهت پیشگیری از ازدحام portable فرستادن دستگاه ها در رادیو لوژی و انجام سریع تر اقدامات ، توسط یک فرد مشخص جهت پیشگیری از سرقت و آسیب احتمالی و تحویل به مسئول تریاژ.
 اعلام عدم انجام گرافی های غیر اورژانس به سایر بخش ها و اورژانس.
 گزارش خدمات انجام شده به طور مستمر به سوپر وایزر.
 هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت اقدامات پرتابل انجام شده در تریاژ و مصرف هزینه های انجام شده
 آتل و بانداژ در محل رادیولوژی با هماهنگی سوپر وایزر مهیا نمودن وسایل CPR .
 اعلام سریع موارد شدید پاتولوژیک به عنوان مثال مایع آزاد یا هوا به پزشک تریاژ کننده به صورت تلفنی و سریع توسط رزیدنت رادیولوژی.

▪ واحد مددکاری

هدف کلی: هدایت واسکان و تغذیه بستگان بیماران

دستورالعمل:

استقرار همراهان بیمار در محیطی که از قبل براساس نقشه توپوگرافیک مشخص گردیده است.
 توجه ویژه به کودکان و سالمندان که در محیط بیمارستان بدون سرپرست رها شده اند.
 ثبت مشخصات فردی و یا ظاهری افراد (در صورت کم سن بودن فرد) در دفتر ثبت اسامی.
 نظارت و توجه به اجرای امکانات تغذیه ای و بهداشت در این قشر و تأمین نیاز های آنها.
 هماهنگی با مسئول آشپز خانه ، تدارکات و پشتیبانی و انبار دار جهت تأمین نیازهای تغذیه ای ، رفاهی ، بهداشتی این افراد.
 هماهنگی با مسئول مخابرات بیمارستان مبنی بر در اختیار گذاشتن یک یا دو خط ارتباطی جهت برقراری ارتباط همراهان موجود در بیمارستان با اقوام خود در خارج بیمارستان .
 گزارش کامل و ساعت به ساعت در رابطه با تعداد افراد اسکان یافته در محل و نحوه خدمات رسانی به آنها به سوپر وایزر کشیک.

▪ واحد اعزام و ترخیص

هدف کلی: کنترل موارد ترخیص ها و موارد اعزام

دستورالعمل:

اعزام بیماران غیر اورژانسی به سایر بیمارستان ها و یا اعزام بیماران خاص مراجعه کننده به اورژانس به سایر مراکز.

کمک به تسریع در روند ترخیص کنترل شده همراه با ثبت کلیه جزئیات و ثبت محلی که بیمار در آنجا تحت درمان بوده است .

افزایش تعداد پرسنل و تدارکات کافی در اتاق ترخیص جهت ساده تر کردن و سریع تر کردن فرایند ترخیص .

اعزام مصدومان نیازمند به اقدام بیشتر پس از هماهنگی با واحد ترابری .

نگهداری شماره پرونده بیمار و ثبت دقیق محل اعزام وی و ثبت خلاصه پرونده برای بیمار .

گزارش منظم و متوالی به سوپروایزر کشیک .

در صورتی که به علت ازدحام و شلوغی در دیگر منطقه بیمارستان اقدام به ترخیص بیماران می گردد ، فردی را جهت ثبت پرونده و کنترل دقیق این فرایند اعزام نماید .

فتوکیپی از پرونده بیمارانی که به هر دلیل اعزام می شوند نگه داشته شود .

▪ واحد نظافت و بهداشت

هدف : تأمین بهداشت محل عملیات و نظارت بر بهداشت و فاضلاب محل

دستورالعمل :

نظارت بر فعال بودن مسائل نظافت بهداشتی و فاضلاب و آلودگی زدایی از محیط و افراد بیمار .

نظارت و کنترل بر آب آشامیدنی محیط .

فراهم نمودن کلر و سایر مواد تا در صورتی که با خرابی دستگاه تصفیه آب آشامیدنی رو برو شویم بتوان از آن استفاده نمود .

جمع آوری و تفکیک و دفع زباله ها و مواد حاصل از تخریب سقف ساختمان .

فراخوان نیروهای خدمات جهت پاکسازی و نظافت بیمارستان و ضدعفونی کردن محل .

ایجاد توالی و حمام صحرائی در محل بیمارستان .

هماهنگی با شهرداری جهت انتقال زباله ها .

گزارش کامل به سوپروایزر کشیک .

کنترل به ایمن بودن مواد تغذیه‌ی دریافتی از اهدایی مردم و ضد عفونی کردن کنسرو ها قبل از مصرف
هماهنگی با سیستم واحد ارتباطات و مخابرات جهت اعلام مسائل بهداشت .
سم پاشی محل و جمع آوری غذاهای توزیع شده بین مردم .

▪ واحد پذیرش

هدف کلی: ثبت مشخصات کلیه مصدومین

دستورالعمل:

ثبت مشخصات کلیه بیماران پذیرش شده و طبقه بندی جامع بیماران پذیرش شده از نظر سن ، جنس و ساعت ورود .
ثبت کلیه بیمارانی که به هر دلیل از بیمارستان خارج شدند یا با رضایت شخصی ترک کرده اند .
پر کردن کامل فرم پذیرش و تریاژ مصدومین و ثبت کامپیوتری آنها .
داشتن فردی که بتواند به منطقه تریاژ ورودی بیمارستان منتقل یابد و کلیه فرایندهای پذیرش تریاژ و کلیه مواردی که از آمبولانس در محل تریاژ تخلیه می شود را ثبت نماید
نصب کارت پذیرش بر برگه تریاژ تمام بیماران .
اقدام به ثبت تمام بیمارانی که به علت ازدحام و شلوغی اجبارا در سایر مناطق بیمارستان ، در حال پذیرش هستند .
اطلاع مستمر به مدیر درمان در مورد آمار پذیرش شدگان .

▪ واحد روانپزشکی

هدف کلی: فراهم کردن امنیت روانی بیماران و همراهان

دستورالعمل:

تشکیل تیم های متشکل از همکاران روانپزشکی ، پرستاران بخش روانپزشکی و فرستادن آنها بین همراهان بیمار در صحنه .
تشکیل جلسه ها با سوپروایزر کشیک جهت هماهنگی در برخورداری از یک سری وسایل سمعی و بصری جهت ایجاد آرامش و القاء امنیت از طریق پخش موسیقی های آرام .
حاضر شدن بر بالین بیماران فوتی و آسیب شدید ارگانی جهت پیشگیری از مشکلات روحی شدید .

انتقال کودکان و خردسالان از صحنه پرهیجان به محل آرام و امن و ایجاد آرامش روحی در کودکان از طریق صحبت کردن و مهیا نمودن وسایل کمک روحی که در بخش روانپزشکی موجود می باشد .

تماس با مرکز روانپزشکی دیگر مبنی بر احتمال انتقال بعضی بیماران به آن مرکز .
هماهنگی با جامع روحانیت بیمارستان مبنی بر دادن آرامش روحی به همراهان بیماران و فوت شدگان.

هماهنگی با داروخانه در زمینه تجویز بعضی داروهای آرامبخش به بعضی افراد (بیمار یا همراهان)
با واحد روانپزشکی و هماهنگی با مترون بیمارستان مبنی و مهیا نمودن داروهای مورد نیاز روانپزشکی .



مدیریت خطر



Risk management و مراحل آن:

وجود خطر: یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمی توان آنرا حذف کرد ولی می توان آنرا به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است. در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با reactive یا واکنشی، بررسی می شد یعنی اینکه پس از نگاه بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر مدیریت می شود تاکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive است. در واقع، خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن و یا فقدان سلامت بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و و ما پیوسته تلاش می کنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتا کنترل خطر را شامل می شود. این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می تواند با یکدیگر همپوشانی داشته باشند و معمولا یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد.

مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند برای مدیریت خطر باید مسائل اقتصادی سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود معمولا ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد این متدها به صورت ترکیبی وجود دارد در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایند ها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آنها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد مبادرت به شناسایی خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آنها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آن را به طور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته توجه به حوادث بعد از وقوع است

به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها بعد از وقوع آنها توسط پرسنل درمانی و یا بر اساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا به تنهایی در نظر بگیریم احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد خواهیم شد.

مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن آنالیز صورت گیرد ایده آل این است که خطر از بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاش ها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی دارو ها رخ می دهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی در نظر گرفت به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد را شناسایی کرد پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطر های عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شود در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر این که استفاده از آن اجباری باشد.

مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید بر اساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف) کنترل خطر:

در مورد خطرهای غیر قابل حذف گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن برداشته شود مانند استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکلها و سیر مراقبت مانند استفاده از گایدلان برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب) پذیرش خطر: در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است ج) اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلرید پتاسیم همراه با ۵ درصد گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۱۰ درصد گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس باید بسته بندی دارویی به گونه ای که داروها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د) کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنمایی های بالینی و آموزش به پزشکان.

ه) انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، می توان آنها را پوشش داد.

مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثر بخشی که برای شناسایی آنالیز مدیریت خطر به کار رفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استاندارد های مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند. "low blame" در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود.

نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق :

رهبری همراه با التزام به ارتقاء ایمنی بیمار

خط مشی و استراتژی واضح

محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون

سرزنش

منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخگویی به فرایندها

ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار ، گزارش حوادث است . گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی بخشد . بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است . این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت و سلامت اجرا شود .

جهت شناسایی خطاها ، روش های مختلفی وجود دارد . این روش ها می تواند شامل ، بررسی پرونده ها ، گزارش دهی خطاها ، استفاده از تجربیات بیماران ، بررسی شاخص های ایمنی بیمار ، و بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد . یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاهاست که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر ، تعریف شود .

طراحی ایده آل برای یک سیستم گزارش دهی خطا می تواند شامل موارد زیر باشد :

۱- کلیات طرح:

هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود .

تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا گزارش (Near miss) شود.

از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود ، فیدبک گرفته شود .

۲- جمع آوری داده :

فرمهای گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار دهید که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند .

اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده خطا به منظور روشن شدن جزئیات گزارش بدهید در عین حال که ناشناس بودن فرد را حفظ می کنید .

بر توصیف مراحل رویداد خطا تاکید کنید .

از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش دهی استفاده کنید.

۳- مرحله تحلیلی:

داده ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر می باشند جمع آوری کنید .
در موقع رخداد یک حادثه واحد را براساس محلی که اتفاق می افتد طبقه بندی کنید.
حوادث را برحسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا، طبقه بندی کنید.

۴- مداخله

نقص های زمینه ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیدا کنید
محیط های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید.
اقدامات اصلاحی اجرا شده را برای بررسی اثر بخشی آنها پیگیری کنید.
استراتژی مداخلات را به وسیله یک تیم چند منظوره مشخص کنید
برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی داشته باشید.

تحلیل ریشه ای وقایع (Root cause analysis)

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ میدهد را نیز در برمیگیرد . تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده و از زمان حادثه به عقب بر می گردد و اجازه می دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته ، یادگیریهایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

ویژگی های فرهنگی و بومی منطقه



معرفی اجمالی شهرستان جویین

سال تأسیس فرمانداری : ۱۳۸۷/۷/۱۱

وسعت : ۱۳۸۶/۲۵۰ کیلومتر مربع

تعداد بخش : ۲

تعداد دهستان : ۴ (بالا جویین - حکم آباد - پیراکوه - زرین)

تعداد روستا ها : ۵۱

نام مرکز شهرستان : شهر نقاب

سال تأسیس شهرداری نقاب : ۱۳۷۳/۹/۲۳

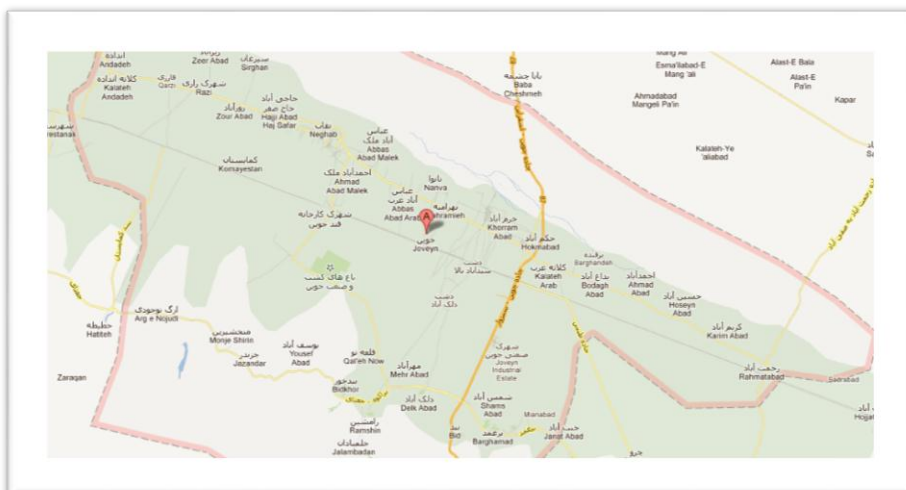
وسعت شهر نقاب : ۶/۶ کیلومتر مربع برابر است با ۶۶۰ هکتار

فاصله مرکز شهرستان تا مرکز استان : ۳۲۰ کیلومتر

جمعیت شهر نقاب بر اساس آمار سال ۱۳۸۵ : ۱۲۸۴۸ نفر

موقعیت و توانمندی های شهرستان جویین :

بخشداری جویین در تاریخ ۱۳۸۷/۷/۱۱ به شهرستان ارتقاء یافت و موقعیت و محدوده جغرافیایی شهرستان جویین از شمال به شهرستان اسفراین از جنوب به بخش داورزن و بخش مرکزی و از شرق به بخش خوشاب و از غرب به شهرستان جغتای محدود است شهرستان جویین از موقعیت سوق الجیشی مناسبی برخوردار است.



از نظر تاریخی از قدمت و پیشینه بسیار کهنی برخوردار است قرار گرفتن در کنار جاده ابریشم که مرکز تعادل تجارت و فرهنگی بوده وجه تسمیه شهرستان و در ایران قدیم در فرهنگ ها و کتب تاریخ به سه مکان بر می خوریم که موسوم به جوین می باشد یکی از آنها که به صورت جویم آمده از توابع شیراز می باشد . دومی محلی در افغانستان ، سوم ناحیه مورد نظر ما (شهرستان جوین) یعنی ناحیه ای که به تسریع کتب تاریخ بین نیشابور و جاجرم واقع گردیده و حد فاصل ولایت اسفراین و بیهق بوده است .

