

به نام یزدان پاک

آموزش بیست استاندارد الزامی ایمنی
بیمار



واحد ایمنی بیمار
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی
لرستان

ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است.



تدوین سند استراتژیک بیمارستان بر اساس یکی از روش ها و الگوهای شناخته شده علمی

مشارکت کارکنان و ذینفعان در تدوین سند استراتژیک

ویرایش و بازنگری سالانه سند استراتژیک بصورت سالیانه

وجود هدف کلان ایمنی بیمار در سند استراتژیک

تدوین برنامه عملیاتی ایمنی بیمار در راستای هدف کلان ایمنی بیمار

پایش مستمر برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و وجود مستندات و گزارشات ارائه شده به تیم مدیریت اجرایی

آگاهی کارکنان بیمارستان از برنامه عملیاتی ایمنی بیمار

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



رییس بیمارستان از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی بیمارستان تعیین نموده و حضور وی در شیفت صبح الزامی می باشد.

در ابلاغ صادره شرح وظایف درج شده است.

وجود رونوشت ابلاغ مسئول ایمنی در کلیه بخشها

فعالیت مسئول ایمنی بر اساس شرح وظایف ابلاغی

نظارت میدانی مسئول ایمنی بر روند پیشرفت برنامه عملیاتی، موانع پیشرفت و در

صورت لزوم هماهنگی با تیم مدیریت اجرایی

گزارشها و صورتجلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار



- ❧ ابلاغ رسمی تقویم بازدیدهای مدیریتی به بخشها و واحدها
- ❧ انجام بازدیدها مدیریتی ایمنی بیمار در فواصل زمانی قید شده
- ❧ شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار از زبان کارکنان در حین بازدید
- ❧ ارائه بازخوردهای فردی به افراد گزارش کننده شرایط تهدید کننده ایمنی از طریق نامه اداری و رونوشت به سایر واحدها جهت تشویق فرد گزارشدهنده
- ❧ برگزاری جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدیدکننده در بخش مربوطه
- ❧ مطرح نمودن نتایج بازدیدها در جلسات تیم مدیریت اجرایی و اقدام اصلاحی /برنامه های بهبود کیفیت بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی و پایش آن و ابلاغ نتایج بازدید به بخشها و آگاهی کارکنان از مصوبات

یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار منصوب گردیده است



- انتصاب یک نفر از پرستاران با سابقه کار بیشتر از ۵ سال در بخشهای بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- فعالیت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف ابلاغی به وی
- وجود رونوشت ابلاغ در بخشها و واحدهای مربوطه
- نظارت میدانی کارشناس هماهنگ کننده بر رعایت اصول ایمنی بیمار در بخشهای بالینی و غیر بالینی
- وجود گزارش بازدیدهای میدانی بصورت منظم به رییس بیمارستان و مسئول فنی ایمنی بیمار

کمیته مرگ و میر و معلولیتها



تصویب آیین نامه داخلی کمیته مرگ و میر توسط تیم مدیریت اجرایی

رعایت حداقلهای مورد انتظار در تدوین آیین نامه شامل شرایط تعیین

رئیس و دبیر کمیته، اعضاء دائم و موقت کمیته، برنامه زمانی و تواتر

جلسات، تعیین حداقل افراد برای رسمیت یافتن کمیته و...

برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر مطابق با برنامه تعیین شده

وجود ابلاغ برای رئیس، دبیر و اعضاء ثابت کمیته مرگ و میر

کمیته مرگ و میر و معلولیتها



- اطلاع رسانی دستور کار جلسه کمیته قبل از برگزاری جلسات به اعضا
- همخوانی و همسویی مصوبات کمیته با دستور کار جلسه و داشتن قابلیت اجرایی
- پایش منظم مصوبات کمیته مرگ و میر و مشخص نمودن دلایل عدم اجرای مصوبات انجام نشده
- برگزاری کنفرانسها و سمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن و به اشتراک گذاری درس آموخته ها با کارکنان در فواصل زمانی معین

فهرست تجهیزات ضروری



تعیین فهرست تجهیزات پزشکی ضروری مورد نیاز بخشها و واحدها توسط مسئولین بخشها و واحدها همراه با روش اجرایی تعمیر و سرویس و نگهداری

تأیید فهرست تجهیزات پزشکی ضروری مورد نیاز بخشها و واحدها توسط واحد مهندسی تجهیزات پزشکی

تعیین بخشهای پشتیبان در فهرست تجهیزات ضروری بخشها و واحدها

روشهای اجرایی استریلیزاسیون مجدد وسایل



تدوین روش اجرایی استریلیزاسیون کلیه تجهیزات پزشکی با قابلیت استفاده مجدد و عمل بر اساس آن

