

تاریخ اولین ابلاغ: ۹۴/۱۱/۵

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۸/۱۱/۵

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۸/۱۱/۷

تاریخ بازنگری بعدی: ۹۹/۱۱/۵

کد سند: BL/BC/24/03



دانشگاه علوم پزشکی اراک

مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج)

کتابچه آموزشی ایمنی بیمار



واحد بهبود کیفیت

تهیه کننده:

محسن غنچی کارشناس پرستاری (هماهنگ کننده ایمنی بیمار)

محمد تقی جودکی کارشناس پرستاری (سوپروایزر کنترل عفونت)

لیلا یآوری کارشناس پرستاری

دی ماه ۱۳۹۸

فهرست مطالب

| | |
|----|--|
| ۳ | معرفی اعضا و تیم ایمنی بیمار..... |
| ۴ | ایمنی بیمار..... |
| ۴ | ابعاد فرهنگ ایمنی..... |
| ۵ | یادگیری از خطاها..... |
| ۶ | سقوط..... |
| ۶ | ۹ راه حل ایمنی..... |
| ۹ | ویروسهای منتقله از راه خون..... |
| ۱۰ | پنج موقعیت مهم برای بهداشت دست..... |
| ۱۱ | تفکیک و کدبندی پسماندها..... |
| ۱۲ | اقدامات فوری در صورت تماس با سر سوزن و دیگر اجسام تیز و برنده..... |
| ۱۲ |Never Events |
| ۱۴ | جراحی ایمن..... |
| ۱۴ | اخذ رضایت آگاهانه معتبر..... |
| ۱۴ | لیست اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی..... |
| ۱۵ | استانداردهای ایمنی بیمار..... |
| ۱۵ | ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار..... |
| ۱۸ | فلوچارت ثبت، گزارش و تحلیل خطا..... |
| ۱۹ | منابع..... |

خودتان بی احتیاطی نکنید و نگذارید دیگران بی احتیاطی کنند

معرفی اعضا ایمنی:

۱- مسئول ایمنی و مسئول فنی: آقای دکتر محمودیه

۲- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: آقای غنچی

اعضا تیم ایمنی:

مدیر خدمات پرستاری (آقای محسنی)

سوپروایزر ارشد (آقای ولی الهی)

سوپروایزر آموزشی (خانم ابراهیمی)

کارشناس اعتبار بخشی (خانم قادری)

کارشناس کنترل عفونت (آقای جودکی)

مسئولین بخش ها بسته به موضوع

هیچ گاه برای عمل نباید منتظر شرایط ایده آل و یا تغییر شرایط شد بهترین زمان عمل همین حالا است.

ایمنی بیمار:

ایمنی بیمار از نظر (WHO)، نرساندن آسیب‌های احتمالی به بیمار در طول فرآیند مراقبت‌های پزشکی می‌باشد. ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می‌سازد. در این میان سهم نارسایی سیستم‌ها و فرآیندها بیش از نقش افراد است. ایمنی بیمار، رهایی بیمار از مخاطرات احتمالی به‌نگام مواجهه با نظام سلامت در شرایط مختلف تعریف گردیده است. رویکرد سنتی بیشتر موارد خطا متوجه بیماران را ناشی از خطاهای انسانی می‌داند اما رویکرد نوین، نقص سیستمی را سرمنشا وقوع خطا و نقض ایمنی بیمار بحساب می‌آورد و بر این اساس همه تلاش‌های ارتقای ایمنی در بیمارستان را منوط به اصلاحات سیستمی با هدف ایمنی بیشتر مشتری می‌داند. برنامه‌های ایمنی بیمار برای محافظت بیماران در مقابل آسیب‌های احتمالی ناشی از هرگونه تعامل آنان با سیستم خدمات سلامت طراحی می‌گردند.

فرهنگ ایمنی بیمار

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه‌های ایمنی بیمار امری بیهوده است. فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد.

وقتی می‌توان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی‌مورد و ناعادلانه قرار نگیرند. با توجه به این نکته که در سیستم‌های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک دارند و میزان ناچیزی مستقیماً " به فرد باز می‌گردند، در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است، نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص.

تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. نباید فرد را به خاطر سرخوردن روی سطح لغزنده تنبیه کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود.

درواقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است.

ابعاد فرهنگ ایمنی

- تعهد سازمان به آموزش ایمنی و نظارت و پاسخ غیر تنبیهی به گزارش دهی خطا
- کافی بودن نیروی انسانی، کافی بودن تجهیزات و منابع زیر ساخت مناسب برای گزارش دهی خطا
- پیروی از قوانین، دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های کار تیمی
- ارتباطات و همکاری و ادراک کلی از ایمنی

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 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، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد.

- خطا (Error): عدم موفقیت اقدامات برنامه ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار؛ ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه و یا نقص در خود برنامه
- خطای پزشکی (Medical error): هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد.
- خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

[۱] دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا person approach

[۲] دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی به خطا system approach

رویکرد فردی: به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است. تمامی تلاش ها برای کاهش خطا بر افراد متمرکز است.

رویکرد سیستمی: در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطا کار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود. بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطا کار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود. برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت

* **Never event:** هشدار دهنده ، خطاهایی که منجر به آسیب می شوند و در صورت توجه ، دقت و اقدام فوری می توان از وقوع حادثه پیشگیری کرد (چون قابل اجتناب اند).

* **Near Miss:** نزدیک به خطا ، اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است .

Mistake: خطا براساس دانش ناکافی و مشکل علمی ، شکست در فرایندهای استنباطی ، نارسائی در ترجمه صحیح اطلاعات ، اشتباه در دستورالعمل ها ، خطای برنامه ریزی ، اشتباه در جنبه حل مسئله

Hazard: خطر ، به شرایطی اطلاق می شود که دارای پتانسیل رساندن آسیب و صدمه به کارکنان ، خسارت به تجهیزات ، وسایل و ساختمانها و از بین بردن مواد و کاهش قدرت کارایی در اجرای یک عمل از قبل تعریف شده می باشد

بعنوان مثال در مورد سقوط به عنوان یکی از خطاهایی که سبب آسیب به بیماران بستری در بیمارستان می شود توضیحاتی ارائه می شود:

سقوط:

سقوط بخش مهمی از آسیب های وارده به بیماران بستری شده می باشد. در ارتباط با این مسئله سازمان باید تسهیلات و خدماتی را برای مردم در نظر بگیرد و خطر افتادن بیماران را ارزیابی نماید. همچنین عملیاتی برای کاهش خطر افتادن و صدمات ناشی از آن به کارگیرد. ارزیابی می تواند شامل گرفتن سابقه سقوط (افتادن) بیمار و سابقه مصرف دارو باشد. همچنین بیماران از نظر وضعیت راه رفتن و حفظ تعادل، غربالگری و برای راه رفتن بیمار از کمک یا همراه استفاده گردد. سازمان می بایست فرآیندی برای ارزیابی اولیه خطر سقوط بیماران اجرا نمایند. این ارزیابی در حال حاضر در بیمارستان صورت می گیرد.

برخی از راهکارهای موثر پیشگیری از سقوط بیماران:

قرار دادن کارت هشدار در بالای تخت بیمار جهت شناسایی بیماران در معرض خطر (با استفاده از چک لیست مورس)، الصاق لیست افراد در معرض خطر در ایستگاه پرستاری و کاردکس بیمار و دستبند شناسایی بیمار باید در زمان معارفه بیمار با بیمارستان، فضای فیزیکی بخش و موقعیت مکانی فضاهای مورد نیاز بیمار به ویژه حمام و سرویس بهداشتی معرفی گردند.

در دسترس گذاشتن عینک یا سمعک بیمار

ترغیب کردن بیمار جهت منظم کردن برنامه سرویس بهداشتی

کاهش حجم مایعات دریافتی پس از شام (منطبق با رژیم درمانی بیمار)

تشویق بیمار جهت استفاده از دستگیره و محافظ قبل از ایستادن و راه رفتن

تشویق بیمار که قبل از راه رفتن اگر احساس گیجی می کند، کمی بنشیند

استفاده از Bed side، ارتفاع پائین تخت

در دسترس قرار دادن زنگ هشدار پرستار جهت بیمار در هر زمان

زنگ احضار پرستار کلیه تخت ها روزانه از نظر کارکرد مطلوب چک شوند.