آنچه از کتب تاریخ بر می آید نام جوین به صورت های مختلف ولی نزدیک به هم آمده و آن نام ها عبارتند از : گویان ، گوان ، کوان (پهلوان) و چون در زبان عرب (گک) وجود ندارد به جوین معروف شده .

ناصر خسرو در سفرش از این ناحیه عبور کرده و می نویسد که از راه (کوان) به سوی بسطام رفته است و جوین ملج و پناهگاه مردم خراسان در زمان های مختلف بوده و در کتاب لسان العرب جلد ۲ مولف ابن متصور درباره جوین چنین آمده است جوین مصفر جون (گون) و آن نام گیاهی است که از شدت سبزی به سیاهی بدل شده است از ماده جوند و آن خورشید است . به خاطر نورانی بودن و صفایش بودن در روایتی آمده که پیامبر گرامی (ص) عباپی داشت به رنگ سفید و سیام که از این کلمه معنی رنگارنگ تعبیر می شود . جوین به قول لبیدابن ربیع شاعر معروف عرب سرزمین است نفس کشیدن در آن حیات بخش است . حتی برای انسانی که در حالت موت است نفس کشیدن در طبیعت این سرزمین فرح بخش می داند و به لحاظ پارامتر اقتصادی ، صنعتی و وضعیت نسبتا خوب اقتصادی و معیشتی مردم منطقه از رشد آگاهی و سیاسی خوبی برخوردار بوده و همچنین ارتباط شهرستان های مجاور و سایر نقاط کشور وجود ایستگاه مرکزی راه آهن سراسری تهران مشهد در جوین ، منطقه را به یکی از مناطق مهاجر پذیر تبدیل نموده است و وجود آثار تاریخی مهم و شخصیت های سیاسی فرهنگی همچون :

عظاملک جوینی مولف کتاب جهانگشای جوینی

خواجه شمس الدین ، اله یار خان جوینی ، حاکم آق قلعه

نجیب الدین فراش جوینی

ابولمعالی امام الحرمین

از آثار باستانی شهرستان می توان :



مسجد آق قلعه

خواجه نجم الدین

قوش تپه

هفت تن کروژده

تپه های بیسجرد

تپه های احمد آباد

تپه های شمس آباد

معین الدین انداده

امام زاده بهرامیه

امام زاده کلانته میمری

امام زاده بداغ آباد

آرام گاه سعدالدین حموی و غیره

را نام برد در ضمن تفرجگاه هایی همچون :

آبشار بید

امام زاده بیدخور

سد یام



رودخانه یام

شهوآج و رودخانه ها و بستر های سرسبز و مناسب در شهرستان وجود دارد



مذهب رسمی اهالی شهرستان جوین شیعه اثنی عشری بوده که بعد از انقلاب اسلامی با تقدیم ۲۵۰ نفر شهید ۴۰۰ نفر جانباز و ۷۲ نفر آزاده دین خود را به اسلام و انقلاب اسلامی و امام (ره) اداء نموده است.

شغل اصلی و عمده اهالی کشاورزی و دامداری و مرغداری بوده و داشتن ۲۴۲ حلقه چاه عمیق و نیمه عمیق، ۶ رودخانه و ۷۵ رشته قنات و چشمه سارهای متنوع و ۲۶۰۰۰ هکتار سطح زیر کشت نقش عمده ای در تولید محصولات کشاورزی از جمله گندم، جو، هندوانه، خربزه، چغندر قند، یونجه، زیره، گنجد، ایفا نموده و با توجه به وضعیت اقلیمی و قرار گرفتن در کنار راه آهن سراسری و جاده های مواصلاتی موجب رونق مناسب کشاورزی و صنعت و امکان دسترسی آسان به بازارهای مصرفی را فراهم نموده و کشت هندوانه و چغندر قند به واسطه همین دسترسی آسان

به بازارهای بزرگ وجود کارخانه قند رونق قابل توجه یافته است و متوسط بارندگی آن ۱۳۰ میلیمتر گزارش شده است .
معادن کرومیت و گچ و خاک گچ در شهرستان فعال می باشد .

موقعیت اجتماعی:

در حمله مغول به استان خراسان منطقه جوین یکی از هفت بلوک استان خراسان بوده است که از حملات مغول بی بهره نشده و این منطقه به ویرانه ای تبدیل شده و در اثر پراکندگی و مهاجرت اقوام مختلف و سکونت در روستاهای این شهرستان زبانهای فارسی ، ترکی ، کردی رواج دارد که اخیرا پس از پیشرفت فرهنگ جامع در بیشتر روستاها زبان فارسی جایگزین شده است ولی بیشتر پیشکسوتان به زبان ترکی تکلم می نمایند. مراسم عروسی و عزاداری در روستاها به همان سنت قبلی که نشان از پیروی و اطاعت از اجداد و بزرگان می باشد. تعزیه و شبیه خوانی در ماه محرم و صفر و سوگواری سایر ائمه در ماهای مخصوص به خود در شهر و روستاهای اطراف اجرا میگردد.

پیشرفتهای صنعتی جوین

جوین از نظر صنعتی هم پیشرفت قابل توجهی نموده است از جمله وجود کارخانه عظیم اسید سیتریک جوین که بزرگترین کارخانه در خاور میانه می باشد و در جوار کارخانه قند جوین احداث شده، کارخانه ماشینهای الکتریکی جوین که ۵۰ درصد تولیدات آن به بهره برداری رسیده است.
فولاد جوین امید را در دل جوانان منطقه زنده نموده است . و اکنون نیز با پیشرفت در حدود ۳۰ درصد نوید آیندی روشن و صنعتی را به شهرستان داده است در کنار این دو طرح عظیم و ایجاد شهرک صنعتی و سیلوی ۸۰۰۰۰۰۰ تنی شهرستان نیز بر قطب صنعتی بودن آن افزود است

قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش



قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش:

استاندارد های ملی پوشش کارکنان موسسات پزشکی به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و با منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت ، تعالی عملکرد خدمات بالینی ، افزایش بهره وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی ، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی ، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه ای افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان و محیط کار استاندارد های پوشش افراد و موسسات پزشکی و ضوابط مرتبط به آن به شرح ذیل الاجرا می باشد .

لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی درمانی شامل :

روپوش بلند ، شلوار ، مقنعه (برای خانم ها به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) ، کفش و جوراب می باشد .

روپوش باید سالم ، تمیز دکمه ها بسته ، اتو کشیده گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد . شلوار نباید تنگ ، چسبان ، کشی یا کوتاه (بالاتر از مچ) باشد . کفش باید تمیز جلو بسته ، قابل شست و شو با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد . زیور آلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند . استفاده از هر گونه ماده بو دار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد . ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد ، استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است . هر گونه آرایش تند و زننده در محل کار ممنوع می باشد . الصاق کارت شناسایی عکس دار حاوی نام و نام خانوادگی ، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس برای تمامی کارکنان در محیط های در مانی الزامی است .

لباس فرم کارکنان بخش اداری :

خانم ها : مقنعه ، شلوار و روپوش مشکی

آقایان: مناسب در حد عرف

لباس فرم کارکنان :

الف (لباس فرم مترون ، سوپروایزرها ، سرپرستاران :

۱ - خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سرمه ای

۲ - آقایان : روپوش سفید و شلوار سرمه ای

ب (لباس فرم پرستاران :

۱ - خانم ها : روپوش سفید و مقنعه و شلوار سرمه ای

۲ - آقایان : روپوش سفید و شلوار سرمه ای

ج (لباس فرم بهیاران :

۱ - خانم ها : مقنعه ، روپوش و شلوار سورمه ای

۲ - آقایان : روپوش سفید و شلوار

ه (لباس فرم ماما، پرسنل اتاق عمل و بی هوشی :

۱ - در محیط زایشگاه و اتاق عمل : مقنعه ، روپوش و شلوار سبز

۲ - در محیط بخش ها : روپوش سفید مقنعه و شلوار مشکی .

قوانین و مقررات مالی و اداری و انضباطی



خلاصه ای از آیین نامه اداری و استخدامی کارمندان غیرهیأت علمی دانشگاه

حقوق و مزایا

ماده ۴۹. نظام پرداخت کارمندان موسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در موارد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

تبصره. ضریب ریالی مذکور در این ماده برای هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می گردد.

ماده ۵۰. مشاغل مشمول این آیین نامه به پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع و وزارتخانه براساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول (حق شغل) اختصاص یافته و به تصویب هیأت امناء خواهد رسید. امتیاز جدول یا جداول ارزشیابی مشاغل حداقل ۲۴۰۰ و حداکثر آن ۷۰۰۰ برابر دستورالعمل پیوست می باشد.

تبصره ۱. افزایش امتیازات جدول یا جداول موضوع این ماده و تبصره های آن و ماده ۵۱ (حق شاغل) به منظور تعدیل حقوق ثابت کارمندان و با اعمال کاهش یا حذف مبلغ تفاوت تطبیق در احکام کارگزینی کارمندان تابع دستورالعملی خواهد بود که پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع و به تصویب هیأت امناء می رسد. بدیهی است با اعمال این تبصره درج تفاوت تطبیق باقیمانده مانع از افزایش ضریب سالیانه حقوق کارمندان نخواهد شد.

تبصره ۳. هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها حداکثر در پنج رتبه: مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شود و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابد. شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می گیرند و در طول دوره خدمت در قالب دستورالعمل تهیه شده از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارت ها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی، میزان جلب رضایت ارباب رجوع و متناسب با ویژگی های مشاغل، ارزیابی و حسب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت سنوات خدمت مورد نیاز به رتبه های پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقاء می یابند. افرادی که طبق ضوابط مصوب به عنوان نخبه تعیین می شوند و افرادی که علاوه بر شرایط عمومی در بدو استخدام از تجربه و

مهارت لازم برخوردار هستند ، طبق دستورالعمل مربوط از طی نمودن برخی از رتبه ها معاف و در یکی از رتبه های بالاتر قرار می گیرند .

تبصره ۴ . رتبه های خبره و عالی فقط به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد .

ماده ۵۱ . شاغلین مشمول این آیین نامه بر اساس عواملی نظیر تحصیلات ، دوره های آموزشی و مهارت (علاوه بر حداقل شرایط مذکور در اولین طبقه شغل مربوط) ، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز « حق شغل که حداقل ۱۳۰۰ و حداکثر ۵۷۰۰ امتیاز می باشد ، برابر دستورالعمل پیوست بهره مند می شوند . »

ماده ۵۲ . به منظور اجرای کامل نظام پرداخت مبتنی بر ارزشیابی مشاغل ، موسسه مجاز است ارزشیابی هر یک از مشاغل را با رعایت ماده ۵۰ این آیین نامه و تبصره های ذیل ماده مذکور و اختصاص آن به یکی از طبقات جداول حق شغل و تعیین عوامل مربوط به شاغل بر اساس ضوابطی که از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه ابلاغ می شود ، تدوین و به تصویب هیأت امنا برسد .

ماده ۵۳ . عناوین مدیریت و سرپرستی ، متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها ، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط در یکی از طبقات جدول « فوق العاده مدیریت » طبق دستورالعمل پیوست که حداقل امتیاز آن ۵۱۰ و حداکثر آن ۲۷۰۰ است ، قرار می گیرند .

ماده ۵۴ . علاوه بر پرداخت های موضوع مواد ۵۰ ، ۵۱ و ۵۳ (حق شغل ، حق شاغل و فوق العاده مدیریت) که « حقوق ثابت » تلقی ؛ فوق العاده هایی به شرح زیر به کارمندان قابل پرداخت می باشد :

۱ . فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا : برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالا تر می باشند حداکثر تا ۲۵٪ امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل حداکثر تا ۲۰٪ حقوق ثابت هر کدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت خواهد شد . فهرست این مناطق که در هر دوره برنامه پنج ساله به تصویب هیأت وزیران می رسد ، ملاک عمل خواهد بود . میزان و نحوه برقراری فوق العاده های مذکور برابر دستورالعمل پیوست است .

۲ . فوق العاده ایثارگری : متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا ۱۵۵۰ امتیاز بهره مند می شوند . جدول تخصیص امتیازات مربوط برابر دستورالعمل پیوست است .

تبصره ۱. هر گونه تغییر در امتیاز ایثارگران یا تعاریف شمولیت ایثارگری مانند فرزندان شهدا و فرزندان جانبازان ۷۰٪ به بالا تابع قانون مربوط می باشد.

تبصره ۲. کارمندانی که در زمان جنگ در مناطق جنگ زده مشغول خدمت اداری بوده اند، به ازاء هر سال خدمت در زمان جنگ ۱۳۰ امتیاز در نظر گرفته می شود. ملاک تشخیص مناطق جنگ زده مصوبات عمومی دولت خواهد بود.

تبصره ۳. به دارندگان نشان های دولتی تا ۸۰۰ امتیاز تعلق می گیرد.

۳. فوق العاده سختی شرایط محیط کار: فقط به کارمندانی که در شرایط غیر متعارف محیط کار مجبور به انجام وظیفه می باشند، حداکثر تا ۱۵۰۰ امتیاز و در بیمارستان های روانی، بخش های روانی و بیمارستان های سوختگی حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز طبق دستورالعمل پیوست، تعلق می گیرد. ضمناً دستورالعمل مربوط به تشخیص محیط های غیر متعارف و تعیین امتیاز یا درصد فوق العاده سختی کار هر یک از مشاغل با پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه به تصویب هیأت امنا می رسد. تا تدوین دستورالعمل مربوط و تصویب آن توسط هیأت امنا، برقراری فوق العاده سختی کار بر اساس مصوبات قبلی همچنان قابل اجرا می باشد.

۴. فوق العاده حق اشعه: فقط به کارمندانی که در شرایط محیط کار با اشعه در ارتباط هستند، بنا به تشخیص کمیته تخصصی موسسه و دستورالعملی که از سوی وزارتخانه ابلاغ می شود، حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز تعلق می گیرد. تا تدوین و تصویب دستورالعمل مربوط، برقراری فوق العاده حق اشعه بر اساس مصوبات قبلی همچنان قابل اجرا می باشد.