پایش و ارزیابی انجام روش فوق به طور مستمر

تأییدیه صلاحیت بالینی و مدارک تحصیلی کارکنان



کامل بودن پرونده کارگزینی پزشکان و تأییدیه مدرک دکترای

عمومی، تخصصی و فوق تخصصی

کامل بودن پرونده کارگزینی سایر پرسنل حرف بهداشتی و درمانی و

تأییدیه تحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

بررسی و بازبینی پرونده ای پزشکی



- ❧ شناسایی و تعیین فهرست اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش
- ❧ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجر از نحوه اتخاذ رضایت آگاهانه و موجود بودن سوابق آموزشی در این خصوص
- ❧ تکمیل صحیح فرم رضایت آگاهانه مطابق با فهرست پروسیجرهای مشخص شده
- ❧ تأیید بیماران در خصوص اینکه پزشک معالج توضیحات و فرصت کافی را جهت اخذ تصمیم گیری و مشارکت آنها در نحوه تشخیص یا درمان در اختیارشان قرار داده است.
- ❧ اندازه گیری شاخص اخذ رضایت آگاهانه مطابق با دستورالعمل مربوطه

روشهای شناسایی بیماران



آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران و گروه های پرخطر (نوزادان، سالمندان، بیماران کاهش سطح هوشیاری و...) در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی و موجود بودن سوابق آموزشی موجود

تعیین دو شناسه معین بر اساس دستورالعمل ابلاغی جهت شناسایی صحیح بیماران

شناسایی بیماران با استفاده از دستبند شناسایی توسط کارکنان بالینی و عدم استفاده از شماره تخت و یا اتاق

نظارت و پایش نحوه استفاده صحیح از دستبند و تعیین شاخص و برنامه عملیاتی

بررسی و بازبینی پرونده ای پزشکی



دارا بودن دستبند شناسایی جهت کلیه بیماران بستری در بخشهای بالینی، ویژه و اورژانس

ثبت نام پزشک و پرستار در تابلوی بالای سر بیمار

اگر دو بیمار دارای اسامی مشابه باشند از شناسه نام پدر و «هشدار بیمار دارای اسامی مشابه» استفاده می شود.

عدم وجود تابلو مشخصات بیماران در راهرو یا ایستگاه

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



تدوین لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با مشارکت پزشکان متخصص و
موجود بودن لیست در بخشهای مربوطه

آگاهی کلیه کارکنان از نحوه اعلام و اطلاع رسانی اضطراری مقادیر بحرانی و
وجود سوابق آموزشی مربوطه

وجود دفاتر ثبت نتایج بحرانی در کلیه بخشها و آزمایشگاه و منطبق بودن
مستندات مربوطه

وجود کانال ارتباطی آزاد جهت اطلاع رسانی

روش اجرایی اطمینان از اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک



- وجود روش اجرایی تدوین شده نحوه اطلاع رسانی نتایج تستهای معوقه به بیماران و آگاهی کلیه کارکنان از روش اجرایی (متولی اصلی این روش اجرایی واحدهای پاراکلینیک می باشند)
- طراحی نظام اجباری دفتر یا سیستم الکترونیک جهت ثبت زمان، تاریخ و روش اطلاع رسانی نتایج معوقه
- وجود آمار تستهای معوقه اطلاع داده شده به کل تستهای معوقه
- بررسی وضعیت علت وجود تست معوقه با همکاری گروه های مربوطه و گزارش به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان

ساختار سازمانی، شرح وظایف و مأموریت‌های کمیته پیش‌گیری و کنترل عفونت



- مشخص بودن جایگاه واحد کنترل عفونت در چارت سازمانی بیمارستان و داشتن شرح وظایف سازمانی
- طراحی کتابچه راهنما کنترل عفونت و آگاهی کارکنان از آن و موجود بودن سوابق آموزشی مربوطه
- تصویب آیین‌نامه داخلی کمیته توسط تیم مدیریت اجرایی
- رعایت حداقل‌های مورد انتظار در تدوین آیین‌نامه شامل شرایط تعیین رئیس و دبیر کمیته، اعضای دائم و موقت کمیته، برنامه زمانی و تواتر جلسات، تعیین حداقل افراد برای رسمیت یافتن کمیته و...
- برگزاری جلسات کمیته مطابق با برنامه تعیین شده
- وجود ابلاغ برای رئیس، دبیر و اعضای ثابت کمیته کنترل عفونت

ساختار سازمانی، شرح وظایف و مأموریت‌های کمیته پیش‌گیری و کنترل عفونت



- اطلاع‌رسانی دستور کار جلسه کمیته قبل از برگزاری جلسات به اعضا
- همخوانی و همسویی مصوبات کمیته با دستور کار جلسه و داشتن قابلیت اجرایی
- پایش منظم مصوبات کمیته کنترل عفونت و مشخص نمودن دلایل عدم اجرای مصوبات انجام نشده
- تعیین، پایش و ارزیابی شاخص‌هایی مانند میزان عفونت‌های بیمارستانی، تعداد مواجهات شغلی، بهداشت دست، وسایل حفاظت فردی و... توسط واحد کنترل عفونت و ارائه نتایج مربوطه در کمیته کنترل عفونت
- تدوین، اجرا و پایش اقدامات اصلاحی و یا برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج شاخص‌های تعیین شده در کمیته کنترل عفونت

بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر تضمین می نماید .