دستگیره داخل حمام و دستشویی و زنگ احضار کنترل شوند.

قرار دادن بیماران با ریسک بالا نزدیک ایستگاه پرستاری

قرار دادن حداقل یک طرف تخت بیمار در کنار دیوار در صورت احتمال خروج از تخت و خطر ساز بودن

۹ راه حل ایمنی :

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

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می تواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد میشود. وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املا و تشابه نوشتاری میباشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو میشوند. این تشابه غالباً میتواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی میشود. فلسفه

ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تا زمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت مینماید. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده میشود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیبهای ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.

❑ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود

۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری

۲. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه

۳. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه.

۲- شناسایی بیمار

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی می شود. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از دستبند احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود. قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی دستبند احراز هویت بیمار را چک نموده و از بیمار در صورتی که هوشیار است نام وی را بپرسید. بطور مثال:

از بیمار/ همراه پرسیده شود: نام و نام خانوادگی شما/ بیمار شما چیست؟

از بیمار/ همراه بیمار پرسیده نشود: آیا نام و نام خانوادگی شما/ بیمار شما احمد محمدی است؟

به هیچ عنوان نباید شماره اتاق و تخت، مبنای شناسایی بیمار تلقی گردد.

در صورتی که بیمار آلرژی دارویی دارد جهت شناسایی این بیماران از دستبند قرمز رنگ استفاده می شود. محل مناسب بستن دستبند مچ دست بیمار می باشد که می بایست توسط پرستار/ منشی بخش بسته شود. پس از بستن دستبند به مچ دست بیمار بایستی درباره ضرورت بردست داشتن دائمی و لزوم مراقبت از دستبند شناسایی در تمام مدت بستری در بیمارستان به بیمار آموزش داده شود. اهمیت آن را به بیمار بگوئید: این دستبند وسیله شناسایی شما جهت مراقبت های درمانی است. مراقبت های درمانی شامل، گرفتن نمونه های آزمایشگاهی، دارودادن، تصویربرداری و اعمال جراحی.... است. زمان بازکردن دستبند شناسایی در آخرین مرحله ترخیص بیمار از بخش بستری و قبل از خروج بیمار از بیمارستان است.

نکته مهم: در صورت اعزام بیمار به سایر مراکز درمانی خارج از بیمارستان، به هیچ عنوان دستبند شناسایی بیمار از دست وی باز نشود.

۳ - ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخش 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 در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار، بدحال و فوت شده و

- از یک ارائه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
- از یک تیم ارائه کننده به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
- از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی، تخصصی
- از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحدهای پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، درخواست مشاوره برای بیمار می توان از ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران (SBAR) استفاده کرد. SBAR در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارد.

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.

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت:

مدیریت برنامه مراقبتی دارو دادن به بیمار که برای تضمین ایمنی بیمار شامل جداسازی الکترولیت های غلیظ از سایر داروهاست می باشد و بایستی برچسب های واضح و شفاف داشته باشند و دسترسی آنها جهت پیشگیری از حوادث زیانبار محدود شود.

این داروها با برچسب قرمز و فونت ۴۸ و جدا از داروهای دیگر نگهداری می شوند و لیست داروهای با هشدار بالا در دسترس بخش ها قرار دارد.

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی آرایه خدمات:

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل میتواند رخ دهد که بر اساس شواهد، هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱ / ۵ میلیون نفر میگردد و فقط در کشور امریکا تحمیل هزینه ای معادل ۳ / ۵ میلیون دلار تحمیل مینماید. بالغ بر ۵۶٪ خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع میشود. در ۴۶٪ مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/بیمارستان رخ میدهد. از طرفی واکنش ناخواسته دارویی که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که میتواند ناشی از تأثیر

متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد ۵۰٪ تا ۶۰٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیار حائز اهمیت است. تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی را افزایش میدهد. سن بیمار، شدت بیماری، ژنتیک، بیماریها، نقص عملکردی کبدی یا کلیوی، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تأثیرگذار بر بروز تداخلات دارویی هستند.

تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل میگیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسبترین دارو برای بیمار مینماید. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت مینماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/ داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام میشود.

داروهای که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند

۱. داروهای نسخه شده

۲. ویتامینها

۳. داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.

۴. مواد تشخیصی و کنتراست ها

۵. تغذیه مکمل

۶. فرآورده های خونی

۷. مایعات وریدی

۸. مواد غذایی

۹. داروهای گیاهی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار میتواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستانهای آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام میشود.

۷ - اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

تعبیه صحیح سوندهایی از قبیل کاتتر ادراری، برقراری راه وریدی چست تیوپ، لوله دهانی - معدی ، CVP LINE ، شالدون و غیره

- * در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم
- * تحویل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری
- * کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو یا انجام اقدام خاص
- * مشخص نمودن تاریخ تعبیه کتترها و اتصالات
- * وجود پانسمان و پوشش استاندارد برای کتترهای تعبیه شده با ذکر تاریخ انجام پانسمان یا پوشش

۸ - استفاده یکبار مصرف 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 و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه تحمیل مینماید.

ویروسهای منتقله از راه خون:

HBV: از طریق مواجهه بافت زیر پوستی و یا مخاطات با خون آلوده و یا ترشحات بدن مبتلا ممکن است به افراد سالم منتقل شود عفونت می تواند ناشی از مواجهه نامحسوس و از طریق خراشیدگی ها و یا زخمها و یا سطوح مخاطی اتفاق افتد. ۷ روز در دمای اتاق در روی سطوح در محیط زنده باقی می ماند. واکسیناسیون تمامی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بر علیه هپاتیت B الزامی می باشد.

HCV: از طریق مواجهه بافت زیرجلدی با خون آلوده منتقل می شود. انتقال آن به نسبت HBV کمتر است. HCV در محیط به مدت حداقل ۲۳-۱۶ ساعت زنده باقی می ماند انتقال بیماری از طریق خون آلوده به اثبات رسیده است

HIV: از طریق تماس جنسی و یا مواجهه با خون آلوده (انتقال خون و یا تزریقات غیرایمن) و سرسوزن و سرنگ مشترک بین معتادان اتفاق می افتد. ماندگاری HIV در محیط و قابلیت انتقال آن به نسبت HBV یا HCV کمتر است.

پیشگیری: حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیرایمن است. در برخی از کشورها ۷۰ درصد تزریقات غیر ضروری محسوب می شوند.

۹- بهبود بهداشت دست

بهداشت دست به عنوان شاخص کیفی ایمنی بیمار:

رعایت بهداشت به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از اولیه ترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیماران محسوب می شود.

پنج موقعیت مهم برای بهداشت دست:

استفاده از عدد ۵ یادآور ۵ انگشت هر دست است که نمی توانند مستقل از یکدیگر عمل کنند می تواند یادآور این مطلب باشد که مفاهیم مرتبط با بهداشت دست مانند انگشتان یک دست با یکدیگر پیوسته و هماهنگ هستند و نمی توانند به تنهایی و مستقل از یکدیگر عمل کنند.

(Before touching a Patient)

موقعیت ۱- قبل از لمس بیمار

(Before aseptic Procedure)

موقعیت ۲- قبل از انجام اقدامات درمانی (آسپتیک) برای بیمار

(Exposure risk body fluid After)

موقعیت ۳- بعد از مواجهه با مایعات بدن

(After touching a patient)

موقعیت ۴- پس از تماس با بیمار

(After touching patient surrounding)

موقعیت ۵- بعد از دست زدن به وسایل اطراف بیمار

موارد شستن دست با آب و صابون:

۱. دستها به صورت آشکار کثیف باشند.
۲. دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
۳. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفسیل (مثل شیوع اسهال) شستن دست با آب و صابون روش ارجح تر رعایت بهداشت دست محسوب می شود.
۴. بر اساس اجماع نظر کارشناسان، مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک، شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است.