تبصره ۱. کارمندانی که قبل از اجرای این آیین نامه، مبلغی به عنوان فوق العاده حق اشعه دریافت می کردند، چنانچه با اجرای این آیین نامه مبلغ حق اشعه آنان کاهش یابد، مبلغ قبلی همچنان ملاک پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲. آن دسته از کارمندانی که در مرحله تطبیق با قانون مدیریت خدمات کشوری از فوق العاده کار با اشعه برخوردار بوده اند و این مبلغ در احکام آنان در قالب تفاوت تطبیق لحاظ شده است، از مبلغ تفاوت تطبیق کسر و به عنوان فوق العاده اشعه در کنار فوق العاده سختی کار محاسبه و تا هنگامی که به کار با اشعه اشتغال داشته باشند، پرداخت می شود.

۵. کمک هزینه عائله مندی و اولاد: به کارمندان مرد شاغل، بازنشسته و از کار افتاده مشمول این قانون که دارای همسر می باشند معادل ۸۱۰ امتیاز بابت کمک هزینه عائله مندی و به ازاء هر فرزند معادل ۲۱۰ امتیاز به عنوان کمک هزینه اولاد قابل پرداخت است.

تبصره ۱. حداکثر سن برای اولاد ذکور که از مزایای این بند استفاده می کنند تا ۲۰ سال و به شرط ادامه تحصیل و غیر شاغل بودن فرزند تا ۲۵ سال تمام.

تبصره ۲. اولاد اناث مادام که شوهر یا شغل نداشته باشند بدون رعایت سقف سنی.

تبصره ۳. کارمندان زن شاغل، بازنشسته، از کار افتاده و وظیفه بگیر مشمول این آیین نامه که دارای همسر نبوده (همسر فوت کرده یا مطلقه باشد) و یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی باشد، از مزایای کمک هزینه عائله مندی این بند بهره مند می شوند. در صورتی که این کارمندان بر اساس رأی مراجع ذی صلاح، به تنهایی متکفل مخارج فرزندان خود باشند، از مزایای کمک هزینه اولاد نیز بهره مند می شوند. این افراد در صورت ازدواج مجدد و تحت تکفل بودن فرزندان، بر اساس رأی مراجع ذی صلاح، از مزایای کمک هزینه اولاد بهره مند می شوند.

تبصره ۴. فرزندان معلول و از کار افتاده کلی به تشخیص مراجع پزشکی ذی ربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی باشند.

تبصره ۵. چند قلو زایی نیز مشمول کمک هزینه اولاد می گردد.

۶. فوق العاده شغل: برای مشاغل تخصصی، متناسب با سطح تخصص و مهارت ها، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها و شرایط بازار کار برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر ۷۰۰ امتیاز و برای مشاغل هم سطح کارشناسی حداکثر ۱۵۰۰ امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر ۲۰۰۰ امتیاز تعیین می گردد. برقراری این فوق العاده منوط به تدوین دستورالعملی است که از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه تهیه و به تصویب هیأت امنا می رسد.

۷. فوق العاده کارایی و عملکرد: دستورالعمل مربوط به این فوق العاده از سوی هیأت رئیسه موسسه تهیه و پس از تصویب هیأت امنا اجرا می شود.

۸. فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغلی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعت اداری به صورت تمام وقت، مستمر و گردشی ملزم به انجام وظیفه می باشند. این فوق العاده در قالب جدول امتیازات مندرج در دستورالعمل پیوست به کارمندان مشمول قابل پرداخت است.

۹. موسسه مجاز است به منظور جبران هزینه سفر و مأموریت روزانه داخل و خارج از کشور، جابجایی محل خدمت، کسر صندوق و تضمین، مبالغی را برابر آیین نامه و دستورالعمل مربوط که از سوی هیأت امنا ابلاغ می شود، پرداخت نماید.

تبصره. تا تصویب و ابلاغ دستورالعمل از سوی هیأت امنا ضوابط مربوط در حوزه کارمندان دولت ملاک عمل خواهد بود.

۱۰. در صورتی که بنا به درخواست موسسه ، کارمند موظف به انجام خدماتی خارج از وقت اداری گردد ، پرداخت مبالغی تحت عنوان اضافه کار (حداکثر تا سقف ۱۷۵ ساعت در ماه) بلامانع است .

تبصره . نرخ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری کارمند موسسه به شرح ذیل محاسبه می شود :

مبلغ (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت)

= مبلغ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری

۱۷۶

۱۲. فوق العاده ویژه : در موارد خاص موسسه مجاز است با توجه به عواملی از قبیل مهارت ، مسئولیت ، ریسک پذیری ، تأثیر اقتصادی فعالیت ها در درآمد موسسه ، مخاطرات شغل در بازار کار داخلی و بین المللی ، میزان ارباب رجوع و حساسیت کار ، برای حداکثر ۲۵٪ از مشاغل موسسه حداکثر تا ۵۰٪ سقف امتیاز حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر مندرج در این آیین نامه ، فوق العاده ویژه برقرار نماید . مشاغل مورد نظر و میزان فوق العاده مذکور ، حسب دستورالعمل مصوب هیأت امنا تعیین می شود .

۱۳. موسسه اجازه دارد تا تصویب دستورالعمل جدید اداره نظام نوین بیمارستان ها در هیأت امنا ، همچنان بر اساس دستورالعمل قبلی نسبت به پرداخت کارانه افراد مشمول اقدام نماید .

ماده ۵۶. شرایط تصدی مشاغل عمومی و اختصاصی موسسه به تناسب وظایف پست های قابل تخصیص به هر شغل ، از لحاظ معلومات ، تحصیلات ، تجربه ، مهارت و دوره های آموزشی مورد نیاز و عوامل موثر دیگر با ابلاغ معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه تعیین می شود و در انتصاب افراد به مشاغل مذکور ، رعایت شرایط مصوب الزامی است .

ماده ۵۸. میزان عیدی پایان سال کارمندان موسسه حداقل برابر مصوبات عمومی دولت که از سوی وزارتخانه اعلام می شود ، خواهد بود .

حقوق و تکالیف کارمندان

ماده ۷۰. مدیران و کارمندان موسسه خدمت گزاران مردم هستند و باید با رعایت موازین اخلاق اسلامی و اداری و طبق سوگندی که در بدو ورود اداء نموده و منشور اخلاقی و اداری که امضاء می نمایند وظایف خود را به نحو احسن در راه خدمت به مردم و با در نظر گرفتن حقوق و خواسته های قانونی آنها انجام دهند.

تبصره . موسسه مکلف است رضایت و عدم رضایت مردم از عملکرد کارمندان را در ارتقاء انتصاب و تمدید قرارداد های استخدامی ، تبدیل وضعیت و اعمال سایر امتیازات استخدامی و تشویقات و تنبیهات کارمندان در دستورالعمل هایی که به تصویب می رسد ، لحاظ نماید .

ماده ۷۱. کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند . حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است .
ماده ۷۲. کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند .

ماده ۷۳. بازخرید مرخصی استحقاقی ذخیره شده با درخواست کارمند در طول هر دوره ده ساله خدمتی ، فقط برای یک بار در هر دوره و در صورت وجود اعتبار و پس از تصویب در هیأت ریسه موسسه بلامانع می باشد . موسسه موظف است مرخصی بازخرید شده را از مجموع ذخیره مرخصی استحقاقی کارمندان کسر نماید .

ماده ۷۵. کارمندان اعم از قراردادی ، پیمانی ، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت موسسه حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل کارمندان یا نیاز موسسه باشد ، تا مدت دو سال دیگر قابل افزایش خواهد بود. احتساب مدت مرخصی بدون حقوق کارمندان که بابت ادامه تحصیل اعطاء می شود ، از لحاظ بازنشستگی با پرداخت کسور مربوط توسط کارمندان موسسه (اعم از سهم مستخدم و کارفرما) طبق دستورالعملی خواهد بود که توسط هیأت امناء تصویب می شود .

تبصره ۱ . مدت مرخصی بدون حقوق و مأموریت آموزشی مورد استفاده کارمندان رسمی آزمایشی به عنوان طول دوره مورد نیاز خدمت آزمایشی مندرج در ماده ۳۶ این آیین نامه محسوب نمی شود .

تبصره ۲. کارمندان می توانند با رعایت ماده ۳۰ قانون برنامه پنجم توسعه با موافقت موسسه برابر دستورالعملی که به تصویب هیأت رئیسه می رسد ، از مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان استفاده نمایند .

تبصره ۳. کارمندان موسسه که همسر ایشان جهت مأموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شوند ، می توانند حداکثر به مدت ۶ سال (بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

ماده ۷۹. کارمندان موسسه در صورت ابتلاء به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا سه روز با گواهی پزشک معالج و تایید شورای پزشکی ، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند.

تبصره. در صورت نیاز به استفاده بیش از چهار ماه ، تایید مجدد شورای پزشکی الزامی است .

ماده ۸۰. حداکثر مدت استفاده از مرخصی استعلاجی در طول یک سال تقویمی چهار ماه خواهد بود. در صورت نیاز به استفاده بیشتر از مرخصی استعلاجی ، به تشخیص شورای پزشکی موسسه از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشد.

ماده ۸۱. حقوق و مزایای کارمند در ایام مرخصی استعلاجی تا بهبودی کامل یا از کارافتادگی کلی حداکثر به مدت یک سال به میزان حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر که حسب مورد به کارمند داده شده است ، قابل پرداخت می باشد . برای مدت مازاد بریک سال فقط حقوق ثابت (مشتمل بر حق شغل ، حق شاغل ، فوق العاده و تفاوت تطبیق) قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۸۲. به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل ، شش ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق فوق العاده مربوط تعلق می گیرد که در هر صورت از شش ماه بیشتر نخواهد بود.

تبصره . به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲۴ ماهگی فرزند ، روزانه یک ساعت مرخصی شیر دهی تعلق می گیرد.

ماده ۸۳. کارکنان مشمول صندوق تامین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تامین اجتماعی می باشد و موسسه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.

ماده ۸۴. نحوه استفاده از مرخصی های استحقاقی ، استعلاجی ، بدون حقوق و مراقبت و شیردهی به موجب دستورالعملی خواهد بود که از سوی هیأت امناء تصویب می شود.

ماده ۸۷. ساعات کار کارمندان موسسه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد . تنظیم ساعت کار یا شیفت های موظف کارمندان به عهده موسسه می باشد.

تبصره ۱. تمامی کارمندان موسسه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط پردازند و در صورتی که در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد بر اساس اعلام موسسه مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود . دستورالعمل این تبصره توسط هیات امناء تصویب می شود .

ماده ۸۹. کارمندان موسسه موظفند وظایف خود را با دقت ، سرعت ، صداقت ، امانت ، گشاده رویی ، انصاف و تبعیت از قوانین و مقررات عمومی و اختصاصی موسسه انجام دهند و در مقابل عموم مراجعین و موسسه پاسخگو می باشند هرگونه بی اعتنایی به امور مراجعین و تخلف از قوانین و مقررات عمومی ممنوع می باشد . ارباب رجوع می تواند در برابر برخورد نامناسب کارمندان را با آنها و کوتاهی در انجام وظایف به دستگاه اجرایی ذی ربط و یا به مراجع قانونی شکایت نماید.

ماده ۹۴. کارمندان موسسه مکلفند در حدود قوانین و مقررات ، احکام و اوامر روسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نمایند اگر کارمندان حکم یا امر مقام مافوق را بر خلاف قوانین و مقررات اداری تشخیص دهند ، مکلفند کتبا مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهند ، در صورتی که بعد از این اطلاع ، مقام مافوق کتبا دستور خود را جهت اجراء تایید کرد ، کارمندان مکلف به اجرای دستور صادره خواهند بود و از این حیث مسئولیتی متوجه کارمندان نخواهد بود و پاسخگویی با مقام دستور دهنده است .

ضوابط نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل

الف: نحوه ارتقای کارمندان در طبقات جدول حق شغل:

کارمندان شاغل مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری در صورت تحقق شرایط زیر به یک طبقه شغلی بالاتر در جدول شغل (موضوع بند ۱ فصل اول بخشنامه شمار ۱۴۵۹۳/۲۰۰/ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریس جمهور ارتقاء می یابد :

۱- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است ، به ازای هر شش سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی طبقه و حداکثر تا طبقه پنج ارتقاء می یابند.

۲- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی (سیکل) بوده است به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا شش طبقه ارتقاء می یابند .

۳- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دیپلم می باشد. به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا هفت طبقه ارتقاء می یابند.

۴- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک کاردانی یا همتراز می باشد ، به ازای هر پنج سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می یابند.

۵- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی یا همتراز می باشد به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا ۱۰ طبقه ارتقاء می یابند.

۶- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احزار تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد یا همتراز می باشد ، به ازای هر چهار سال سوابق تجربی از تاریخ دریافت آخرین گروه استحقاقی یک طبقه و حداکثر تا طبقه یازده ارتقاء می یابند .

تبصره - کارمندانی که بعد از ۱ / ۱ / ۱۳۸۸ به استخدام دستگاه های اجرایی در آمده اند ، تاریخ ورود به خدمت آنان ملاک عمل برای ارتقاء طبقات خواهد بود .

ب - نحوه ارتقای کارمندان در رتبه های جدول حق شغل :

شرایط ارتقای رتبه کارمندان مشمول این ضوابط به شرح زیر می باشند :

۱ - مدت تجربه لازم برای ارتقای رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول زیر می باشد :

مدت تجربه قابل قبول برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر

رتبه ها / مدت تجربه	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	۰	۸ سال	۲۰ سال	—	—
مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶ سال	۱۲ سال	۱۸ سال	۲۴ سال

تبصره ۱ - مشاغل کاردانی و کارشناسی به مشاغلی اطلاق می شود که به رشته های شغلی تحت عناوین کاردانی و کارشناسی تخصص می یابند و یا این که پست سازمانی شاغلین دارای عنوان کاردانی یا کارشناسی باشد همچنین آن دسته از مشاغلی که به موجب مقررات مربوط هم تراز مشاغل کاردانی و یا کارشناسی شناخته شده اند در زمره مشاغل مذکور محسوب می گردند .