آگاهی کارکنان از دستورالعمل شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ابزار
و وسایل و منطبق بودن عملکرد آنان با دستورالعملهای مربوطه

مشخص بودن لیست محلولهای ضد عفونی کننده

آگاهی کارکنان مربوطه از نحوه استفاده از محلولهای ضد عفونی کننده و موجود
بودن سوابق آموزشی مربوطه

طراحی فرایند مشخص در خصوص تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون
مناسب کلیه تجهیزات با تأکید خاص بر واحدهای پرخطر و انطباق عملکرد
کارکنان بر اساس آن

بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها پرخطر تضمین می نماید



❧ جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، ترالی

کمد دار و کانتینرهای درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم

❧ آگاهی کارکنان از نحوه جابجایی استاندارد وسایل استریل و انطباق

عملکرد

❧ نگهداری و انبارداری تمام وسایل استریل شده بصورت جداگانه در

سطحی بالاتر از سطح زمین در قفسه با سطوح صاف

راهنمای خون و فراورده های خونی



- گواهی معتبر استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون
- گذراندن دوره آموزشی هموویتالانس جهت پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون مورد تأیید سازمان انتقال خون
- اخذ رضایت آگاهانه از بیمار قبل از تزریق خون و فراورده های خونی
- تکمیل صحیح فرمهای استاندارد درخواست خون و فراورده های خونی، نظارت بر تزریق خون و فراورده های خونی، پلاکت فرزیس و فرم نظارت بر تزریق پلاکت فرزیس
- بررسی دوره ای فرمها در فواصل زمانی معین و اقدام اصلاحی یا برنامه بهبود کیفیت جهت کاهش نواقص ثبتی

راهنمای خون و فراورده های خونی



- ❧ ابلاغ روش اجرایی مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون به بخشها و آگاهی و عمل کارکنان بر اساس آن
- ❧ تکمیل فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون و فراورده های خونی و ارسال آن به سازمان انتقال خون حداکثر به مدت ۴۸ ساعت بعد
- ❧ بررسی گزارش هرگونه عارضه خونی در کمیته انتقال خون و اقدام اصلاحی یا تدوین برنامه بهبود کیفیت بمنظور جلوگیری از وقوع مجدد آن و پیگیری و پایش اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت توسط کمیته انتقال خون
- ❧ تدوین شاخصهای مرتبط با تزریق خون و فراورده های خونی و طرح در کمیته انتقال خون

تضمین بیمارستان در خصوص دسترسی به داروهای حیاتی



تدوین فارماکوپه بیمارستان و ابلاغ به تمامی پزشکان و بخشهای بالینی

تدوین فهرست داروهای ضروری و حیاتی به تفکیک هر بخش

برچسب گذاری داروهای مشابه و پرخطر مطابق دستورالعملهای وزارتی

تدوین عوارض داروهای با هشدار بالا و برگزاری کلاس آموزشی جهت پزشکان و

پرستاران

بررسی تلفیق دارویی و دست خط پزشکان در بخشها و داشتن اقدام اصلاحی/برنامه

بهبود کیفیت در این خصوص و طرح در کمیته دارو و درمان بیمارستان

مدیریت دفع پسماند های بهداشتی و درمانی



- آگاهی و عمل کارکنان از دستورالعمل تفکیک در مبدا انواع پسماندها
- وجود امکانات و تسهیلات لازم مانند سطل و کیسه زباله رنگبندی جهت جمع آوری انواع پسماند و برچسب با مشخصات مندرج در ضوابط و روش اجرایی مدیریت پسماند پزشکی
- دارا بودن شرایط بهداشتی و فیزیکی مناسب جهت اتاق نگهداری موقت پسماند (تناسب حجم پسماند با مساحت اتاق، تهویه، نور و دمای مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب، وجود آب گرم و سرد و...) و رعایت زمان نگهداری پسماند در اتاق نگهداری
- آگاهی پرسنل خدمات مرتبط با امحاء از مراحل امحاء و بی خطر سازی و موجود بودن سوابق آموزشی

مدیریت دفع پسماند های بهداشتی و درمانی

عدم وجود ظروف نگهداری پسماندهای عفونی در اتاق بیماران و راهرو و سالنهای عمومی

جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی از بخش تا جایگاه موقت

آگاهی و عمل کارکنان از دستورالعمل بی خطر سازی و فعال بودن دستگاه امحاء

انجام تستهای مربوط به دستگاه امحاء در فواصل زمانی معین

رعایت نکات استاندارد ایمنی در اتاقک امحاء

نسبت پسماند عفونی به کل پسماند شبه خانگی اندازه گیری می شود و جهت کاهش

نسبت آن و نزدیک شده با استاندارد بین المللی برنامه وجود دارد.