نکته مهم:

"تمیز کردن ناقص دست باعث باقی ماندن آلودگی دست ها می شود"

در صورتی که دستها بصورت آشکار کثیف نمی باشند. ترجیحا " با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی بهداشت دستها را رعایت نمائید.

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران
۲. بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل از دست خود.
۳. قبل از دست زدن یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی بیمار. (صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر).
۴. بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن، غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران.
۵. در صورتی که حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت.
۶. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی).

روش Hand rub: ضد عفونی دست ها با مالش به یکدیگر: مدت زمان کل فرآیند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلولهای مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملا " خشک شوند آنها را به هم بمالید.

روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

روش صحیح شستن دست با آب و صابون: مدت زمان کل فرآیند ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است.

۱. در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.
۲. ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دست ها را با صابون بپوشانید.
۳. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را بهم بمالید.
۴. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته و بالعکس و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
۵. کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
۶. در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید.
۷. شست چپ (و بالعکس) را در میان کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رویه جلو و عقب بمالید.
۸. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.

۹. دستها را كاملاً آبكشی نمائید.

۱۰. با حوله پارچه ای یا كاغذ يكبار مصرف دستها را كاملاً خشك نمائید.

۱۱. با همان حوله یا دستمال كاغذی شیر آب را بسته و دستمال را در سطل آشغال بیندازید.

نکته مهم: با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلودگی یا میکرو ارگانیسم ها را گسترش می دهد، خشك کردن مناسب دست ها جزء لاینفك فرایند بهداشت دست است.

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایعترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانها محسوب می گردد.

تفكیک و كدبندی پسماندها :

پسماند عفونی: پسماندهای عفونی مظنون به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتری ها، ویروس ها، انگل ها و قارچ ها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، می باشند. این رده شامل موارد زیر می باشد:

* کلیه پسماندها یا آلوده به خون و فرآورده های خونی

* کلیه پسماندهای مربوط به آزمایشهای تشخیص طبی و تحقیقات پزشکی

* کلیه ترشحات و پسماندهای آلوده به ترشحات بیماران عفونی

* کلیه مواد و وسایلی که با بیمار عفونی تماس داشتند

* کشت های بیولوژیک و محیطهای کشت

* پسماندهای اتاق ایزوله

* پسماندهای بخش های دیالیز

* پسماندهای ناشی از جراحی و اتوپسی

* اعضاء و اندام های قطع شده و جنین

* جانوران آزمایشگاهی آلوده

* هر نوع اسباب یا مواد دیگری که در تماس با اشخاص یا جانوران آلوده بوده اند.

روش جمع آوری: کیسه زرد و سطل زرد با برچسب مخصوص پسماند عفونی

پسماندهای تیز و برنده: اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند

از: * سوزن * تیغ بیستوری * اسکالپ * شیشه های شکسته دارویی * چاقوی جراحی * ناخن بیمار * ست تزریق به همراه سوزن * اهر

روش جمع آوری: داخل سیفتی باکس استاندارد زرد رنگ با درب قرمز با علامت مخصوص پسماند تیز و برنده

پسماند شیمیایی - دارویی: پسماندهای شیمیایی - دارویی عبارتند از داروهای تاریخ گذشته، مصرف نشده، تفکیک

شده و آلوده، واکسن ها، مواد مخدر و سرم های حاوی داروهای شیمی درمانی که باید به نحو مناسب دفع شوند. این رده

همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها، قوطی های دارای باقیمانده داروهای

خطرناک، لوله های اتصال داروهای شیمی درمانی و شیشه (ویال) های داروها و همچنین ظروف مواد گندزدای مصرفی بوده

که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر می باشند.