۳-۳ - برای ارتقای به رتبه خبره

۱ - کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲ - گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چهارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳ - کسب رتبه خبره برای کارمندان مستلزم تأیید کمیته موضوع بند ۵ فصل سوم بخشنامه شماره ۱۴۵۹۳ / ۲۰۰ مورخ ۲۱ / ۲ / ۱۳۸۸ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور با حضور نماینده معاونت مذکور خواهد بود .

۳-۴ - برای ارتقای به رتبه عالی

۱ - کسب حداقل ۹۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

- ۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چهارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت
- ۳- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک لازم از سوی دستگاه اجرایی و تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور می باشد.
- تبصره ۱- برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴ / ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰ / ۴ / ۱۳۸۸ هیأت وزیران و استان های خراسان شمالی ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و بویراحمد ، چهارمحال و بختیاری ، کردستان ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، هرمزگان ، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند برای ارتقاء به رتبه های شغلی پایه ، ارشد ، خبره ، عالی به ترتیب نیازمند ۵۰ ، ۶۰ ، ۷۰ ، ۸۰ درصد امتیازات موضوع جدول بند ۲ می باشند .
- تبصره ۲- دستگاه های اجرایی موظف اند فهرست کارمندانی را که در اجرای مقررات مربوط به رتبه های ارشد ، خبره و عالی ارتقاء می یابند برای ثبت در بانک اطلاعاتی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور بر اساس فرمی که از سوی معاونت مذکور ابلاغ خواهد شد ارسال دارند .
- آیین نامه حضور و غیاب کردن کارکنان دولت :
- ماده ۱- کلیه کارکنان دستگاه های اجرائی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و یا خروج از آن را رعایت نموده ، ساعات ورود و خروج را ثبت نمایند .
- ماده ۲- ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تاخیر ورود محسوب گردیده و یا مستخدمی که تاخیر ورود داشته باشد به شرح ذیل رفتار می شود .
- الف) تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و از مرخصی استحقاقی کسر می گردد.
- ب) تاخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای شغل و سایر فوق العاده ها به میزان کل ساعت تاخیر خواهد بود .
- ماده ۳- خروج از محل خدمت زودتر از موعد مقرر نیز تعجیل محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت های الف و ب ماده ۲ خواهد بود .
- ماده ۴- به مستخدمی که در هرماه بیش از چهار بار تاخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد مدت تاخیر مذبور به بیش از چهار ساعت در ماه برسد برای ماه اول و دوم کتبا اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم به میزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم ۵۰ درصد و برای ماه پنجم ۱۰۰ درصد به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیأت رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد گردید .

توضیحات :

در این مرکز ساعت ورود و خروج نیروها به محل کار در شیفت ها به صورت ذیل می باشد .

خروج	ورود	
۱۴	۷	صبح
۲۰	۱۳	عصر
۸ صبح روز بعد	۱۹	شب

کلیه پرسنل در ابتدای شروع به کار خود با مراجعه به قسمت اداری نسبت به ثبت انگشت خود در سیستم انگشتی اقدام می نمایند .

پرسنل موظفند در ابتدای ورود حضور خود را در دستگاه لمس انگشتی ثبت نمایند و در زمان خروج نیز به همین صورت خروج خود را ثبت سیستم نمایند . در صورت استفاده از پاس نیز باید هنگام خروج دکمه مرخصی را فشار داده و سپس انگشت خود را ثبت سیستم نمایند و پس از برگشت دوباره انگشت بزنند .

امکانات رفاهی این مرکز :

- جهت رفاه حال پرسنل یک دستگاه مینی بوس محدوده شهر در شیفت های مختلف پرسنل را جابجا می نماید .

-پانسیون هایی در داخل بیمارستان جهت پرسنل غیر بومی در نظر گرفته شده است که این پرسنل با مراجعه به امور اداری و مالی و هماهنگی های لازم می توانند از این پانسیون ها استفاده نمایند .

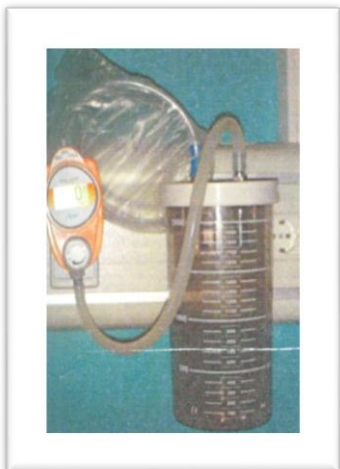
-هر ساله قرارداد هایی از سوی امور رفاه کارکنان دانشگاه با استخرهای شنا منعقد گردد که پرسنل با دریافت بلیط نیم بها می توانند از این استخرها استفاده نمایند .

-سوئیت های شمال که هر سال در فصل تابستان، پرسنل قراردادی و پیمانی و رسمی می توانند با توجه به سابقه کاری خود ثبت نام نموده و از آنها استفاده نمایند .

-امکان استفاده از وام های مختلف از جمله وام خودرو و (با توجه به سهمیه هایی که به بیمارستان اختصاص می یابد)

تجهيزات پزشکی





دستگاه ساکشن

جهت ساکشن کردن ترشحات حلق و دهان استفاده می شود .

عملکرد:

On/Off: جهت خاموش و روشن کردن ساکشن می باشد .

FULL-REG: جهت تنظیم میزان قدرت ساکشن می باشد .

آماده کردن دستگاه :

سرم نرمال سالین را به داخل ظرف استیل بریزید .

لوله ساکشن را به پستانک سر ساکشن وصل کنید .

رابط ساکشن را به انتهای لوله دیگر سر ساکشن وصل کنید .

سند ناتون را بسته به اینکه ساکشن دهانی یا بینی باشد انتخاب کنید و به رابط ساکشن وصل کنید .

(از سوند ناتون مجزا جهت ساکشن ترشحات دهان و بینی استفاده کنید و سپس هر کدام را به

طور جداگانه در سرم نرمال سالین قرار دهید .)

توجه :

موقع ساکشن ترشحات حلق تا رسیدن سند ناتون به ته حلق دستگاه را خاموش کنید یا مسیر را با

تا زدن رابط مسدود کنید .

گلوکومتر

جهت چک کردن قند خون به صورت فوری استفاده می شود .

عملکرد :

M: مقدار قندهای قبلی را در حافظه نگهداری می کند

S: زمان

کد: قطعه پلاستیکی نارنجی رنگ که متناسب با کد نوار گلوکومتر

در دستگاه قرار می گیرد .

آماده کردن دستگاه :

نوار گلوکومتری که کد آن با کدی که در دستگاه قرار دارد .

یکسان است را در دستگاه قرار می دهیم (قسمت نارنجی رنگ نوار رو به بالا باشد) دستگاه بعد از

چند ثانیه روشن می شود؛ ابتدا کد نوار روی دستگاه نمایش داده می شود سپس در صفحه یک

قطره و نوار نمایش داده می شود در این لحظه باید یک قطره خون را روی قسمت نارنجی نوار ریخته (در حالی که نوار داخل دستگاه است) که باید کل قسمت نارنجی را بپوشاند ولی حجم آن زیاد نباشد. چند لحظه صبر کنید مقدار قندخون مشخص می شود. در صورت نمایش کلمه error حجم خون کم یا زیاد بوده و یا نوار درست در دستگاه قرار نگرفته است، از نوار دیگری مجدداً استفاده کنید. بعد از اتمام کار با خارج کردن نوار دستگاه بعد از چند ثانیه خاموش می شود



انکوباتور توسان مدل ۱۱۰

۱. جهت روشن نمودن انکوباتور پس از وصل دو شاخه انکوباتور به پریز برق در قسمت Power، دکمه سیاه را به داخل فشار می دهیم در حالت روشن چراغ سبز کنار دکمه روشن می شود.
۲. برای تنظیم درجه حرارت داخل محفظه انکوباتور در قسمت AIR TEMPERATURE با فشار دکمه جهت دار درجه حرارت انکوباتور زیاد و با فشار دکمه جهت دار حرارت انکوباتور کم می شود. (درجه حرارت پایه انکوباتور ۱۱۰ توسان در بعضی دستگاه ها ۲۸ و در بعضی دستگاه ها ۳۰ می باشد)
۳. جهت تنظیم ارتفاع انکوباتور در صورت مجهز بودن دستگاه به جک بالابر در قسمت POWER با فشار پیوسته دکمه جهت دار محفظه دستگاه به سمت بالا و با فشار پیوسته دکمه جهت دار به سمت پایین حرکت می کند.
۴. جهت تنظیم ارتفاع سینی دستگاه از کلیدهای جهت دار چهارتایی در قسمت Power استفاده می کنیم لازم به ذکر است که در هر زمان فقط یک طرف سینی می تواند تغییر زاویه داشته باشد و برای تغییر زاویه در سمت دیگر سینی لازم است قسمت بالا داده شده سینی کاملاً پایین آورده شود تا زمانی که چراغ سبز بالای دکمه ها روشن شود در این زمان می توان طرف سینی را که لازم است تغییر زاویه داد.
۵. برای تنظیم درجه رطوبت پس از اطمینان از پر بودن محفظه آب مقطر با فشار دکمه OFF/ON در قسمت HumiDity CONTROL قسمت رطوبت دستگاه فعال

می شود که با فشار دکمه های جهت دار در این قسمت می توان رطوبت دستگاه را تنظیم کرد (در محدوده ۹۰ - ۲۰)

۶. برای دسترسی به حرارت پوست نوزاد در صورتی که انکوباتور مجهز به سنسور پوستی باشد می توان با فشار دکمه های جهت دار در قسمت skin temperature حرارت دلخواه برای پوست نوزاد را تنظیم کرد.

توجه؛ روشن بودن چراغ سبز AIR TEMPERATURE نشانه فعال بودن سیستم حرارتی دستگاه است اعداد نمایش داده شده در کادر پایین، حرارت تنظیم شده در مورد نیاز نوزاد نمایش داده می شود و اعداد نمایش داده شده در کادر بالا حرارت داخل محفظه انکوباتور را نشان می دهد.

دستگاه نبولایزر

این دستگاه جهت تبدیل داروها به قطرات ریز (نبولایزر کردن) برای رفتن داروها به آلئوئول ها و تاثیر موضعی استفاده می شود.



آماده کردن دستگاه

پریز دستگاه نبولایزر را به برق وصل نمایید (از سالم بودن آن مطمئن باشید) درب نبولایزر را باز کنید. قسمت سرنبولایزر را توسط رابط به دستگاه وصل کنید. سرنبولایزر را با چرخش به سمت راست و کشیدن آن به سمت بالا از هم جدا کنید. در داخل قسمت پایین پروانه ی کوچکی (بخار ساز) وجود دارد که حتما باید سالم باشد. (پروانه راحت برداشته شده و قابل شستشو است) داروی نبولایزر را در کنار پروانه بریزید دو قسمت جداشده سر را دوباره به هم وصل کنید. ماسک را در روی دهان و بینی بیمار قرار دهید و دکمه Power را روی on قرار دهید. (دکمه آبی روی دستگاه). نبولایزر حدود ۱۰ الی ۲۰ دقیقه طول می کشد. بعد از اتمام کار دستگاه را خاموش کرده (دکمه Power را روی off قرار دهید) و آن را از برق جدا کنید. قسمت سر دستگاه را از هم جدا کنید قسمت بالایی را شسته و خشک کنید قسمت پایینی را با گاز تمیز خشک کنید (پروانه را نیز خشک کرده در محل قرار دهید) رابط را جمع نموده با سرنبولایزر داخل دستگاه قرار دهید و درب آن را ببندید.

در صورت نداشتن بخار بعد از طی مراحل قبل باید :

- ❖ از روشن بودن دستگاه مطمئن شوید .
- ❖ رابط نبولایزر دچار پیچ خوردگی نباشد .
- ❖ پروانه حتما باشد و درست کار کند .
- ❖ انسدادی در قسمت بالایی سر نبولایزر نباشد .

“pulse Oxymetry” پالس اکسی متری

۱. برای روشن کردن دستگاه ابتدا باید دستگاه را به برق وصل کنید یا قبلاً باطری دستگاه شارژ شده باشد در صورت شارژ بودن باطری دستگاه تا ۳ ساعت بدون برق کار می کند .
۲. دکمه power را به داخل فشار دهید (در صورتی که دستگاه به برق وصل باشد کلید AC.Power و در صورتی که با باطری کار کند دکمه Battery روشن خواهد شد .
۳. دکمه * سومین دکمه در سمت راست مقدار نوار صفحه را نشان می دهد که دامنه آن از ۹ - ۰ می باشد (برای تنظیم نور صفحه دکمه فوق را فشار می دهیم با هر بار فشار ۱ عدد نور صفحه بالا می رود)
۴. دکمه [0] دومین دکمه برای قطع صدای آلارم دستگاه می باشد .
۵. پروپ را به دست بیمار وصل نمائید (پروپ باید به انگشت اشاره بیمار و یا به میچ دست جایی که نبض دارد وصل شود .
۶. در سمت چپ صفحه نمایش به ترتیب عدد بالایی مقدار ضربان قلب ، عدد پایینی مقدار SPO2 را نشان می دهد اعداد بعدی از بالا به پایین حداکثر ضربان قلب تنظیمی ما را نشان می دهد اعداد پایین تر حداکثر و حداقل PSO2 تنظیم شده را نشان می دهد (برای نوزاد ۸۵ - ۸۰ SPO2 و ۱۴۰ - ۱۰۰ PR)
- برای تنظیم حداکثر و حداقل اعداد فوق ابتدا دکمه MENO ENTER انتخاب و یا دکمه های فلش بالا و پایین آن را زیاد و کم می کنیم .
- برای تنظیم شدت صدای دستگاه نیز در حالی که هیچکدام از اعداد در حال انتخاب نباشند فقط از دکمه های فلش بالا و پایین استفاده می کنیم دامنه شدت صدا از (۷ - ۰) می باشد .

۷. در صورتی که بخواهیم از مقدار ضربان و SPO2 در یک ساعت قبل ۱۲ ساعت قبل و ۲۴ ساعت قبل اطلاع پیدا کنیم دکمه WAVE TRWND اولین دکمه در سمت راست را فشار می دهیم با ۷ بار فشار دادن دکمه WAVE TRWND وارد منوی دستگاه می شویم.

- در صفحه منو با انتخاب علامت قیچی توسط دکمه WAVE TEEVD اطلاعات قبل دستگاه پاک می شود.
- و با انتخاب شکل آدمک (به شکل بزرگسال و نوزاد) تبدیل می شود در صورتی که شکل آدمک بزرگسال بود با انتخاب شکل آدمک و سپس زدن دکمه MENI ENTER شکل نوزاد ظاهر می شود و بعد دکمه WAVE REND را فشار می دهیم تا شکل نوزاد انتخاب شود.
- علامت ساعت برای تنظیم ساعت جاری است برای تغییر ساعت ابتدا دکمه Wave trend شکل ساعت را انتخاب می کنیم بعد با زدن دکمه meno enter ابتدا ساعت را انتخاب می کنیم و بعد با دکمه فلش بالا و پایین آن را تنظیم می کنیم (ساعت در گوشه سمت راست نشان داده می شود)
- و بعد از تنظیم ساعت با فشردن مجدد دکمه meno enter دقیقه را هم به همان نحو تنظیم کرده و با فشار مجدد دکمه meno enter از صفحه منو خارج می شویم.

کاپنومتري ، کاپنوگرافي



اندازه گیری دی اکسید کربن بازدم را کاپنومتري می گویند در حالی که کاپنوگرافي ثبت دی اکسید کربن در حین سیکل تنفسی می باشد . برای اندازه گیری دی اکسید کربن از یک گیرنده مادون قرمز در محلی بین لوله تراشه بیمار و لوله ونتیلاتور که مقادیر CO_2 دفعی را بررسی و آنالیز می کند استفاده می شود . البته در مواردی که بین ونتیلاسیون و پرفوزیون هماهنگی وجود ندارد مانند ARDS پیشنهاد می شود اندازه گیری CO_2 با روش های دیگر از جمله ABG همراه باشد . مورد استفاده این روش در بررسی و کنترل پاسخ بیمار به تغییرات ونتیلاتور و درمان های تنفسی تعیین پوزیشن مناسب ETT ، جدا کردن بیمار از تهویه مکانیکی می باشد از آن همچنین می توان برای کنترل موثر بودن احیای قلبی ریوی استفاده نمود .



دستورالعمل استفاده از دستگاه الکتروشوک

۱. قبل از دادن شوک حتماً ماساژ قلبی و تنفسی مکانیکی قطع شود .
۲. کلید انتخاب انرژی را روی انرژی مورد نیاز قرار دهید .
۳. کلید شارژ را فشار دهید تا بر روی صفحه مانیتور

- عددا انتخاب شده ظاهر شود و صدای شارژ شدن دستگاه قطع شود .
۴. دو دسته پدال را برداشته ، بر روی سطح آن ژل مالیده و در دو نقطه مناسب قرار دهید .
۵. پس از اطمینان از عدم اتصال فرد شوک دهنده با تخت بیمار دو کلید روی پدال ها را به طور همزمان فشار دهید تا انرژی شارژ شده به بیمار منتقل شود .

نکاتی در مورد استفاده صحیح از دستگاه :

۱. دستگاه را زیر نور خورشید و یا روی فن کولر قرار ندهید .
 ۲. از گذاشتن دستگاه در محیط های مغناطیسی مثل رادیولوژی و MRI خودداری کنید .
 ۳. اگر روی دستگاه آب ریخت سریعاً از برق کشیده و توسط سرویس کار مجاز سرویس شود .
 ۴. قسمتی از بدن بیمار را که می خواهید پدالها را قرار دهید حتما خشک نمایید .
 ۵. تا زمانی که دستگاه به طور کامل از انرژی تخلیه نشده از دست زدن از سطح پدال ها خودداری نمایید .
 ۶. برای جلوگیری از فرسوده شدن باتری بهتر است هر یک ماه باتری دستگاه تخلیه شده و سپس شارژ شود .
 ۷. جهت تخلیه باتری کافی است بین دو تا چهار ساعت از مانیتور دستگاه استفاده شود .
 ۸. شارژ باتری باید طوری باشد که :
- الف) به وسیله آن بتوان بیمار را حداقل دو ساعت مانیتور کرد .
- ب) به وسیله آن بتوان حداقل ۵ شوک ۳۶۰ ژول به بیمار داد .
- * توجه : باتری دستگاه در عرض ۱۶ ساعت شارژ می شود .

دستورالعمل استفاده از پمپ انفوزیون مدل B-Braun

الف) راه اندازی:

۱. ابتدا ست سرم را آماده کرده و محفظه ست را حداقل ۲/۳ آن پر کنید .
۲. ست سرم را داخل دستگاه جایگذاری کنید .
۳. دستگاه را با کلید Yes روشن کنید ، دستگاه پس از تست کردن خود نوع ست (میکروست) را از شما می خواهد این دستگاه برای ست معمولی سرم تنظیم شده و نمایش کلیه Yes نشان دهنده تنظیم بر روی ست معمولی سرم می باشد برای تایید آن کلید زیر کلمه Yes را فشار دهید .
۴. پس از تایید دستگاه آماده گرفتن اطلاعات
۵. نرخ تزریق را بر اساس میلی لیتر در ساعت دکمه های اعداد به دستگاه بدهید، این دستگاه بر اساس میلی لیتر معادل ۲۰ قطره محاسبه شده است ، به عبارتی اگر عدد ۱ را به دستگاه بدهید ، یعنی هر ۳ دقیقه بایستی یک قطره سرم انفوزیون شود ، بنابراین ما تعداد قطرات مورد نظرم را ۳ برابر کرده به دستگاه می دهیم و زمانی که مثلاً می خواهیم ۲۰ قطره در دقیقه انفوزیون داشته باشیم بایستی $60 = 3 \times 20$ عدد ۶۰ را به دستگاه بدهیم که می شود ۶۰ میلی لیتر در ساعت (۶۰ دقیقه) با ۱ میلی لیتر در دقیقه معادل ۲۰ قطره
۶. به وسیله دکمه Vol میزان حجم سرم را با توجه به حجم جبرانی وارد کنید با توجه به این که در مورد حجم سرم این دستگاه تقریباً ۲۰٪ خطا داشته و سرم باقی مانده دارد بنابراین بایستی برای وارد کردن حجم میزان سرم مورد نظر را با ۲۰٪ آن جمع بسته وارد دستگاه کنیم مثلاً اگر سرم ۵۰۰ داریم بایستی عدد ۶۰۰ و اگر سرم ۱ لیتری داریم بایستی عدد ۱۲۰۰ را وارد کرده و با فشار دادن مجدد دکمه Vol آن را تایید می کنیم .
۷. دکمه Start /Stop را فشار می دهیم تا تزریق شروع شود .

ب) نحوه تزریق بر اساس حجم و زمان تزریق

۱. دکمه Vol را فشار داده و حجم مورد نظر را به دستگاه می دهیم و با فشار دادن مجدد دکمه Vol آن را تایید می کنیم .
۲. دکمه time را فشار داده و زمان تزریق را به دستگاه می دهیم مثلاً برای وارد کردن ۵۰ دقیقه عدد ۵۰ را وارد کرده و برای وارد کردن ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه عدد ۲:۳۰ را وارد می کنیم دکمه time را مجدداً فشار می دهیم .
۳. دستگاه به صورت اتوماتیک نرخ تزریق (میلی لیتر بر ساعت) را محاسبه کرده و مشخص میکند ، با فشار دادن دکمه RATE دستگاه سرعت تزریق تعیین می شود.
۴. دکمه Start را فشار می دهیم ، تا تزریق شروع شود .
قبل از شروع تزریق جهت اصلاح و یا پاک کردن اطلاعات می توان دکمه (Clear) را فشار داد .

ج) تزریق سریع (Boluse)

- کلید sf (Special – fuonction) یا (عملکرد ویژه) را آنقدر می زنیم تا لغت BOL با همان (Boluse) روی صفحه ظاهر شود سپس میزان حجم (Vol) را وارد کرده و با تایید کلید Yes دستگاه شروع به تزریق سریع خواهد نمود .

د) نحوه اطلاع از ظرفیت باطری :

- کلید sf را فشار دهید تا لغت Battery sapacity ظاهر گردد میزان ظرفیت باطری مشخص می گردد سپس با کلید End خارج شوید . برای تنظیم وضوح صفحه نمایش و یا صدای دستگاه بایستی کلید sf را فشار دهید و تا لغت contrast ظاهر گردد سپس با کلید (+) و (-) وضوح صفحه را می توانید کم و یا زیاد کنید با فشار دادن کلید sf و ظاهر شدن لغت loodness و نیز با کلید (+) و (-) می توان صدای دستگاه را تنظیم کرده و سپس با کلید End خارج شد .

هـ) درچه مواقعی دستگاه آلارم می زند

۱. آلارم قطره یا آلارم فشار (Drop Allarm / Pressur Allarm) را در موقعیت های

زیر داریم .

۲. آلارم هوا (Air Allarm) را در مواقع زیر داریم :

الف) هوا درون ست باشد .

ب) ست سرم داخل محفظه خوب جایگذاری نشده باشد .

آلارم باتری (Battry Allarm) ۲۰ دقیقه قبل از این که باتری تمام شود دستگاه آلازم می

زند هر بار به مدت ۹ ثانیه

با فشار دادن دکمه مخصوص آلارم صدا به مدت ۲ دقیقه قطع می شود .

مواقعی که نیاز به شارژ باتری می باشد و نحوه شارژ کردن باتری

الف) در اولین استفاده ب) زمانی که دستگاه آلارم باتری می زند ج) زمانی که بیش از دو

ماه پمپ انفوزیون استفاده نشده باشد .

نحوه شارژ باتری : اگر پمپ را به برق ۱۲ ولت مستقیم یا سیستم برق از طریق سیم اصلی

وصل کنید پمپ شارژ می شود در طی انفوزیون نیز این کار را می شود انجام داد حداکثر

زمان شارژ باتری ۱۶ ساعت می باشد و یک باتری شارژ شده می تواند برای ۳۰ ساعت

استفاده شود .

شرح وظایف کارکنان



شرح وظایف مدیر خدمات پرستاری (مترون).

- * مدیر خدمات پرستاری (مترون) در مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی، پرستاری است که اداره واحد پرستاری مرکز مربوطه را به عهده دارد.
- * برنامه ریزی در زمینه های ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات مددجویان
- * گردآوری اطلاعات از:
- * مرکز شامل: نمودار سازمانی مصوب، هدف، نوع فعالیت، گزارشات ماهیانه و سالیانه، گزارش حسابرسی پرستاری، پرونده های کارکنان، مصاحبه با کارکنان
- * مددجویان: بر حسب نوع بستری، نیاز مراقبتی، خدمات ارائه شده
- * - منابع شامل نیروی انسانی (پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، تکنسین ها و کاردان های اطاق عمل و هوشبری و سایر کادر وابسته) ساختار فیزیکی، امکانات و تجهیزات
- * شرکت فعال در نهادهای سیاستگذاری و دیگر کمیته های درون سازمانی
- * تعیین اهداف (کوتاه مدت، میان مدت، دراز مدت) مبتنی بر نیازها جهت تامین حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجو، بیمار با توجه به خط مشی های مرکز متبوع و پیشنهاد به مقامات ذی ربط
- * تعیین خط مشی و اتخاذ روش های مناسب و تعیین جدول زمان بندی برای رسیدن به اهداف مورد نظر
- * برنامه ریزی جهت تشکیل و شرکت در کمیته های خاص با شرح وظایف مدون (آموزشی، پژوهشی، کنترل و نظارت کنترل عفونت و ...)
- * ارائه راهکار بهینه به مسئول و ایجاد شرایط مناسب جهت استفاده بهینه از منابع موجود به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر
- * تدوین و اجرای برنامه های آموزش به بیمار و خانواده در سطوح مختلف پیشگیری
- * ایجاد هماهنگی و مشارکت فعال در برنامه ریزی های بهداشتی، درمانی و توانبخشی مرکز
- * جلب مشارکت تیم بهداشتی مرکز برای دستیابی به اهداف
- * ایجاد هماهنگی در برنامه های آموزشی بالینی دانشجویان گروه های پرستاری
- * مشارکت در تنظیم بودجه جهت فعالیت های مرکز
- * تعیین و پیشنهاد بودجه مورد نیاز و اولویت بندی آن ها جهت اجرای برنامه های پرستاری
- * مشارکت در طرح های پژوهشی

- * برنامه ریزی و پیشنهاد جهت پیشگیری از عفونت (کنترل عفونت)
- * انجام برنامه ریزی و همکاری با سایر واحدهای ذی ربط در جهت ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای کارکنان پرستاری
- * ارائه راهکارهای اساسی در برنامه ریزی جهت تامین رفاه کارکنان تحت نظارت با همکاری سایر واحدهای ذی ربط
- * تعیین برآورد سطوح مختلف نیروی انسانی مورد نیاز بخش های پرستاری براساس استانداردهای علمی
- * تعیین حدود و انتظارات و عوامل عملکردی در رده های مختلف شغلی با توجه به امکانات و شرح وظایف مصوب
- * بکارگیری نیروی انسانی براساس توانایی افراد در شیفتهای مختلف کاری
- * پیشنهاد و مصاحبه با داوطلبان و انتخاب افراد صلاحیت دار و معرفی آنها به کارگزینی جهت بکارگیری
- * پیشنهاد انتصاب و انتقال کارکنان تحت نظارت به ریاست مرکز جهت واحدهای ذیربط
- * تصمیم گیری در مورد مرخصی ها، ماموریت ها و ... کارکنان گروه پرستاری

شرح وظایف سرپرست کنترل عفونت (سوپروایزر)

- * شناخت منابع عفونت های بیمارستانی از طریق بررسی و انجام پژوهش
- * به کارگیری نتایج و پژوهش ها و مطالعات جدید در انجام مراقبت ها برای پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی .
- * همکاری در توسعه و اجرای برنامه های آموزشی برای کادر پرستاری دانشجویان و سایر کارکنان در صورت لزوم به منظور پیشگیری و کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی .
- * شرکت در جلسات و دوره های آموزشی که در رابطه با کنترل عفونت برای کادر پرستاری با سایر گروه ها برگزار می شود .
- * تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد ثبت .
- * ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای عفونت های خطرناک و ارائه راهکاری مناسب به کمیته کنترل عفونت بیمارستان .

*نیازسنجی آموزشی کارکنان بیمارستان در خصوص عفونت های بیمارستانی و پیگیری اثربخشی آموزشی.

* بازدید روزانه از بخش های مختلف بیمارستان برای کشف موارد جدید احتمالی و پیگیری موارد گذشته از طریق نتایج آزمایشات و علائم بالینی و ثبت ارائه گزارشات لازم به کمیته مزبور.