روش جمع آوری: سطل سفید با کیسه قهوه ای و برچسب مخصوص

پسماندهای عادی یا شبه خانگی: پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، واحدهای اداری مالی، ایستگاههای پرستاری، باغبانی

روش جمع آوری: کیسه مشکی با سطل آبی و برچسب مخصوص

اقدامات فوری در صورت تماس با سر سوزن و دیگر اجسام تیز و برنده:

در صورت مواجهه با سوزن و اجسام تیز و برنده اقدامات ذیل را انجام دهید:

۱. شستشوی موضع صدمه دیده با آب و صابون
 - خودداری از مالش دادن موضع آسیب دیده
 - خودداری از مکیدن ناحیه آسیب دیده
 - عدم استفاده از محلول ضد عفونی کننده
۲. اطلاع فوری به مسئول / سرپرستار/مسئول شیفت
۳. اطلاع تلفنی به سوپروایزر کنترل عفونت، سوپروایزر دفتر پرستاری

سوپروایزر کنترل عفونت پس از نوع مواجهه و منبع آن راهنمایی های لازم را به عمل خواهد آورد.

Never Events (وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران):

وقایعی که هرگز نباید در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق بیافتند. بر اساس National Quality forum شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود.

الف) وقایع جراحی:

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار در حین عمل جراحی و هر پروسیجر دیگر
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامتی طبیعی
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی :

۱. مرگ یاناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۲. مرگ یاناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی
۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۲. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...).
۳. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،...
۲. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۳. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یاسزارین
۴. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۵. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۶. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیراصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

ه) وقایع مرتبط با محیط درمانی:

۱. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
۲. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر)
۳. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطلاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
۴. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیرکردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...)
۵. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله ، ...)

و) وقایع جنایی:

۱. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
۲. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
۳. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی
۴. ربودن بیمار

جراحی ایمن: بعلت اهمیت جراحی در بیمار صحیح و محل صحیح مراحل جراحی ایمن در ذیل شرح داده شد.

با تاکید بر سلامت کارکرد دستگاهها و تجهیزات بیهوشی، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی تلاش شده است تا سلامت و ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد. که در جهت کاهش اتفاقات ناخواسته، عوارض و مرگ و میر غیر ضروری ناشی از آن می باشد و هدف اصلی، بهبود و ارتقاء فرآیندها، اقدامات درمانی و مراقبتی در جهت افزایش ایمنی بیماران است.

مراحل چک لیست جراحی ایمن:

۱. مرحله زمانی قبل از بیهوش نمودن بیمار که تحت عنوان ورود بیمار نامیده می شود. در این مرحله شناسایی بیمار، علامتگذاری موضع عمل، تأیید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری جهت بیهوشی بیمار، اتصال پالس اکسی

متری به بیمار و صحت عملکرد آن، بررسی بیمار به لحاظ سابقه داشتن حساسیت، بررسی بیمار به لحاظ راه هوایی مشکل و خطر از دست رفتن بیش از 500 ml خون در بیماران بالغ و یا 7ml/mg خون در کودکان ارزیابی می‌گردد.

۲. مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از انجام برش جراحی که زمان انتظار نامیده می‌شود. در این مرحله، در صورت لزوم اعضای تیم جراحی خود را با نام و سمت به سایر اعضای تیم معرفی نمایند. قبل از برش جراحی توسط جراح، کلیه اعضای تیم جراحی حاضر در اتاق عمل نسبت به تأیید عمل صحیح جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح بیمار اقدام نمایند.

۳. مرحله زمانی حین و یا دقیقاً پس از بستن زخم بیمار تا خروج بیمار از اتاق عمل که خروج بیمار نامیده می‌شود.

اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

عنوان استاندارد: B2.1.1: پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و بیمار با حضور پرستار برگه رضایت نامه را امضاء می‌نماید

رضایت نامه: امضای مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هر گونه اقدام درمانی، از کلیه خطرات عمل، راههای درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک معالج آگاهی پیدا می‌کند.

برائت نامه: چنانچه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضو گردد در صورتی که پزشک بر اساس موازین عملی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست.

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

از فردی می‌توان رضایت آگاهانه اخذ نمود که شرایط ذیل را داشته باشد: رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد بنابراین وضعیت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است. با توجه به ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی، رضایت و برائت را باید اول از همه از خود بیمار اخذ نمود، مگر در افراد بیهوش، نابالغ و مجنون که باید از ولی آنها (که البته از نظر شرع مقدس اسلام منظور از ولی به ترتیب اولویت پدر، جد پدری، حاکم شرع و در شرایط خاص بستگانی از او می‌باشند) رضایت آگاهانه گرفت.