* تهیه و تدوین دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش های ویژه و سایر قسمت های آسیب پذیر بر اساس استانداردهای مراقبتی با همکاری کمیته کنترل عفونت.

* نظارت و ارزشیابی از اجرای ضوابط و مقررات توصیه شده توسط کمیته کنترل عفونت در کلیه واحدهای بیمارستانی و گزارش نتایج به کمیته مزبور

* نظارت و کمک در ایزولاسیون بیماران عفونی با توجه به خط مشی های کمیته و امکانات موجود.

* همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص ، تحقیق ، کنترل و ارزشیابی و بروز عفونت در همه گیری های بیمارستانی .

- شرکت در جلسه کمیته کنترل عفونت به منظور ارائه اطلاعات و گزارشات و دریافت دستورالعمل های اجرایی.

شرح وظایف سوپروایزر آموزشی:

سوپروایزر آموزشی پرستاری است که مسئولیت فعالیت آموزشی و پژوهشی پرستاری و مامایی مرکز آموزشی - درمانی ، توانبخشی و پژوهشی را تحت نظارت مدیر پرستاری و در جهت اهداف سازمان بر عهده دارد . شرح وظایف سوپروایزر آموزشی بر اساس اصول مدیریت با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح ذیل می باشد :

* تعیین اهداف آموزشی (کوتاه مدت ، میان مدت ، بلند مدت)

* تعیین نیازهای آموزشی (مددجو و خانواده ، رده های مختلف کادر پرستاری و مامائی و کارکنان جدید الورود)

* تعیین اولویتهای آموزشی و تدوین برنامه های آموزشی مستمر و مدون جهت رفع نیازهای آموزشی

* اجرای برنامه های آموزشی با همکاری و مشارکت سایر گروهها

* تهیه و تنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیت های آموزشی بخشهای مرتبط

* تهیه و تنظیم ابزار مناسب ارزیابی خدمات پرستاری و مامائی مورد نیاز مددجویان

- * هماهنگی در اجرای برنامه کارورزی دانشجویان و کارآموزان گروههای پرستاری و مامائی
- * پیشنهاد تهیه کتب ، مجلات ، جزوات و وسایل کمک آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی کارکنان گروه پرستاری و مامائی
- * تشکیل کمیته آموزش پرستاری
- * هماهنگی جهت تشکیل و شرکت در کلاسهای آموزش مداوم و برنامه جامع آموزشی واحد ذیربط
- * پیشنهاد ایجاد زمینه های تشویقی جهت مشارکت فعال پرسنل در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی
- * همکاری و مشارکت در نظارت و کنترل واحدها جهت نیاز سنجی آموزشی کارکنان و مددجویان
- * همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت در امر آموزش
- * همکاری و هماهنگی با سرپرستاران و مربیان در جهت ارتقاء سطح آموزش
- * برنامه ریزی و شرکت فعال در سمینارها ، کنگره ها جهت ارائه روشهای اثر بخش و موثرتر در ارائه خدمات پرستاری و مامائی
- * ارائه تازه ها و نتایج تحقیقات جدید (به شکل کنفرانس ، جزوات / پمفلت و)
- * همکاری و مشارکت در انجام طرح های پژوهشی
- * هدایت و آموزش کارکنان در راستای :
- * الف - حسابرسی کیفی خدمات پرستاری
- * ب - ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه خدمات
- * ج - ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه آموزش به مددجو و خانواده
- * هدایت و آموزش کارکنان در اجرای برنامه های آموزشی واحدهای ذیربط
- * هدایت و آموزش در جهت تهیه جزوات ، پوسترها ، فیلم ها و پمفلت های آموزشی جهت کارکنان و مددجویان
- * ثبت و گزارش و پاسخگویی کلیه فعالیتهای آموزشی به مدیر خدمات پرستاری
- * کنترل و نظارت برآموزش های انجام شده درواحدهای ذیربط بااستفاده ازابزارمناسب
- * کنترل و نظارت بر وجود امکانات و شرایط آموزشی در واحدها
- * ارزیابی اثربخشی آموزش های انجام شده از طریق :
- ۱- کنترل حسابرسی کیفی خدمات ارائه شده

- ۲- بررسی رضایتمندی مددجویان
- ۳- بررسی رضایتمندی کارکنان پرستاری
- ۴- کنترل و نظارت بر شرکت فعال رده های مختلف پرستاری (در شیفت های مختلف) در برنامه های آموزشی براساس سرانه آموزش
- ۵- مشارکت در کمیته ارزشیابی کارکنان
- ۶- شرکت در کلیه جلسات آموزشی مرتبط پرستاری

شرح وظایف مددکار

- تشکیل پرونده و برقراری ارتباط حرفه ای با بیماران نیازمند به امور مددکاری و مصاحبه و مشاوره به منظور دریافت اطلاعات لازم در مورد مشکلات بهداشتی - درمانی، اجتماعی، روانی، خانوادگی و عاطفی آنان
- برقراری ارتباط با سایر موسسات درمانی، بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و حمایتی جهت استفاده از امکانات و تسهیلات آنان به منظور رفع نیازمندی های بیماران و مددجویان.
- راهنمایی و معرفی بیماران جهت بستری شدن و استفاده نمودن از امکانات پزشکی و پیراپزشکی واحدهای ذیربط
- مصاحبه با بیماران غیر بیمه و راهنمایی آنان جهت تفهیم مزایای بیمه به منظور تعمیم و گسترش بیمه های درمانی.
- تهیه گزارش از وضعیت اجتماعی، اقتصادی بیماران برحسب درخواست کمیسیون های پزشکی
- مشاوره و راهنمایی بیماران مبتلا به بیماری های خاص و مزمن به منظور قادرسازی و خودکفایی آنان در برخورد با مشکلات و افزایش توانایی های جسمی و روحی آنان در ایام بیماری و پس از ترخیص از بیمارستان و جلوگیری از پیشرفت بیماری در جامعه.
- مراجعه روزانه به بخش های مختلف بیمارستان و تماس با تیم درمان به منظور شناخت مسائل و مشکلات اجتماعی، اقتصادی، روانی و درمانی بیماران.
- مذاکره با مقامات مسئول بیمارستان در مورد بیماران و مددجویان و ارائه اطلاعات مورد نیاز به آنان به منظور کمک به حل مشکلات بیمارستان و بیماران.
- همکاری در جهت پیشبرد آموزش عملی دانشجویان مددکاری در رابطه با فعالیت های مددکاری در بیمارستان.

- بررسی نارسایی ها و ارائه گزارش به مقامات مسئول.
- انجام سایر امور مربوطه طبق دستور مقام ذیربط .

شرح وظایف کاردان رادیولوژی

- * دادن دستورات لازم جهت آمادگی بیماران به منظور انجام رادیولوژی.
- * آماده نمودن بیمار زیردستگاه رادیولوژی به نحوی که مشاهده عضو بیمار برای عکسبرداری امکان پذیر باشد.
- * آماده نمودن بیمار و بکارانداختن دستگاه باتوجه به مدت تشعشع لازم وسایر عوامل فنی که جهت رادیوگرافی ویا فلوروسکوپی از عضو موردنظر بعمل آید.
- * کنترل کلیدهای دستگاه رادیوگرافی.
- * اقداماتی در جهت تهیه لوازم و داروهای موردنیاز واحد رادیولوژی.
- * تهیه وتنظیم آمار گزارش اقدامات هفتگی وماهانه.
- * همکاری با کارشناسان مربوط در طرح ریزی وانجام برنامه های آموزشی وتحقیقاتی بانظارت رادیولوژیست واحد مربوطه.
- * آموزش تنوری وعملی کارآموزان ، کمک تکنسین هاوتکنسین های رادیولوژی.
- * کمک دررفع مشکلات کمک تکنسین های رادیولوژی وتنظیم برنامه های کشیک وروزانه در واحد مربوطه.
- * همکاری با کارشناسان مربوط در زمینه انتخاب روشهای مناسب به منظور حفاظت افراد در برابر پرتوها تحت نظارت رادیولوژیست واحد مربوطه.
- * مشارکت با کارشناسان مربوط درانجام کارهای روزانه ازمجمله فلوروسکوپی ، آنژیوگرافی.
- * نظارت وسرپرستی به کار کمک تکنسین هاوتکنسین های رادیولوژی تحت سرپرستی.
- * انجام سایر امور مربوطه.

شرح وظایف کارشناس رادیولوژی :

- * طرحریزی و انجام برنامه های آموزشی وتحقیقاتی با همکاری و نظارت رادیولوژیست واحد مربوطه.
- * مطالعه به منظور انتخاب روشهای مناسب برای کار با پرتوهای یونساز.
- * داندستورات لازم به بیماران برای انجا مرادیوگرافی.

- * آماده نمودن بیمار زیر دستگاه رادیولوژی به نحوی که مشاهده عضو بیمار برای عکسبرداری امکان پذیر باشد.
- * انجام امور مربوط به آماده نمودن و به کار انداختن دستگاه با توجه به مدت تشعشع لازم و سایر عوامل فنی که جهت رادیوگرافی و یافلوروسکوپی از عضو مورد نظر بیمار به عمل می آید.
- * بررسی کنترل قسمتهای مختلف دستگاه رادیولوژی و رادیوتراپی و اعلام موارد نقص دستگاه به مقام مربوط.
- * انجام امور مربوط به رادیوتراپی سطحی بیماران طبق دستور و تجویز متخصص رادیومتری.
- * راهنمایی، کنترل تکنیسینهای رادیولوژی به نگام انجام امور فوق الذکر بر اساس دستورات رادیولوژیست.
- * بررسی آمار و گزارش اقدامات هفتگی و ماهانه جهت ارائه به سرپرست مربوط.
- * مطالعه در مورد تکنیکهای پیچیده و پیشرفته و ارائه نتایج مربوط به آن.
- * بکارگیری دستگاهها و چشمه های مولد پرتوهای یونساز.
- * نظارت بر نحوه نگهداری و کاربرد دستگاهها و چشمه های مولد پرتوهای یونساز و همکاری با سازمانها و مراکز ذیصلاح کنترل پرتوها تحت نظارت رادیولوژیست.
- * نظارت بر نحوه کار افراد تحت نظر.
- * شرکت در برنامه های آموزشی و تحقیقاتی و مطالعه آخرین پیشرفتهای در زمینه شغلی.
- * تشریک مساعی در انجام کارهای روزمره از جمله فلوروسکوپی، آنژیوگرافی و سایر کارهای اختصاصی با پزشک متخصص رادیولوژیست
- * انجام سایر امور مربوط.

شرح وظایف سرپرستار:

- سرپرستار مرکز آموزش بهداشتی درمانی و توانبخشی پرستاری است که اداره کارکنان پرستاری، تجهیزات و ... را بر عهده دارد.
- وظایف پرستار مرکز (بهداشتی، درمانی و توانبخشی) بر اساس اصول مدیریت و با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر است:
- * الف: جمع آوری اطلاعات و برنامه ریزی:
- * کسب خط مشی و دستور العمل های لازم از سرپرست مربوطه
- * بررسی وضعیت موجود در واحد تحت نظارت به منظور تعیین مشکلات مرتبط با ارائه خدمات و کیفیت مراقبت
- * تعیین خط مشی جهت واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان
- * برنامه ریزی در جهت اجرای استانداردهای مراقبتی
- * تنظیم برنامه کار کارکنان تحت نظارت در شیفت های مختلف
- * تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت (تقسیم کار)
- * برنامه ریزی جهت ثبت و ارائه گزارش کامل از وضعیت هر بیمار / مددجو در هر شیفت بر بالین بیمار
- * برنامه ریزی جهت آگاه سازی کارکنان جدید الورود به مقررات اداری، استانداردهای مراقبتی و شناخت کامل نسبت به واحد از نظر محیط فیزیکی، وسایل و تجهیزات و آشنایی با سایر قسمتهای مرکز
- * برنامه ریزی جهت آموزش به مددجویان/ بیمار، خانواده و (مراقبت از خود و توانبخشی و...)
- * پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تأمین آن
- * برنامه ریزی جهت حفظ و نگهداری و تحویل تجهیزات واحد مربوطه در هر شیفت کاری
- * برنامه ریزی جهت کنترل عملکرد تجهیزات مورد استفاده در بخش در هر شیفت
- * ب) سازماندهی
- * تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه (کارکنان، مددجویان، بیماران و)

- * برقراری امنیت شغلی در جهت ایجاد فضای مناسب به منظور ارتقای سطح خدمات ارائه شده
- * توجه به نیازهای کارکنان، ایجاد انگیزه جهت افزایش رضایت شغلی
- * برقراری حسن تفاهم بین کارکنان واحد مربوطه و سایر واحدها
- * انجام مراقبتهای پرستاری در مواقع اورژانس
- * ایجاد هماهنگی و همکاری بین کادر پرستاری و سایر واحدها
- * شرکت در جلسات مدیران و ارائه نیازهای کارکنان، مددجویان، بیماران و پیشنهاد جهت بهبود وضعیت
- * همراهی با پزشک به هنگام ویزیت بیماران و ارائه گزارش لازم
- * ثبت و گزارش کلیه امور واحد مربوطه به مسئولین ذیربط (شامل: درخواستها، وقایع غیر مترقبه ، حوادث، کمبودها و نقایص ، نیازها و)
- * مشارکت و همکاری در برنامه‌های آموزش ضمن خدمت، بازآموزی و کارکنان
- * مشارکت و همکاری در آموزش دانشجویان پرستاری و سایر کارآموزان در واحد مربوطه
- * مشارکت و همکاری در پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی پرستاری
- * برپایی کنفرانسهای داخلی جهت افزایش سطح دانش و مهارت حرفه‌ای پرستاران
- * تکمیل فرم ارزشیابی مصوبه کارکنان پرستاری واحد پرستاری
- * ج: هدایت و رهبری، کنترل و نظارت و ارزشیابی
- * کنترل حضور و غیاب پرسنل پرستاری واحد مربوطه
- * ارزشیابی مستمر خدمات ارائه شده توسط کادر پرستاری از طریق : بررسی رضایتمندی مددجویان، بیماران، همکاران و / مشاهده/ چک لیست/ و
- * نظارت و ارزشیابی مستمر بر رعایت معیارهای رفتار شغلی و اخلاقی کارکنان
- * ارزشیابی اثر بخشی آموزشهای داده شده به کارکنان، مددجویان/ بیماران، خانواده ، دانشجویان
- * کنترل و پیگیری ثبت و اجرای دستورات پزشک و نظارت اجرای آن .
- * مشارکت و همکاری با کمیته های بیمارستان بنا به صلاحدید سرپرست مربوطه .
- * نظارت بر حسن اجرای تعرفه های پرستاری.
- * نظارت مستمر بر اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها
- * همکاری و همراهی و ارائه گزارش هنگام بازدید مسئولین مافوق و گروه های بازرسی
- * نظارت بر حسن اجرای کلیه خدمات پرستاری در واحد مربوطه

شرح وظایف کارشناس مامایی :

- در بیماران سزارین تشکیل پرونده و درخواست آزمایشات مورد لزوم HTC.HB و رزرو خون و تعیین گروه خون Rh و سونداژ مثانه .
- انجام مراحل مختلف زایمان با نمایش سر (سه مرحله زایمان) دادن بی حسی موضعی و انجام اپی زیاتومی و ترمیم پارگی درجه یک و دو و ترمیم در صورت لزوم.
- انجام زایمان با نمایش ته در شکم سوم و بالاتر (در مواقع اورژانس و عدم حضور متخصص)
- اعلام جنسیت و نشان دادن نوزاد به مادر
- سنجش آپگار و بررسی سلامت ظاهری نوزاد
- انجام کورتاژ در صورت لزوم
- انجام فوریت های مامایی در مراکزی که متخصص زنان و زایمان حضور ندارد (در حد امکان) به گذاردن انواع فورسپس
- احیای مادر و نوزاد
- تجویز داروهای مجاز در صورت لزوم طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل موجود

بعد از زایمان :

- قراردادادن مادر در وضعیت راحت و کنترل و نظارت بر انجام ثبت اثر انگشت مادر ، کف پای نوزاد در پرونده و بستن دستبند نوزاد
- درخواست آزمایشات کومبس مستقیم و غیر مستقیم و تجویز آمپول روگام در صورت لزوم
- درخواست آزمایشات مورد نیاز برای نوزادان متولد شده از مادران دچار ناسازگاری های خون
- تکمیل پرونده مادر و نوزاد و صدور گواهی ولایت و اجازه انتقال مادر به بخش
- کنترل کامل وضع عمومی مادر تا ۲ ساعت بعد از زایمان و ثبت در پرونده (کنترل علائم حیاتی ، مشاهده ترشحات پس از زایمان و گزارش هرگونه مورد غیرطبیعی به پزشک - کنترل میزان خونریزی وضعیت رحم و پرینه) معاینه پستان و کنترل مثانه در صورت اتساع اندام در جهت تخلیه نمودن آن .

- آموزش به مادر در مورد مراقبت های بهداشتی مادر و نوزاد (مراقبت از پستان و نحوه شیر دادن ، تغذیه ، استحمام و روش های جلوگیری از بارداری، واکسیناسیون و بستن به بند ناف و پیشگیری از هیپوترمی)

- اجازه ترخیص در مورد مادران با زایمان طبیعی پس از انجام معاینات لازم

- تجویز داروهای مجاز در صورت لزوم طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل های

موجود

موارد غیرطبیعی . که بایستی حتما پزشک حضور یابد :

- نمای غیر از قله سر و فرارهای غیرطبیعی و چندقلویی

- پیدایش علائم زجر جنین و نامرتب بودن صدای قلب جنین و یا نشیدن صدای قلب

جنین

- پاره بودن کیسه آب به مدت بیش از ۱۲ - ۶ ساعت و وجود تب در شروع دردهای زایمان

- بیرون افتادن بند ناف

- طولانی شدن مراحل لیبر و زایمان و انقباضات پشت سرهم

- وجود هرگونه توده و انسداد در مسیر کانال زایمان

- هرگونه سابقه جراحی (سزارین قبلی) حاملگی غیرطبیعی و سقط های مکرر و نازایی

- وجود هرگونه خونریزی غیرطبیعی

- فشارخون بالا و حملات تشنجی

- فشارخون پایین و بروز علائم شوک

شرح وظایف ماما

- همکاری با پزشک در معاینه و تجویز دارو به بیمار در مراکز بهداشتی درمانی و زنان باردار

- کمک در زایمان های طبیعی در زایشگاهها و خانه ها و دادن دستورات بهداشتی لازم به مادران قبل از وضع حمل

- نظارت در نظافت بخش و بیماران و انجام دستورات بهداشتی و طبی مربوط به مادر و نوزاد و مراقبت در اجرای این دستورات در مراحل پیش و پس از زایمان

- تهیه پرونده پزشکی جهت مادر و نوزاد و صدور گواهی ولادت و گزارش ولادت

- تزریق داروهای مورد نیاز بنا به تجویز پزشک و تجویز وسایل و داروهای جلوگیری از بارداری
- طرح ریزی تنظیم برنامه و رهبری و نظارت بر خدمت مامایی
- ارزشیابی کارکنان مامایی و ارشاد آنها و تنظیم و فرستادن گزارش برای مسئولین مربوطه
- رسیدگی به نیازهای مامایی بیمارستان و درخواست وسایل مورد نیاز
- همکاری در اجرای برنامه های تحقیقاتی از نظر بهداشت زنان باردار و علل سقط جنین و ...
- طرح ریزی و اجرا برنامه های بهداشت عمومی
- شرکت در کنفرانس ها و سمینارهای مامایی
- رسیدگی به امور آموزشی آموزشگاه های مامایی
- تنظیم و اجرای برنامه های تعلیماتی برای مربیان
- تنظیم گزارش های مورد نیاز موسسات بین المللی و داخلی در امور مربوطه
- تهیه و تنظیم استانداردها و مقررات برای خدمات مامایی
- پیش بینی برنامه های کوتاه مدت و دراز مدت برای رفع نیازمندی های کشور در زمینه مامایی
- انجام سایر امور مربوطه از قبیل برنامه های واحد یک حیاتی مادر و کودک

شرح وظایف کاردان آزمایشگاه :

- * همکاری با کارشناسان آزمایشگاه در انجام کلیه وظایف مربوط و انجام تمام یاقسمتی از وظایف آنان حسب ارجاع
- * انجام آزمایشهای ساده استاندارد آزمایشگاهی و نگهداری سوابق مربوطتزیقات لازم به حیوانات آزمایشگاهی
- * همکاری با کارشناسان مربوط در تنظیم مقالات علمی و بررسی کارهای انجام شده و قابل نشر
- * مشارکت در انجام آزمایشهای آسیب شناسی و سیتولوژی (جهت آزمایشگاههای تشخیص طبی)
- * انجام آزمایش محدود در موارد مشکوک در صورت نیاز
- * مشارکت در برنامه های اپیدمیولوژی و سایر امور بهداشتی و درمانی
- * بررسی و تنظیم گزارشکارهای جاری آزمایشگاهی و ارائه آن به مسئولین مربوط
- * انجام نمونه برداری های مورد آزمایش و اطلاعات ضروری

* نظارت بر کارکنان تحت سرپرستی و ارائه راهنمایی های لازم به ایشان در انجام وظایف محوله

* انجام آزمایشهای نظیر تعیین میزان آلودگی هوا (جهت آزمایشگاههای اختصاصی نظیر بهداشت محیط زیر نظر کارشناسان مربوط

* آزمایش مواد اولیه دارویی و غذائی نظیر تعیین مقدار و تشخیص ناخالصی ها با توجه به استانداردهای موجود با ارشاد و راهنمایی کارشناسان مربوط

* انجام سایر امور مربوط

شرح وظایف کارپرداز

- استعلام بها قبل از خرید اجناس و گزارش آن به مقام مافوق
- دریافت درخواست های خرید که از سوی مقام مافوق ارجاع می گردد
- تهیه و تنظیم صورت مجلس های مربوط به ترخیص کالا و ارائه آن به اداره متبوع
- خرید اجناس مورد نیاز موسسه با کیفیت مطلوب و نازلترین قیمت ممکن روز
- انجام سایر امور مربوطه

شرح وظایف کاردان هوشبری:

- دریافت دستور و برنامه تقسیم کار از سرپرستار اطاق عمل
- اطمینان یافتن از سالم بودن و کارآیی دستگاهها و تجهیزات بیهوشی قبل از شروع هر شیفت کاری (شامل دستگاههای بیهوشی، ساکشن، مانیتور، پالس اکسی متر و ...) و گزارش هرگونه نقص یا خرابی به سرپرستار
- اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و امکانات بیهوشی موجود و گزارش موارد ناکافی و یا کمبودها

- آشنایی با روشهای استریلیزاسیون و ضد عفونی و کاربرد آن و رعایت در تمام مراحل عمل

- آماده نمودن کلیه دستگاهها و لوازم مورد نیاز بیهوشی بر طبق لیست عمل جراحی
- کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل، آزمایشات ضروری، نوار قلب، مشاوره، آماده بودن خون و.....)
- اقدامات و تدابیر قبل از عمل:

- ۱- کنترل آمادگی قبل از عمل
- ۲- کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات
- ۳- هدایت بیمار به تخت عمل
- ۴- همراهی بیمار از ابتدا تا انتهای عمل
- ۵- دادن توضیحات در مورد بیهوشی
- ۶- کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیرطبیعی
- ۷- ثابت نمودن سر بیمار
- ۸- برقراری راه وریدی
- ۹- در اختیار گذاردن داروها و لوازم مورد نیاز بیهوشی به پزشک
- ۱۰- کنترل گازهای بیهوشی جهت پرهیز از استفاده آنها بجای یکدیگر
- ۱۱- اجرای دستورات و همکاری با پزشک
- اقدامات و تدابیر حین بیهوشی بیمار:
 - ۱- کنترل علائم حیاتی
 - ۲- مانیتورینگ یا کنترل سطح بیهوشی
 - ۳- کنترل راه هوایی بیمار - کنترل جذب و دفع
 - ۴- مکتوب شدن دستورات شفاهی
 - ۵- حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق موازین شرعی
 - ۶- ثبت دقیق کلیه موارد در فرم مربوطه
 - ۷- حفاظت از بیمار جهت جلوگیری از سوختگی با کوتر
 - اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی بیمار:
 - ۱- کمک و همکاری با پزشک در به هوش آوردن بیمار
 - ۲- کنترل علائم حیاتی، ثبت آنها و گزارش موارد غیرطبیعی
 - ۳- کنترل بیمار از نظر بازگشت عکس العملها و رفلکسها و ورود به مرحله هوشیاری
 - ۴- محافظت از سر و اندام
 - ۵- تنفسی فوقانی در حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارد
 - ۶- کمک به حفظ پوزیشن و پوشش بیمار در موقع انتقال به ریکاوری.

- انتقال بیمار به ریکاوری و گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار) علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروها، سطح هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، مایعات دریافتی و خون، مشکلات و عوارض ثبت قبل و حین بیهوشی و ...)

- ضد عفونی و آماده کردن کلیه وسایل مربوط به بی هوشی جهت عمل بعدی
- همکاری در اجرای برنامه های آموزشی و پژوهشی بیمارستان و بخش تحت نظر مسئول مربوطه
- شرکت در برنامه های آموزشی ضمن خدمت (بازآموزی و...)
- تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات و دارو و موارد کتبی لازم در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری

- همکاری در انجام عملیات احیا قلبی - تنفسی در اتاق عمل

- همکاری کامل با تیم عمل جراحی

- مشارکت در برنامه شست و شو اطاق عمل (واشینگ) طبق سیاست های جاری بیمارستان

شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری :

* جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد، خانواده و جامعه) و برقراری ارتباط حرفه ای موثر (آشنا سازی با محیط، معرفی خود و همکاران به مددجو، پاسخ صحیح به سوالات، درخواست ها و مشکلات با دادن اختیار به وی با بکارگیری مهارت های کلامی و غیر کلامی و در نظر گرفتن تفاوت های فردی مددجویان)، تلاش در ایجاد محیطی امن و حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت مددجو

* بررسی، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده
* تعیین، ثبت مشکلات، نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش، مهارت و پژوهش

* برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده
* مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت های تیم پیراپزشکی
* انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن، با توجه به:

* الف: نیازهای جسمی :

* تامین بهداشت فردی (پوست، مو، دهان و ...)