مادر در صورتیکه قیم نامه قانونی از دادگاه داشته باشد و حضانت فرزند بر عهده وی باشد می‌تواند رضایت دهد.

مواردی که لازم است توسط پزشک برای بیمار / بستگان توضیح داده شود: شیوه درمان و هدف از اقدام درمانی یا عمل جراحی مذکور، راههای تشخیصی یا درمانی جایگزین به‌طور کامل توضیح داده شوند. خطرات و پیامدها و عوارض جانبی ناشی از اقدامات تشخیصی، درمانی بطور کامل توضیح داده شوند. میزان احتمال موفقیت درمان پیشنهادی، احتمال نیاز به انتقال خون برای بیمار و عوارض احتمالی آن و سایر توضیحات که ممکن است برای آگاهی بیمار ضرورت داشته باشد

لیست اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی:

مداخلات تشخیصی درمانی تهاجمی و تمامی اعمال جراحی

هرگونه پروسیجر که انجام آن با انسزیون پوست توام باشد

هرگونه پروسیجر که انجام آن با بیحسی موضعی / بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.

تزریق هرگونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن

آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست

بیوپسی

پروسیجرهای قلبی

آندوسکوپی
پروسیجرهای لاپاراسکوپیک
پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی
پروسیجرهای درماتولوژی
پروسیجرهای تهاجمی چشمی
پروسیجرهای دهانی
اعمال تهاجمی جراحی کودکان
دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود
درمان الکتروشوک
رادیوتراپی در بیماران انکولوژی
سنگ شکنی
گذارن کاتتر ورید مرکزی
گذارن peg
لاواژ پریتون
تراکوستومی
اکوی ترانس ازوفازیال
شوک بیمار
کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتریال
پروسیجرهای تهاجمی ناباروری
بلوک درمانی عصب
ختنه
ترانسفوزیون خون
شیمی درمانی
دیالیز صفاقی و خونی
پلاسمافرز

استانداردهای ایمنی بیمار:

مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند.

- ۱- استانداردهای الزامی که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند.
- ۲- استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.
- ۳- استانداردهای پیشرفته استانداردهایی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار

ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می‌باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست

یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است

مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت‌ها به‌طور منظم برنامه بازدهی‌های مدیریتی ایمنی بیمار را به‌اجراء می‌گذارد

یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است

بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می‌نماید

بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می‌نماید.

بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می‌نماید.

بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین و ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون می‌باشد

جهت ارائه خدمات و مراقبت‌های درمانی، کادر بالینی حائز شرایط، توسط کمیته مربوطه به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می‌شوند

پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و بیمار با حضور پرستار برگه رضایت نامه را امضاء می‌نماید

قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی یا تجویز دارو یا انتقال خون و فرآورده های خونی، هویت کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسائی و احراز می گردد. (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد)

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی همواره آزاد پیش بینی کرده است

بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد

بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحد ها و بخش های پر خطر تضمین می نماید

بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خون ایمن اجراء می نماید

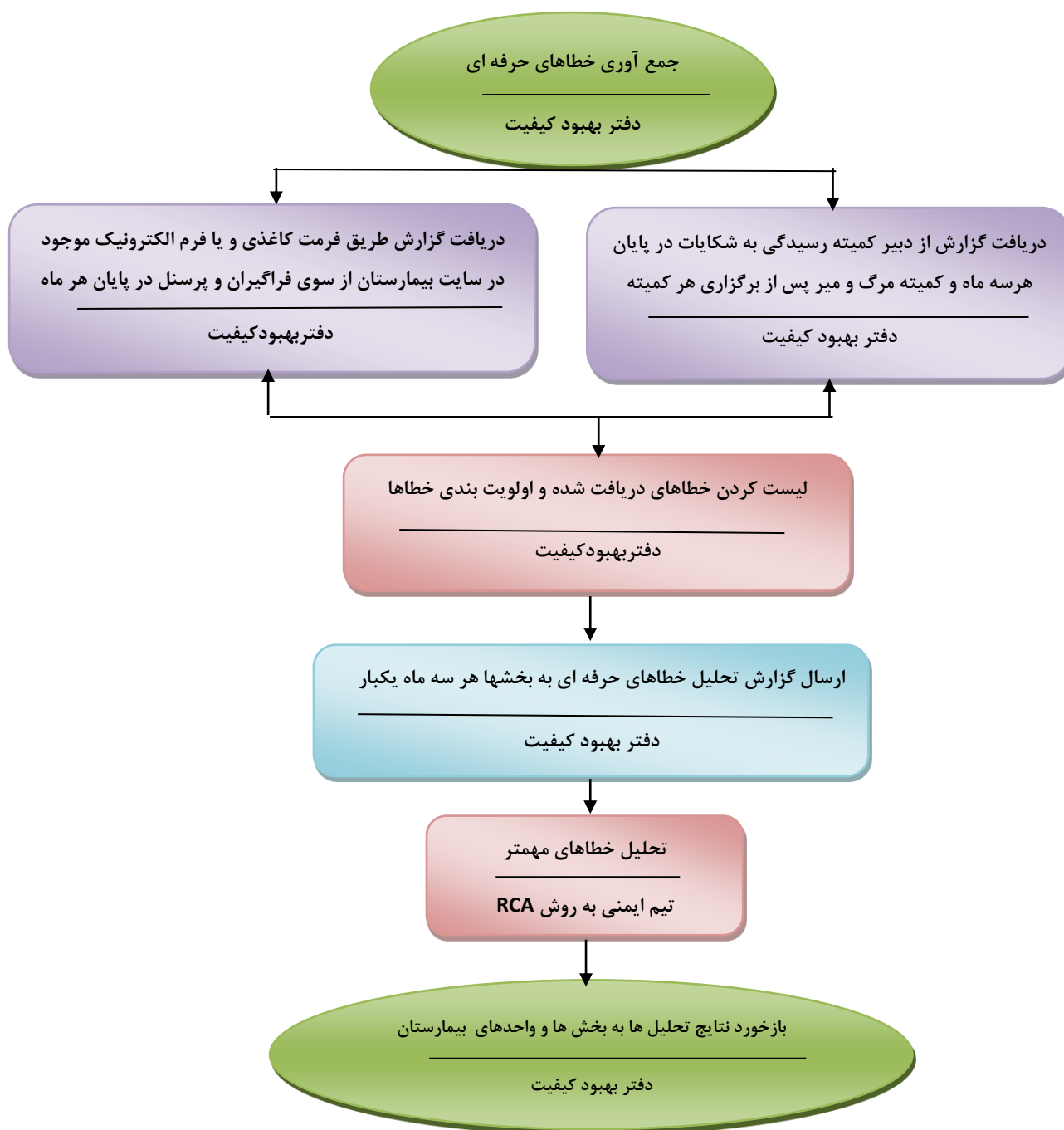
بیمارستان دارای روش های ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربال گری خون در مواردی مثل، HIV و HBV است.

بیمارستان در تمامی ساعات شبانه روز دسترسی به داروهای حیاتی را تضمین می نماید

بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماندها را از مبداء تفکیک و کد بندی رنگی می نماید

بیمارستان از راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید

فلوچارت ثبت، گزارش و تحلیل خطا



منابع:

۱. فرهنگ ایمنی بیمار. مستندات سخنرانی های ارائه شده در همایش ایمنی بیمار ۲۷-۲۸ فروردین ۹۱، تالار بیمارستان امام
۲. کتاب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار راهنمای ارزیابان، ویرایش دوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۹۱
۳. دستورالعمل تزریقات ایمن، ترجمه فرناز مستوفیان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آبان ۹۱
۴. راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران، ترجمه فرناز مستوفیان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرداد ۹۲
۵. بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی، ترجمه دکتر کیارش قزوینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۹۰
۶. دستور العمل استفاده از چک لیست جراحی ایمن، ترجمه فرناز مستوفیان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اسفند

۸۷

با آرزوی سلامت و موفقیت