* خواب، استراحت و آسایش

- * تغذیه : تعیین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار، سوندگذاری معده (NGT)، گاوآژ و انجام مراقبت های لازم
- * تامین نیازهای دفعی بیمار، کنترل و ارزیابی عملکرد سیستم ادراری و گوارشی، سوند گذاری مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ، مراقبت از کلستومی و انواع تنقیه
- * تنفس (تمرینات تنفسی، اکسیژن رسانی، ساکشن، مراقبت از لوله تراشه و تراکتوستومی
- * گردش خون (کنترل علائم حیاتی)
- * نظارت بر ایجاد حداکثر تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی، تغییر وضعیت، انجام حرکات فعال و غیر فعال، بکارگیری از وسایل کمک حرکتی)
- * تعادل آب الکترولیت ها (کنترل جذب و دفع، بررسی و حفظ تعادل الکترولیتی، توزین روزانه)
- * مراقبت از سیستم پوستی (مراقبت از پوست و مخاط، مراقبت از انواع زخم ها، کشیدن بخیه ها (
- * مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب)
- * حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیت های روزمره زندگی با مشارکت تیم توانبخشی، اعتلای مفهوم خود در بیمار، تطابق روانی، اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال تر در تصمیم گیری های درمانی خود و ...)
- * ایجاد محیط مناسب جهت تامین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو- دفاع از حقوق مددجو براساس منشور حقوق بیمار
- * ب: انجام مراقبت های تشخیصی، درمانی تجویز شده در موارد زیر:
- * دادن داروهای خوراکی، واژینال، رکتال، تزریقی (جلدی، زیر جلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، مایعات وریدی، تزریق خون و فرآورده های آن، کنترل اثر درمان و پیش گیری از عوارض جانبی آنها، تغذیه کامل وریدی-انجام ECG-انجام EEG- گذاشتن سوندفولی، گذاشتن سوند معده (NGT)، گچ گیری، آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه اول پوست، برقراری خط وریدی (IV Line)
- * ج: انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء
- * ه- ارائه اقدامات پرستاری در انتقال بیمار از بخش به بخش دیگر و ارائه گزارشات مربوطه
- * ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم

- * ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد
- * شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیت‌ها و حوادث غیر مترقبه
- * اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
- * سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری
- * بررسی نیازهای آموزشی، تعیین سطح انگیزش، توسعه برنامه های آموزشی، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت
- * ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل
- * راهنمایی و مشاوره با مددجو، در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی، حمایتی و اجتماعی
- * آماده سازی مددجو جهت ترخیص
- * پی گیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی
- * انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش)
- * همکاری با گروه بهداشتی جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از همفکری و همیاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، کارخانه و ...) و پیگیری آن ها
- * شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی آموزشی- پژوهشی (آموزش ضمن خدمت، باز آموزی ها، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی درمانی، همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری ...)
- * مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات
- * مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده بیمار و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
- * تحویل بخش از پرسنل شیفت قبل و به پرسنل شیفت بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده

- * شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران، گزارش و اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی
- * ثبت کلیه اقدامات انجام شده

شرح وظایف کاردان اطاق عمل:

- * دریافت دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه
- * اطمینان یافتن از سالم بودن و کارآیی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل (شامل : ساکشن ، دستگاه الکتروکوتر، چراغ سیالتیک و) و گزارش هر گونه نقص یا خرابی به مسئول مافوق
- * اطلاع از وجود لوازم و امکانات مورد نیاز اعمال جراحی و گزارش موارد ناکافی و کمبود ها و نقایص
- * آشنائی با روشهای استریلیزاسیون و ضد عفونی و بکارگیری آنها
- * کنترل اطاق عمل از نظر نور کافی ، سیستم برق رسانی ، درجه حرارت ، رطوبت ، پاکیزگی ، ایمنی و
- * آماده نمودن اطاق عمل با لوازم و وسایل جراحی لازم بر طبق لیست جراحی
- * کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل و آمادگیهای عمل ، داروهای قبل از عمل ، عدم داشتن وسایل مصنوعی و زیور آلات و)
- * کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته های وسایل
- * ایفای نقش سیار قبل از عمل:
- ۱- برقراری ارتباط با بیمار و ارائه آموزش های لازم به بیمار
- ۲- کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی
- ۳- کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات
- ۴- هدایت بیمار به تخت عمل قرار دادن بیمار بر روی تخت به نحوی که هیچگونه صدمه ای به وی وارد نگردد و پوشش او حفظ شود
- ۵- تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع و ناحیه عمل

- ۶- قرار دادن کلیه دستگاهها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی بر طبق قابلیت دسترسی و نیاز ایفای نقش سیار حین عمل:
- ۱- حضور در تمام طول عمل و اشراف بر محیط و اتفاقات و وضعیت بیمار/ کمک به پرستار اسکراب و جراحان در پوشیدن گان/ دستکش
- ۲- باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آنها
- ۳- پرپ منطقه عمل
- ۴- شمارش و ثبت نخ، گاز، لن گاز، درن، و به همراه تیم جراحی و جمع آوری آنها پس از استفاده
- ۵- کنترل رعایت نکات استریل در حین عمل
- ۶- پیش بینی نیازمندیهای گروه جراحی و آماده نمودن آنها
- ۷- توجه و تشخیص تغییر در وضعیت بیمار، گزارش به تیم و تامین نیاز وضعیت جدید در جهت اصلاح تغییر بوجود آمده
- ۸- نگهداری و جمع آوری نمونه بر طبق سیاست بیمارستان و ثبت مشخصات بر روی ظرف حاوی نمونه و گزارشات مربوط به آن و فرستادن آن به آزمایشگاه بر طبق دستورالعمل و دریافت رسید
- ۹- ثبت و کنترل زمانهای درخواست شده جراحی مانند زمان تورنیکت
- * ایفای نقش سیار پس از پایان عمل:
- ۱- کمک در پانسمان محل جراحی
- ۲- برداشتن پوششها و آماده نمودن بیمار جهت انتقال به ریکاوری
- ۳- تکمیل نمودن کلیه گزارشات و موارد ثبتی که از ابتدای عمل ثبت گردیده بود
- ۴- خارج نمودن وسایل مربوط به عمل جراحی قبلی و آماده نمودن اتاق جهت عمل بعدی
- ۵- کمک در جابجایی و انتقال بیمار به ریکاوری و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی
- * ایفای نقش دست شسته (اسکراب) در حین عمل:
- دست شستن بر طبق دستورات
- ۱- پوشیدن گان و دستکش استریل
- ۲- پوشاندن میزها و با پوشش استریل و قرار دادن وسایل و لوازم به شکل استریل بر روی آنها (شامل وسایل جراحی، نخ، درنهای، گاز و ...)

- ۳- شمارش و کنترل کلیه وسایل و لوازم مصرف شده (گاز، قیچی، پنس، سوزن، نخ، درن‌ها و ...) در شروع و در طول عمل و پایان عمل به همراه فرد سیار
- ۴- کنترل لوازم جراحی درون ست‌های جراحی قبل از عمل بر طبق شناسنامه هر ست جراحی
- ۵- کمک در شستن نهائی پوست بیمار (درپ) و پوشاندن بیمار با پوششهای استریل
- ۶- نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراحی در طول عمل
- ۷- اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان‌ها جهت جلوگیری از سوختگی با کوتر
- * ایفای نقش دست شسته در پایان عمل:

- ۱- کمک به بانسمان محل عمل
- ۲- برداشتن پوششهای استریل با رعایت موازین شرعی و حریم بیمار و آماده نمودن بیمار جهت انتقال به ریکاوری
- ۳- گزارش کلیه اقدامات انجام شده و وسایل متصله به بیمار به مسئول ریکاوری
- ۴- تکمیل نمودن کلیه گزارشات و موارد ثبتی که از ابتدای عمل ثبت گردیده
- ۵- جمع‌آوری وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مرکز استریلیزاسیون بر حسب سیاست بیمارستان
- ۶- شرکت در انجام عملیات احیا در اتاق عمل
- ۷- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استانداردها
- ۸- همکاری در اجرای برنامه‌های آموزشی پژوهشی بیمارستان و بخش
- ۹- شرکت در آموزش‌های ضمن خدمت و بازآموزی
- ۱۰- مشارکت در برنامه شست‌شو اتاق عمل طبق سیاست‌های جاری بیمارستان

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس :

- ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در مددجویان با وضعیت بحرانی یا آسیب دیده
- ارزیابی سیستماتیک و سریع (ثانویه) بیماران از سر تا پا برای شناسایی کلیه آسیب‌های احتمالی
- ثبت موارد ارزیابی شده با توجه به مشکل اساسی بیمار
- برآوردن نیازهای فوری مددجو
- قراردادن بیمار در یکی از رده‌های طبقه‌بندی فوریتی و اعلام کد در صورت نیاز
- بررسی مجدد و متناوب بیماران

- تکمیل فرم بررسی تریاژ
 - برقراری ارتباط مناسب و موثر با خانواده مددجویان در اتاق انتظار و اطلاع وضعیت مددجویان به آنها
 - اطلاع به پزشک جهت ویزیت مددجو
 - راهنمایی و انتقال بیماران به اورژانس در صورت نیاز به بستری
- : CPR
- اطمینان از عملکرد صحیح وسایل و تجهیزات اتاق CPR
 - اطمینان از کفایت داروها و سرم های اتاق CPR
 - تحویل سریع و بدون وقفه بیمار بحرانی و بدحال
 - بررسی راه هوایی بیمار و اطمینان از برقراری راه هوایی مناسب
 - بررسی نبض محیطی
 - بررسی سطح هوشیاری بیمار
 - انجام اقدامات مقدماتی احیاء
 - انجام اقدامات پیشرفته احیا شامل برقراری راه هوایی مناسب ، لوله گذاری در صورت عدم حضور پزشک ، DC شوک
 - گرفتن نمونه خون شریانی
 - مانیتورینگ قلبی و تشخیص دیس ریتمی های خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
 - مانیتورینگ تخصصی بیمار و انجام پالس اکسی متری و تشخیص مشکلات تنفسی خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
 - اکسیژن تراپی به روش های غیر تهاجمی (بکارگیری انواع ماسک و کانولاها)
 - ساکشن کردن مددجو (دهانی ، بینی ، حلقی ، اندوتراکئال، تراکئوستومی)
 - ست کردن و اتصال بیمار به دستگاه تهویه مکانیکی
 - فلوتومی درمانی با تجویز پزشک
 - گرفتن ECG ۱۲، ۱۵ و ۱۸ لید
 - اندازه گیری قندخون مددجو با استفاده از دستگاه گلوکومتر
 - برقراری راه وریدی از طریق ورید ژگولار خارجی ، داخلی و ورید ساب کلاوین
 - ثبت گزارش و عملکرد تیم احیا

پرستار اورژانس عمومی :

- تحویل بیمار از پرستار تریاژ یا پرستار CPR
- برقراری ارتباط مناسب و موثر با بیمار و همراهان وی
- کنترل وضعیت تنفس، قلب، عروق، هوشیاری و ... بیمار
- ثبت موارد غیرعادی نظیر ناینبایی یا کم بینایی از یک چشم یا هر دو چشم، ناشنوایی، اختلال خلقی و ... در پرونده بیمار
- کنترل موارد حساسیت های دارویی یا مصرف داروهای خاص و ثبت در پرونده
- کنترل و ثبت بیماری گذشته
- کنترل و ثبت موارد مربوط به آزار و اذیت کودکان، زنان، سالمندان و معلولین ذهنی و گزارش به مقام مسئول در بیمارستان
- کنترل عملکرد و تعداد مناسب تجهیزات مورد استفاده در بخش در هر شیفت
- هماهنگی با واحدهای مختلف جهت انجام اقدامات کلینیک و پاراکلینیکی
- گرفتن نمونه خون شریانی
- مانیتورینگ قلبی و تشخیص دیس ریتمی های خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
- مانیتورینگ تنفسی بیمار و انجام پالس اکسی متری و تشخیص مشکلات تنفسی خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آن ها
- اکسیژن تراپی به روش های غیر تهاجمی (بکارگیری انواع ماسک و کانولاها)
- بکارگیری دستگاه تهویه مکانیکی
- ساکشن کردن مددجو (دهانی، بینی، حلقی، اندوتراکئال، تراکئوستومی)
- فلوتومی درمانی با تجویز پزشک
- گرفتن ECG ۱۲، ۱۵، ۱۸ لید
- اندازه گیری قندخون مددجو با استفاده از دستگاه گلوکومتر
- برقراری راه وریدی از طریق ویرد ژگولار خارجی
- اندازه گیری CVP
- بکارگیری نبولایزر
- انجام CPR پیشرفته (بکارگیری دستگاه دفیبریلاتور، لوله گذاری و ...)
- گذاشتن پیس میکر موقت خارجی
- اندازه گیری فشارخون شریانی به روش تهاجمی

- کنترل و مراقبت از EVD (کاتتر داخلی بطن مغز)
- اندازه گیری فشارخون داخلی مغز
- گذاشتن NGT و OGT
- انجام گاوژ و لاواژ معده
- به کارگیری دستگاه همودیالیز و انجام همودیالیز در موارد اورژانس
- انجام دیالیز صفاقی در صورت نیاز
- اجرای پروتکل انفوزیون ترومبولتیک (استرپتوکیناز، TPA و ...) مخدر و سداٲو با تجویز پزشک
- اجرای پروتکل بحران در بخش اورژانس
- اورژانس زایمان (در مراکری که مرکز زایمان ندارند)
- بررسی وضعیت مادر از نظر فشار خون، تنفس، نبض و علائم پره اکلامپسی یا اکلامپسی
- حمایت تنفسی مادر و قراردادن وی در پوزیشن راحت
- انجام زایمان در موارد اورژانس
- بررسی وضعیت نوزاد از نظر تنفسی، جریان خون، سطح هوشیاری و ...
- گرم نگه داشتن نوزاد
- اورژانس چشم:
- تعیین مارکوس گان (کنترل مردمک چشم از نظر نقص عصبی آوران مردمک
- انجام تست شیر مرجهت بررسی میزان اشک و شست و شوی مجرای اشکی
- برداشتن سوچور قسمت های خارجی چشم (پلک و مجرای اشکی چشم)
- گذاشتن و خارج کردن لنزهای تماسی و پروتزهای چشمی
- شستشوی ساده چشم با سرم فیزیولوژی یا آب ساده
- شستشوی کامل چشم با استفاده از بلفارستات
- خارج کردن جسم خارجی سطحی از ملتحمه و بی حرکت کردن اجسام خارجی عمیق
- اندازه گیری و ثبت حدت بینایی (HM, LP, FC) (اسلن چارت)
- کنترل فشار جسم با استفاده از تونومتر
- تزریق زیر ملتحمه چشم
- گرفتن نمونه از ملتحمه جهت کشت
- کمپرس گرم و مرطوب

- معاینه سگمان قدامی چشم با استفاده از اسلیت لامپ
- اورژانس گوش ، حلق و بینی :
- شستشوی گوش
- بررسی مایع خروجی از گوش از نظر افتراق با مایع CSF
- گذاشتن تامپون قدامی بینی
- خروج اجسام خراجی از حلق با استفاده از مانورهای هملیخ و ...
- اورژانس مسمومین :
- دادن داروهای آنتی دوت بر طبق دستور پزشک
- درمان تشنج بیمار بر حسب دستور پزشک
- اندازه گیری گازهای خون شریانی و PH
- دادن شارکول فعال یا مسهل
- بررسی بیماری های همراه
- سم زدایی بر حسب مسمومیت (استنشاقی ، پوستی ، خوراکی و ...)
- کنترل اختلالات دمای بدن (هیپوترمی ، هیپوترمی)

منابع :

- ۱- آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان وزارت بهداشت درمان
- ۲- اصل سلیمانی حسین - افهمی شیرین پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی ۱۳۸۰
- ۳- اصل سلیمانی احمد گندزداها و پاک کننده ها دانشگاه علوم پزشکی تبریز چاپ پنجم ۱۳۸۹
- ۴- ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند پزشکی و پسماند وابسته وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۸۳
- ۵- قانون کار جمهوری اسلامی ایران
- ۶- شرح وظایف عمومی و تخصصی کادر پرستاری - تهیه و تدوین دفتر امور پرستاری وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی