

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

شبکه بهداشت و درمان شهریار

بیمارستان امام سجاد(ع)

مجموعه توجیهی آشنا سازی کارکنان

جدیدالورود

با شرایط عمومی بیمارستان

در راستای استقرار استانداردهای اعتباربخشی

تهیه و گردآوری:

آقای رحمت اله معماری مدیر ومسول دفتر بهبود کیفیت

خانم فاطمه رضائی دبیر کمیته بحران وبلایا

خانم زهرا نوغانچی پرستار کنترل عفونت

خانم فاطمه حسینی فرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و خطر

خانم فاطمه صادقی گیرنده حقوق خدمت

آقای مهندس اسماعیل باقری کارشناس بهداشت حرفه ای

اعضای دفتر بهبود کیفیت

تاریخ تدوین : خرداد ۱۳۹۲

تاریخ بازنگری اول : اردیبهشت ۱۳۹۳

تاریخ بازنگری دوم : اردیبهشت ۱۳۹۴

تاریخ بازنگری مجدد : اردیبهشت ۱۳۹۵ و در صورت نیاز



فهرست مطالب :

معرفی کلی بیمارستان رسالت - چشم انداز

ویژگی فرهنگی مردم منطقه

حقوق گیرنده خدمت

ایمنی بیمار

مدیریت خطر

برنامه کنترل عفونت

موضوعات آتش نشانی

مدیریت بحران

سلسله مراتب سازمانی

قوانین و مقررات اداری (مرخصی ها- حقوق و مزایا - پاداش و اضافه کار- روند ارتقاء شغلی و...)

آشنایی مقدماتی با بیمارستان امام سجاد(ع)

نام بیمارستان : امام سجاد (ع) شهریار-آدرس بیمارستان : شهریار خ ولیعصر جنب شهرداری - کد پستی : ۳۳۵۱۶۳۶۴۳۴

شماره تلفنهای مرکز: ۵-۶۵۲۲۶۰۴۱ شماره نمابر : ۶۵۲۲۳۲۵۷-۰۲۱ تلفن گویا : دارد

نوع تخصص بیمارستان : عمومی - نوع فعالیت : درمانی (عمومی - زایشگاه) نوع مالکیت: دولتی

بخشهای و واحدهای فعال :

زنان وزایمان، اورژانس ، سی سی یو ، داخلی ، اتاق عمل- جراحی ، همودیالیز ، آی سی یو ، درمانگاههای تخصصی ، واحدهای آزمایشگاه ، رادیولوژی ، سونوگرافی ، تست ورزش ، اکوکاردیوگرافی می باشد .

آخرین درجه ارزشیابی بیمارستان : یک - مساحت زمین : ۶۰۰۰ متر مربع- مساحت زیر بنا تا تاریخ ۸۶/۴/۱۰ : ۸۳۵۰ متر مربع

- تاریخ تاسیس : ۱۳۷۲ - تعداد طبقات ساختمانی : سه طبقه - تعداد دو درب ورودی - محل فرود بالگرد : ندارد

-تعداد تخت مصوب : ۲۰۷ - تعداد تخت فعال : ۱۲۸ - میانگین درصد اشغال تخت در سال قبل : ۷۶٪

پست الکترونیک : sajadhosp.sh@iums.ac.ir

سایت مرکز : www.iums.ac.ir

این مرکز دارای دو درب اصلی می باشد درب اورژانس (خیابان طالقانی) و درب ورودی به بخش های بستری بیمارستان (خیابان ولی عصر) که فعال می باشند به لحاظ مسائل ترافیکی ، الزاماً بیماران این مرکز از درب خیابان طالقانی که مشرف به اورژانس بوده وارد می شوند.

بیمارستان امام سجاد(ع) زیر مجموعه ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و تحت نظر شبکه بهداشت و درمان شهریار و به منظور تامین و ارتقاء سطح سلامت شهروندان در حال ارائه خدمات درمانی می باشد. در شکل گیری و رشد و شکوفایی فعالیت های درمانی بیمارستان در طول این چند سال تلاش و کوشش شبانه روزی مسئولین و پرسنل بسیار چشمگیر بوده است. در حال حاضر با ۲۰۷ تخت مصوب و ۱۲۸ تخت فعال در حال خدمت رسانی به شهروندان محترم می باشد. برای افزایش فضای مورد نیاز، طرح توسعه با ۴ طبقه و بخشهای اطفال ، سی سی یو، آی سی یو ، اتاق عمل و تصویر برداری که از سال ۱۳۸۳ شروع و در حال ساخت می باشد.

ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه :

شهرستان شهربار، شهرستانی است در غرب استان تهران. مرکز آن شهر شهربار است که قبلاً علیشاه عوض گفته می شد. این شهرستان تا سال ۱۳۶۸ به عنوان یکی از بخش های بزرگ شهرستان کرج به شمار می آمد و از سال ۱۳۶۴ براساس مصوبه هیات دولت به عنوان شهرستان مستقل شناخته شده و از لحاظ سیاسی دو بخش مرکزی و رباط کریم تقسیم گردید. با گذشت کمتر از یک دهه در سال ۱۳۷۶ بخش رباط کریم براساس مصوبه ای دیگر به عنوان یک شهرستان مستقل شناخته شد و از شهربار منفک گردید. در سال ۱۳۸۸ طی مصوبه هیئت وزیران شهرستانهای قدس و ملارد از این شهرستان جدا شدند.

نمایی از ورودی اندیشه (شهر)



تقسیمات کشوری

اینک شهرستان شهربار متشکل از یک بخش، ۷ شهر، ۶ دهستان، ۳۹ روستای دارای سکنه به شرح ذیل است.

شهرها عبارتند از ؛ ۱- شهربار ۲- اندیشه ۳- باغستان ۴- فردوسی ۵- وحیدیه ۶- صباشهر ۷- شاهدشهر

دهستان رزکان شامل ۱۱ روستا- دهستان حصارزیرک شامل ۸ روستا - دهستان قائم آباد شامل ۱ روستا - دهستان سعیدآباد شامل ۴ روستا - دهستان مویز شامل ۲ روستا- دهستان جوقین شامل ۱۳ روستا

جمعیت این شهرستان در سرشماری سال ۱۳۸۵ برابر با ۵۷۰۳۷۱ نفر بوده است. که حدود ۶۰ درصد جمعیت آن در گروه های سنی زیر ۲۴ سال قرار گرفته اند

شهرستان شهربار به عنوان یکی از سرریزهای جمعیتی شهر تهران عمل می کند و با معضل مهاجرت بی رویه و رشد بالای جمعیت روبروست. رشد ۸ درصدی جمعیت شهرستان به عنوان یک معضل اجتماعی مطرح است. طی سال های ۷۵-۱۳۶۵ خورشیدی حدود ۳۰۰ هزار نفر مهاجر به شهرستان شهربار وارد شده اند.

رسالت :

بیمارستان در راستای چشم انداز بیست ساله و سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران و در جهت نیل به اهداف متعالی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران و شبکه بهداشت و درمان شهرستان، باتکیه بر استانداردهای سطح بالای مراقبت، مسئولیت و پاسخگویی برای استانداردهای مذکور و بهبود مستمر کیفیت، مسئول ارائه خدمات تشخیصی و درمانی عادلانه به شهروندان محترم می باشد.

دورنما (Vision) :

ارتقاء مستمر کیفیت ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیماران و کسب رتبه اول در بین بیمارستانهای شهرستان استان تهران

اعتقادات و باورها (ارزشها) :

دسترسی عادلانه به خدمات - پایبندی به اصول ارزشها و کرامات انسانی و حقوق بیمار

پایبندی به اصول علمی و استاندارد های ارائه خدمات- ارائه خدمات موثر و کارآمد

تمرکز بر سه محور فرآیند نگری ، مشتری مداری و ارتقاء مستمر با هدف افزایش رضایتمندی ذینفعان

این مرکز با بیش از ۱۵۰ هزار مراجعه کننده اورژانس در سال که تنها دارای ۴۰۰ کارمند می باشد . باتکیه بر توانمندیها، دانش، تخصص و تجربیات موفق کارکنان و با استفاده از امکانات و فن آوری نوین در راستای بهبود مستمر خدمات تشخیصی درمانی ، همسو با سیاستهای کلان دانشگاه، مصمم به استقرار و حفظ حاکمیت خدمات بالینی بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی می باشد تا با صیانت از ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و باحفظ سرمایه های ملی و حفاظت از محیط زیست ،موجبات افزایش رضایتمندی بیماران ،کارکنان و شهروندان را فراهم آورد .

انتظار این است که مسئولین همه بخشها، با مسئولیت پذیری، مسیر حرکت تیم خود را در راستای اهداف و استراتژی های بیمارستان تنظیم نموده و با بازنگری دوره ای فرآیندها، از بهبود مستمر خدمات در تمامی امور جاری اطمینان حاصل نموده و در اجرای استراتژی ها و استفاده از سیستم های مدیریت کیفیت ،کلیه همکاران با حداکثر توان علمی و رفتار شهروندی ممتاز خود در اجرای دقیق قوانین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سایر قوانین کشوری متعهد و کوشا باشند .

دکتر مسعود میرزائی

رئیس بیمارستان

رعایت حقوق گیرندگان خدمت :

- بیمارستان به گیرنده ی خدمت در خصوص نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان اطلاع رسانی می نماید.
- بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده ی خدمت درباره ی خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیر درمانی - هزینه های قابل پیش بینی - بیمه طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن همچنین سیستم های حمایتی اطلاع رسانی می نماید.
- در موارد اورژانس، بیمارستان بدون توجه به تأمین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می دهد- و در صورتی که ارائه خدمات مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد، پس از ارائه خدمات سلامت ضروری، زمینه ی انتقال را به واحد مجهز فراهم می نماید.
- از گروههای آسیب پذیر از جمله (کودکان- زنان باردار - سالمندان- بیماران روانی و...) به طور مناسب حمایت می نماید.
- بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده ی خدمت، گروه درمانی و افراد مجاز از طرف گیرنده ی خدمت می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
- خدمات سلامت با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه شود.
- باید شرایط به صورتی باشد در کلیه بخش ها بخصوص بخش های ویژه از پرسنل همگن استفاده شود.
- همچنین تابلوی منشور حقوق گیرنده خدمت که در بخش ها نصب شده شامل موارد زیر می باشد:
(دریافت مطلوب خدمات، حق بیمار است.
- (اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- (حق آزادانه در انتخاب و تصمیم گیری و دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- (ارائه خدمات سلامتی باید مبنی بر اقدام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری می باشد.
- (دسترسی به نظام کارآمد، رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

ایمنی بیمار

- (۱) هدف :** ارتقاء اصلاحات مشخص در ایمنی بیماران در راستای زمینه های مسئله ساز در مراقبت از سلامتی برای طرح درست و بی نقص سیستم که ذاتاً مراقبت از سلامتی ایمنی و با کیفیت بالا رابه دست می دهد.
- (۲) دامنه کاربرد :** در کلیه بخشهای بستری و واحدهای پذیرش، بهداشت محیط ، داروخانه و انبار کل کاربرد دارد.
- (۳) تعاریف :**
- آلودگی :** وجود عاملی عفونی بر روی سطحی متحرک یا غیر متحرک
- خطای دارویی :** هر گونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن ایمنی بیمار شود.
- ایمنی :** درجه و میزانی که براساس آن ، ساختمان های سازمان ، محوطه ها و تجهیزات ، موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران ، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشوند.
- عوارض جانبی :** تاثیر دارو شناختی یک دارو ، معمولاً به صورت ناسازگار ، به جز آن چه داروبرای آن تجویز شده است.
- انتقال :** جابجایی رسمی مسئولیت مراقبت از بیمار از (۱) یک واحد مراقبتی به واحد دیگر، (۲) از یک خدمات بالینی به خدمات بالینی دیگر، (۳) از یک پزشک واحد صلاحیت به پزشک دیگر، (۴) از یک سازمان به سازمانی دیگر

نه (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. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیژر 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 صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

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

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 قرار دهند. 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 پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

در خصوص دارو های باغلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برجسب جداگانه مشخص شده باشد.

رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین 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 نماید.

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) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

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 خطا ها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار، کارت شناسایی ، تاریخ تولد ، مچ 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 یا مچ بند جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

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

۲) دستبند های شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است . این دستبندها در بدو پذیرش بیماران اتفاقات 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 دستبند نوشته خواهد شد.

۳) صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی 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 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 ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۶) بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی 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 را از بازوی یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی 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 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 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 شیفت های عصر و شب در هنگام تغییر و تحویل بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی 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 دستبند 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 به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۵) در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجر های 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 ، فیزیوتراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات ، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی 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 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 فوریت های 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 بیمار 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 تری اژ ، پرسنل فوریت، تحت نظراورژانس ، پزشک اسکرین ، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه ، داروخانه ، اکو، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و... است.

ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد.

پرسنل محترم پذیرش موظفند به سئوالات 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 ، دستبند شناسایی و پمفیلت اصول ومقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود.

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.

ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سخت تر 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.

در هنگام انتقال بیمار از بخش اورژانس به بخشهای بستری نیز کلیه موارد فوق از طرف پرستاران بایستی رعایت گردد . نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اتفاقات و 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 شرایطی می باشند.

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 کارت های 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 پروستیزر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

این مسئله به خصوص در اتاق عمل بسیار با اهمیت است لذا در صورت تصویب از چک لیست جراحی ایمن استفاده خواهد شد و در ضمن بخش ها نیز قبل از فرستادن بیمار به اتاق عمل باید تدابیر پیشگیرانه اتخاذ نمایند.

محل عمل به درستی طبق دستورپزشک مشخص شود.

محل عمل با پرونده بیمار ، ابراز خود بیمار ، شرح حال بیمار و تشخیصهای پرستاری صحت گذاشته شود.

در صورت امکان محل عمل علامت گذاری شود.

محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل و یا اتاق تریتمنت توسط پرستارمسئول بازبینی و صحت گذاری شود.

فرآیند اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارد عبارتند از:

علامت گذاری محل جراحی.

فرآیند تایید پیش از عمل.

یک زمان استراحت (یک وقفه، درست پیش از اجرای جراحی یا روش دیگر در زمانی که هرگونه پرسش و پاسخ داده نشده یا سردرگمی در مورد بیمار، روش ، محل عمل، توسط تیم جراحی یا اجرای روش رفع می شود) که فوراً پیش از شروع یک روش منظور می شود.

علامت گذاری روی محل جراحی، بیمار را دخالت داده و بانسانه ای بدون ابهام انجام می شود. نشانه می بایست در کلیه بخشها به صورت یک دست به کار رود. باید توسط کسی که اجرای روش را به عهده دارد انجام شود، باید در صورت امکان هنگامی که بیمار بیدار و به هوش است صورت بگیرد و می بایست پس از اینکه بیمار آماده عمل شد، قابل رویت باشد. محل عمل در تمام موارد علامت گذاری می شود، شامل محل جانبی و کناری، ساختارهای چندگانه (انگشتان دست و پا ، جراحات) سطوح چندگانه (ستون فقرات).

مقصود از فرآیند تایید پیش از عمل این است که :

تایید محل ، روش و بیمار صحیح.

حصول اطمینان از این که تمام مدارک ، تصویرها و تحقیقات مرتبط در دسترس هستند، به صورت مناسب برچسب زده شده اند و در معرض دید قرار دارند.

تایید اینکه تمامی تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت ها implants آماده هستند.

وقت استراحت فرصتی است تا هر پرسش بی جواب یا سردرگمی و بی نظمی حل و فصل شود . وقت استراحت در همان

مکان اجرای کارتی می شود؛ درست پیش از شروع کار و با شرکت تمامی اعضای تیم جراحی باید صورت گیرد و از چک

لیست جراحی ایمن برای کلیه بیماران استفاده 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 ۲ meq/ml یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم ؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ 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 دربخش 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 ورقیق 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.

۶-۴) 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.

۷-۴) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

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 سایز ، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۸-۴) استفاده صرفاً یکبار 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 - سرسوزن 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 بشویید 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 بشویید.
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 بخش‌های 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 صورت 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 میکروارگانیسم ها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یامهار 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 بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا 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.

مدیریت خطر :

آمار حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های نظام سلامت به خصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمان های بهداشتی - درمانی به عنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثر بخش مدیریت ریسک(مدیریت خطر) جهت شناسائی نقایض سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

-تعریف: انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسائی، ارزیابی، کاهش خطرآسیب به بیماران و ملاقات کنندگان و کارکنان

ضرورت های مدیریت ریسک :

- در تمامی اقدامات سازمانی امکان تصمیم گیری متعدد است.
- شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف متفاوت است.
- عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است.
- وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی است.
- درجه پیچیدگی سازمان ها و میزان تعامل آنها با محیط با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد.

علل نیاز به مدیریت ریسک:

- افزایش منبع شکایات- ادعاها و شکایت های قانونی
- بررسی رضایت بیماران، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد.
- تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد.
- افزایش ایمنی بیمار
- افزایش انتظارات بیماران و کارکنان
- فشارهای رقابتی در بازار سلامت
- فشار مداوم هزینه های داخلی
- ارائه خدمات مطلوب توسط بیمارستان ها

چهار روش مدیریت ریسک:

- | | |
|--|-------------------|
| (۲) به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر | (۱) اجتناب از خطر |
| (۴) پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر | (۳) انتقال خطر |

۷. عرصه برای فرایند مدیریت ریسک:

-زمینه سازی-شناسائی خطر-تحلیل خطر-ارزیابی خطر-استراتژی جهت کاهش-حذف و یا انتقال ریسک-بررسی و نظارت مداوم-ارتباط مؤثر و مشاوره

به طور کلی مدیریت خطر شامل موارد زیر می باشد که جهت جلوگیری از بروز خطا و خطرات احتمالی در نظر گرفته می شود:

۱. انجام تحلیل ریشه ای وقایع در پرونده مرگ های که با صلاحدید کمیته مرگ و میر انتخاب شده اند.
۲. انجام تحلیل ریشه ای وقایع در پرونده موربیدتی که با صلاحدید کمیته مرگ و میر انتخاب شده اند.
۳. ارزیابی حسن انجام پرونده نویسی و ثبت گزارش وضعیت بیماران در پرونده ها
۴. بررسی اتفاقاتی که برای بیماران رخ می دهد
۵. شناسایی کارایی افراد
۶. ایجاد شرایط کاری سالم و ایمن
۷. بررسی عفونت بیمارستانی
۸. بهبود مستمر کیفیت خدمات پزشکی و تخصصی
۹. برنامه ریزی جهت اصلاح نواقص بیمارستان
۱۰. بررسی و ارزیابی مستمر فضای فیزیکی
۱۱. پیشگیری از خطرات احتمالی برای بیماران و پرسنل

کنترل عفونت

اهمیت کنترل عفونت

کیفیت مهار عفونت در مراکز درمانی انعکاسی از مراقبت های استاندارد آن موسسه می باشد. برنامه مناسب مهار عفونت میزان عفونت های بیمارستانی، طول مدت بستری و هزینه های بیمارستانی را تقلیل می دهد.

عفونت های بیمارستانی

تعریف: عفونت هایی هستند که بیمار در زمان بستری به آن مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نبوده است در

طول بستری بودن بیمار در بیمارستان از محیط بیمارستان به بیمار منتقل می شود و علائم و نشانه های آن حداقل بعد

از ۴۸ تا ۷۲ ساعت یا بیشتر پس از بستری شدن بیمار ظاهر می شود

زنجیره عفونت:

ارگانیزم بیماری زا- مخزن ارگانیزم موجود-راه خروج ارگانیزم از مخزن-راه خروج ارگانیزم از مخزن-میزبان مستعد
ابتلا-راه ورود ارگانیزم به میزبان

واکنش بدن به عوامل عفونی

• ایمنی مادر زادی

• ایمنی اکتسابی:

ایمنی فعال: -واکنش به تهاجم موجود عامل عفونی مثل ابتلا به سرخک

- واکسیناسیون

ایمنی غیر فعال: -انتهی بادی ساخته شده مثل ایمونوگلوبولین-انتهی توکسین-انتهی سرم

طبقه بندی عفونت های بیمارستانی:

۱- عفونت های ادراری : شایعترین نوع می باشند(۸۰٪)

۲- عفونت های محل جراحی

۳- پنومونی بیمارستانی

۴- باکتری می بیمارستانی(۵٪) با میزان مرگ و میر بالا

سایر عفونت ها:

گاستروانتریت، عفونت پوست، سینوزیت و.....

اصول احتیاطات استاندارد

در صورت تماس با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بدن به جز عرق، پوست آسیب دیده و مخاطها رعایت موارد زیر ضروری است:

- پوشیدن دستکش
- استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده شدن یا پخش خون یا مایعات بدن وجود دارد،
- دفع سر سوزن و وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم، عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز،
- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست در فواصل تماس بین بیماران

شستشوی دست ها

- ملحفه و لباس های آلوده بیمار بدون ایجاد گرد و غبار جمع آوری شوند.
- تمام وسایل نوک تیز و سرسوزن ها بدون در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی جمع آوری شوند.
- ایزولاسیون بیماران در صورت لزوم
- جمع آوری صحیح پسماندها

زمانی که خون یا مایعات خونی در مکانی می ریزد، اقدامات لازم به ترتیب عبارتند از:

- پوشیدن دستکش و در صورت لزوم سایر پوشش های محافظ دیگر
 - برداشتن مواد قابل جمع آوری با دستمال دارای قابلیت جذب
 - شستشوی محل با آب و شوینده ها
 - ضد عفونی محل با محلول ۵٪ در صد هیپوکلریت سدیم رقیق شده با اب (به نسبت یک به ۱۰)
- آموزش مداوم احتیاط های استاندارد به تمام کارکنان بهداشتی و درمانی

وسایلی که بیماران با آن سروکار دارند به سه دسته تقسیم می شوند:

- بحرانی:** وسایلی که با بافت یا سیستم عروقی سروکار دارند. این وسایل باید استریل شوند.
- نیمه بحرانی:** وسایلی که با مخاط تماس پیدا می کنند. گندزدایی در سطح بالا (واایتکس ۱/۵ غلظت به مدت ۱۰ دقیقه یا ۱/۵۰ به مدت ۲۰ دقیقه و الکل ۷۰٪ به مدت ۱۰ دقیقه) و یا محلول های مورد استفاده در بیمارستان با تایید تیم کنترل عفونت
- غیر بحرانی:** در حالت عادی نیاز به پاک کردن دارند. گندزدایی در سطح پایین (شستشو با دترجات ها)

استرایلیزاسیون:

تعریف: نابودی تمامی اشکال میکروارگانیسم ها

استرایلیزاسیون با روش های فیزیکی و شیمیایی امکان پذیر است.

استرایلیزاسیون فیزیکی: مرطوب (در معرض بخار آب اشباع شده) و خشک (در معرض دما)، نسبت به روش مرطوب از ضریب اطمینان کمتری برخوردار است.

استرایلیزاسیون شیمیایی با استفاده از اکسید تایلند و فرمالدئید

ضد عفونی کردن:

تعریف: حذف تقریباً تمام ارگانیسم های بیماریزای قابل تشخیص ولی لزوماً شامل تمام فرمهای میکروب ها (مثل اسپورهای شدیداً مقاوم باکتریها) نمی شود. ضد عفونی با بکاربردن مایعات شیمیایی یا پاستوریزه کردن مرطوب کامل می شود.

ایزولاسیون**دسته بندی انواع ایزوله:****۱- ایزوله کامل**

دیفتری، ابله مرغان

۲- ایزوله تماسی

عفونت حاد تنفسی، پنومونی، سرخچه، سوختگی

۳- ایزوله تنفسی (ایزوله سلی)

سرخک، مننژیت، سل، اوریون، سیاه سرفه

۴- ایزوله گوارشی

وبا، اسهال

۵- احتیاط مربوط به ترشحات

زخم بستر کوچک- ورم ملتحمه- زخم عفونی کوچک

۶- احتیاطات مربوط به خون و مایعات بدن

اینز- هیپاتیت B- مالاریا- سیفلیس اولیه و ثانویه-

هدف از آماده سازی اتاق ایزوله:

- محدود کردن عفونت
- جلوگیری از انتشار عامل بیماری زا
- ایزوله کردن بیمار

احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها

۱ رعایت این نوع احتیاط باید با رعایت اصول احتیاط استاندارد توأم گردد.

بر اساس راه انتقال عفونت سه نوع احتیاط وجود دارد:

۱ هوا (airborn)

۱ قطرات (droplet)

۱ تماس (contact)

Airborn احتیاط هوایی

احتیاط هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماریهایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچک تر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی بکار میرود.

۱ سل ریه یا حنجره

۱ سرخک

۱ ابله مرغان یا زونای منتشر

۱ (مشکوک به عفونت یا عفونت قطعی و اثبات شده)

اصول احتیاط هوایی:

- بستری در اتاق ایزوله ترجیحا با فشارهوای منفی
- محدودیت جا به جایی بیمار و قیل از ترک اتاق بیمار باید ماسک استاندارد بیوشداستفاده از ماسک n95 برای افرادی که وارد اتاق میشوند
- بستن درب اتاق بیمار

(droplet.p) احتیاط قطرات

- برای جلوگیری از انتقال ایروسول های درشت(قطره)
- به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی ماند و تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت یا سرفه یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن ایجاد میشوند.
- انفلوانزا اوریون سرخچه مننگوکک پنومونی سیاه سرفه

اصول رعایت احتیاطات قطرات

- بستری در اتاق ایزوله(اقدام خاص برای کنترل هوا لازم نیست). (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود)
- درب میتواند باز بماند.
- در صورت کار کردن در فاصله یک متری استفاده از ماسک
- استفاده از گان و دستکش بر اساس احتیاطات استاندارد
- در صورت انتقال و جابه جایی بیمار به خارج ا ایزوله بیمار باید ماسک بپوشد

احتیاط تماسی

- برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم(تماس با اشیا و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند
- عفونت منتقله از راه مدفوعی دهانی (شیگلا، هپاتیت a) در بیمارانی که بی اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می کنند.
- بیماران دچار عفونت با باکتری های مقاوم به چند دارو
- بیماران اسهال حاد

اصول احتیاطات تماسی

- بستری در اتاق ایزوله. (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص میتوان آنها را در یک اتاق بستری نمود)
- استفاده از وسایل حفاظت شخصی
- شستن دست
- وسایل غیر بحرانی مرافبت از بیمار باید در اتاق ایزوله بماند
- انتقال و جابه جایی بیمار باید به حداقل برسد.

**بهداشت دست**

- از طریق شستن دست ها به طریق صحیح خطر انتقال عفونت ها به حد اقل میرسد
- پوست طبیعی انسان با باکتری ها کلونیزه شده است
- پوست به طور عمده ۲ نوع فلور موقت و دائم دارد.
- فلور موقت: ECOLI-پسودومونا ایروژینوزا لایه سطحی پوست را پوشانده و توانایی بیماری زایی بالا دارد
- فلور دائم پوست: استاف کواگولاز منفی- کورینه باکتریوم توانایی بیماریزایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله مهاجمی بداخل بدن فرو روندوبه سختی به طریق مکانیکی (شستن معمولی دست) از بین میرود

مدت زمان شستشوی دست با محلول ضد عفونی: ۳۰ ثانیه

میزان محلول لازم: ۳ سی سی

کیفیت مهار عفونت در مراکز درمانی انعکاسی از مراقبت های استاندارد آن موسسه می باشد. برنامه مناسب مهار عفونت میزان عفونت های بیمارستانی، طول مدت بستری و هزینه های بیمارستانی را تقلیل می دهد.

پسماندهای بیمارستانی

تعریف: به کلیه مواد زائد، بیولوژیک یا غیر بیولوژیکی که دور ریخته می شوند و دیگر کاربردی در بیمارستان ندارند گفته می شود. انواع پسماندها:

عفونی، تیز و برنده، دارویی و ...

- عفونی (جراحی و نمونه برداری، وسایل بیماران عفونی، همودیالیزی، ایزوله و...) این نوع پسماندها باید براساس قوانین بین المللی در کیسه های زرد رنگ با برچسب جمع آوری شوند.
- زباله های نوک تیز باید در ظروف خاص ضد سوراخ جمع آوری شوند و برچسب هشداردهنده با ذکر تاریخ و نام بخش بر روی آن نصب شود.
- زباله های شیمیایی دارویی باید در سطل قهوه ای با کیسه زباله قهوه ای ریخته شود (مانند ویالها- پوکه های امپول، سرم های تاریخ گذشته، ترمومتر شکسته)

در صورت ریختن خون و یا سایر مایعات بدن افراد روی سطوح محیطی، ابتدا دستکش پوشیده سپس با دستمال قابل جذب محل را تمیز نموده و بعد با آب و صابون شسته سپس در محل، هیپوکلریت سدیم ۲٪ ریخته و ۱۰ دقیقه بعد تمیز نماید. تمام مواردی که مواجهه قابل ملاحظه ای روی داده (فرورفتن سوزن به بدن با احتمال آلودگی) بایستی فوراً گزارش گردد

اقدامات فوری پس از تماس

در صورت:

- [فرورفتن سرسوزن به دست
- [پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:
- بریدگی های باز
- ملتحمه
- غشاء مخاطی (دهان)
- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.
-

کمک های اولیه فوری

الف) ۱- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم به مدت ۳-۵

۲- خودداری از مالش موضعی چشم

۳- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ب) گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

ج) ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر

د) تشکیل پرونده و پیگیری مورد

ر) بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان (ارزیابی خطر انتقال ویروس های هپاتیت B, C

HIV از نظر تعیین نیاز به شروع درمان پیشگیری و پیگیری های بعدی از اولین اقدامات لازم در برخورد با آسیب

های شغلی است که باید ظرف ۲۴ ساعت اول انجام گیرد.

ز) ارزیابی وضعیت فرد منشا

در صورتیکه تیتر آنتی بادی نامشخص دارید نمونه گیری از خودتان جهت آزمایشات **HBS Ag-Ab**

انجام گردد.

در صورتیکه تیتر آنتی بادی بالای ۱۰ دارید و فرد منشاء مشخص می باشد از فرد منشاء نمونه جهت کنترل

HIV , HCV ارسال نماید . نیازی به انجام **HBS Ag-Ab** نمیباشد.

در صورتیکه تیتر آنتی بادی زیر ۱۰ دارید و **HBS Ag** فرد منشاء منفی است واکسیناسیون هپاتیت **B**

را انجام دهید .

در صورتیکه تیتر آنتی بادی زیر ۱۰ دارید و **HBS Ag** فرد منشاء مثبت است بانظر و دستور متخصص

عفونی تزریق ایمونو گلوبولین انجام شود.

وسایل حفاظت فردی

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماریهای ناشی از

تماس با مواد بیولوژیکی ، شیمیایی ، فیزیکی ، رادیولوژیک، الکتریکی و... طراحی شده اند .

این تجهیزات با توجه به نوع صدمه مورد انتظار و تماس شغلی متفاوت می باشند .

وسایل حفاظت فردی مورد استفاده جهت پیشگیری از عفونت ضمن محافظت کارکنان و پیشگیری از

ابتلای آنان ، مانع انتقال عفونت به سایر بیماران و افراد می گردد.

وسایل حفاظتی موجود در بیمارستان:

کلاه-عینک محافظ-ماسک-گان-پیش بند-دستکش-کاور کفش

ماسک جراحی

هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری منتقله از راه قطرات و یا به عنوان بخشی از محافظت در طی فعالیتهای مراقبت از بیمار که احتمال پاشیدن خون، ترشحات یا مایعات بدن وجود دارد، استفاده می شود.

ماسک های مراقبتی یا جراحی حفاظت کامل را در برابر آئروسول های کوچک ذره ایجاد نمی کنند و در این موارد نباید استفاده شوند مگر اینکه ماسک تنفسی مخصوص در دسترس نباشد.

ماسک n95

طی انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول برای بیماران از وسیله ای که سطح بالای محافظت تنفسی را داشته باشد، ترجیحاً ماسک تنفسی مخصوص، استفاده کنند، این ماسک ها مانع از استنشاق و بلع ذرات آلوده می شود. ($5 \mu m <$) نکات قابل توجه در استفاده از ماسک تنفسی مخصوص:

- [اندازه مناسب
- [محکم نمودن
- [استفاده از ماسک سخت تا زمان بهبودی علائم عفونت حاد تنفسی در بیماران



عینک محافظ

صرفنظر از تشخیص بیماری، زمانی که خطر آلودگی چشم ها و ملتحمه 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
 - کلاه ایمنی با محافظ صورت
 - عینک محافظ



دستکش

دستکش باید:

- [] میج آستین گان را بپوشاند.
- [] فقط یکبار استفاده گردد.
- [] در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده تعویض گردد.
- [] بین هر بار انجام مراقبت از بیماری که حامل میکروارگانیزم هاست، تعویض شود.
- [] پس از استفاده و پیش از ارائه مراقبت به بیمار دیگر، باید خارج و بلافاصله دستها شسته شود تا از انتقال میکروارگانیزم ها به محیط یا سایر بیماران جلوگیری شود.

فرایند گزارش دهی بیماری های مشمول گزارش فوری و غیر فوری

در صورت مواجهه با بیمار یهای مشمول گزارش در بخش

در صورتی که بیماری جزء موارد گزارش غیر فوری باشد:

- ۱- مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تاریخ مراجعه، تشخیص، شغل و نام پدر و ادرس و تلفن دقیق در فرم استاندارد تحویلی به بخش توسط سرپرستار ثبت میگردد.
- ۲- در تاریخ اول هر ماه فرم تکمیل شده ماه گذشته به کارشناس کنترل عفونت تحویل میگردد.
- ۳- فرم مربوط به بخش پس از رویت توسط کارشناس کنترل عفونت امضا شده و به بخش مرجع برگردانده می شود.
- ۴- فرم امضا شده توسط مسئول کنترل عفونت، در زونکن کنترل عفونت بخش به صورت ماهیانه بایگانی میگردد.
- ۵- اطلاعات ارسالی از بخش ها توسط کارشناس کنترل عفونت در یک فرم واحد، وارد شده و به واحد مبارزه با بیماریهای شبکه بهداشت بوسیله فاکس ارسال شده یا به صورت حضوری به نماینده شبکه (با دفتر تحویل امار) تحویل میگردد.
- ۶- نسخه کپی فرم تحویلی در زونکن گزارش بیماری ها به شبکه در دفتر پرستاری بایگانی میگردد.

در صورتیکه بیماری جزء موارد گزارش فوری باشد:

- ۱- بلافاصله مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، تاریخ مراجعه، تشخیص، شغل و نام پدر و ادرس و تلفن دقیق، به کارشناس کنترل عفونت گزارش شده و در فرم مخصوص ثبت میگردد.
 - ۲- در صورت عدم حضور کارشناس کنترل عفونت مورد به سوپروایزر بالینی یا آموزشی بیمارستان گزارش گردد.
 - ۳- اطلاعات گزارش شده بلافاصله به واحد مبارزه با بیماریهای شبکه با شماره تلفن ۳۲۶۵۰۰۰۵ توسط کارشناس کنترل عفونت یا سوپر وایزر بیمارستان گزارش شده و نام گزارش گیرنده در فرم ثبت شود.
 - ۴- سایر مراحل مطابق موارد ذکر شده در بالا می باشد.
- نکته: مسلماً مواردی مانند سیاه سرفه، سرخک، سرخجه، کزاز و ایدز و ... با اینکه در لیست گزارش غیرفوری هستند، باید بلافاصله پس از تشخیص یا شک به تشخیص اطلاع داده شوند.

فرآیند تشکیل پرونده بهداشتی و سلامت شغلی جهت پرسنل جدیدالورود

- ۱- پرسنل جدیدالورود جهت تشکیل پرونده بهداشتی و سلامت شغلی به کارشناس کنترل عفونت/ کارشناس بهداشت حرفه ای مراجعه نموده و نسبت به تشکیل پرونده پزشکی اقدام و مدارک لازم را تحویل می گیرد.
 - ۲- معرفی پرسنل به آزمایشگاه بیمارستان جهت انجام تست های پاراکلینیکی (فقط آزمایشات درج شده در برگه تحویلی) (نکته : در ابتدای ورود انجام آزمایشات HBS Ab – HIV- HCV الزامی می باشد.)
 - ۳- معرفی پرسنل به شنوایی سنجی بیمارستان جهت انجام تست ادیومتری
 - ۴- معرفی پرسنل به مرکز طب کار شهریار جهت انجام تست اسپرو متری و معاینه توسط پزشک طب کار /متخصص داخلی/پزشک کنترل عفونت
 - ۵- پرسنل موظف است پرونده پزشکی خود را پس از تکمیل به واحد بهداشت حرفه ای /کنترل عفونت تحویل نماید.
 - ۶- کلیه پرونده به صورت محرمانه در واحد بهداشت حرفه ای/کنترل عفونت نگهداری خواهد شد .
 - ۷- ارجاعات و توصیه های پزشکی اعلام در پرونده های پزشکی به صورت کتبی اعلام خواهد شد پرسنل موظف است حداکثر ظرف مدت یک ماه پاسخ مربوطه را از پزشک معالج خود اخذ و نتیجه را به واحد بهداشت حرفه ای/کنترل عفونت اعلام نماید.
- پرسنل جدیدالورود جهت کلیه مراحل تشکیل و تکمیل پرونده یکبار مراجعه و اقدام مینمایند واحدهای بهداشت حرفه ای کنترل عفونت و مسولین بخش های مختلف از کپی برابر اصل پرونده برای واحدهای خود استفاده میکنند
- مهلت تشکیل پرونده بهداشتی و سلامت شغلی یک ماه از تاریخ شروع به کار می باشد.

روشهای عمومی اطفاء حریق:

آتش سوزی

آتش عبارت از یک سری عملیات عملیات شیمیایی و اکسیداسیون سریع حرارت زای مواد قابل اشتعال می باشد.

ماهیت حریق:

وقوع هر آتش نیاز به زمینه های فیزیکی و شیمیایی محل وقوع دارد چهار عامل اصلی در ایجاد آتش سوزی شامل الف-اکسیژن ب-حرارت پ-مواد قابل اشتعال ت-واکنشهای زنجیری می باشد. شرط وقوع آتش سوزی چهار عامل یاد شده می باشد که در صورت نقصان یکی از عوامل ذکر شده حریقی اتفاق نخواهد افتاد.

در آتش سوزی ، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است. آتش به سرعت گسترش پیدا می کند. بنا بر این 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 اینکار، خروج شما را از محل به تأخیر 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 ، میتوانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید.

افراد را برای ترک محل، تشویق و کمک کنید. هرگز برای برداشتن لوازم شخصی ، مجدداً به ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تأخیر نیندازید. تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آشنشان 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 ، تبدیل به 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 آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیکترین آژیر حریق را فعال کنید.

سعی کنید بدون آنکه 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. به دنبال راه های 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 میشوید، 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 نزدیکترین 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 در یک پارچه کلفت بپیچید.

از وحشتزده شدن، دویدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید. هرگونه حرکت یا باد، مانند بادبزن به شعله ها دامن می زند.

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.

دسته بندی انواع حریق:

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی، حریقها را برحسب ماهیت مواد سوختنی به شرح ذیل دسته بندی می کنند.

۱- آتش دسته A: آتش سوزیناشی از مواد سوختنی معمولی (جامدات) قابل احتراق مثل چوب پارچه و کاغذ

۲- آتش دسته B: این آتش در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند پدید می آید. مثل مواد نفتی و الکل

۳- آتش دسته C: این آتش شامل آتش سوزی ناشی از گازها و مایعات یا مخلوطی از آنهاست که به راحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند. مثل گاز مایع و گاز شهری

۱- آتش دسته D: حریقهای ناشی از فلزات سریع اکسید شونده مثل سدیم و منیزیم

۲- آتش دسته E: آتش دسته شامل حریقهای الکتریکی می باشد.

۳- آتش دسته F: این دسته شامل حریق‌های آتش‌خانه می باشد.

روشهای اطفاء حریق:

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

روشهای عمومی بر اساس 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 بکار گیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد ، این روش برای حریق های دسته مناسب A می باشد.

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند ، مانند : نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی R-O-O- یا H R-COOR و 3R-NO

همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت ، سدیم ، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند.

موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند . خاک ، شن ، ماسه . پتوی 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 دیوارهای 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 $\text{CBrF}_3(1301)$ و $\text{CBrClF}_2(1211)$ و جایگزین های آن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین K_2CO_3 موثر می باشد. 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 بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند. بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود.

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

الف) موارد سرد کننده (آب، CO_2)

ب) مواد خفه کننده (کف، CO_2 ، خاک، ماسه)

ج) مواد رقیق کننده هوا (CO_2 و N_2)

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

آب:

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین 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 نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

کف آتش نشانی:

کف بصورت محلول تهیه می گردد و دارای انواع مختلفی است نکته مهم در استفاده از کف ، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد. کف برای حریقهای دسته B مناسب می باشد.

پودر های خاموش کننده:

استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیان کربنات ، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است . این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع حریقهای A,B,C بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود . به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود.

گاز CO_2 :

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 هوادر اطراف محوطه حریق و سوم سرد کردن آتش.

یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از اب است CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکتریکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در حساس نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن):

مواد هالوژنه از مشتقات CH₄ یا H₂C₆ می باشند که بجای یک یا چند هیدروژن یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل I, F, Br, Cl) جایگزین شده است.

هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید . مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO₂ بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند سرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند . بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن را مهار نماید . این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسید کربن دارند . به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO₂ می باشد . هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO₂ مورد نیاز برای اطفاء است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی ، حریق های مواد جامد پر ارزش ، سایت های دیسپاچینگ ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

انواع مختلف اطفاء کننده ها:

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

چهار نوع مشهور آن:

- آب
- گاز دی اکسید کربن
- پودر شیمیایی

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفای حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفای حریق نشانه گذاری می شوند.

آب:

برای آتش کلاس A استفاده نمائید.

- برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
- آب تحت فشار می باشد
- آمپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن:

برای آتش های کلاس A,B,C,E,F استفاده نمائید

- برچسب یا نوار مشکی دارد
- نازل سخت و پلاستیکی و شیپوری دارد

پودر شیمیایی:

برای آتش های کلاس A,B,C استفاده می شود

- برچسب یا نوار سفید دارد
- ذرات پودر تحت فشار می باشند
- نشانگر فشار سنج دارد

Hospital Disaster

مدیریت بحران

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

. حادثه غیر متوقعه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد.
 . حضور مجروحان یا بیمارانی که که درمان آنها در توان اورژانس بیمارستان

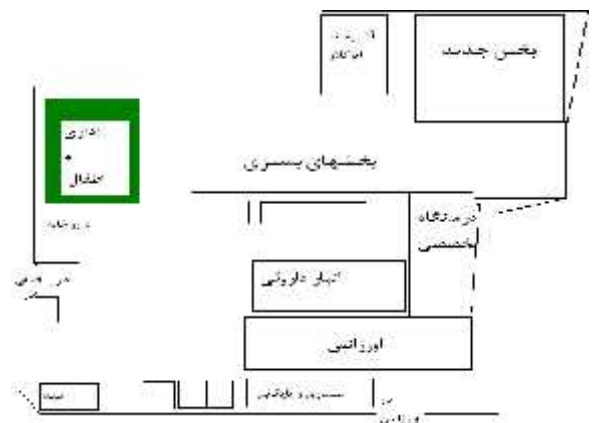
نحوه اجرای برنامه بحران در بیمار :

بلافاصله پس از ایجاد حادثه کمیته بحران و بلایا با اعضا زیر تشکیل میگردد :

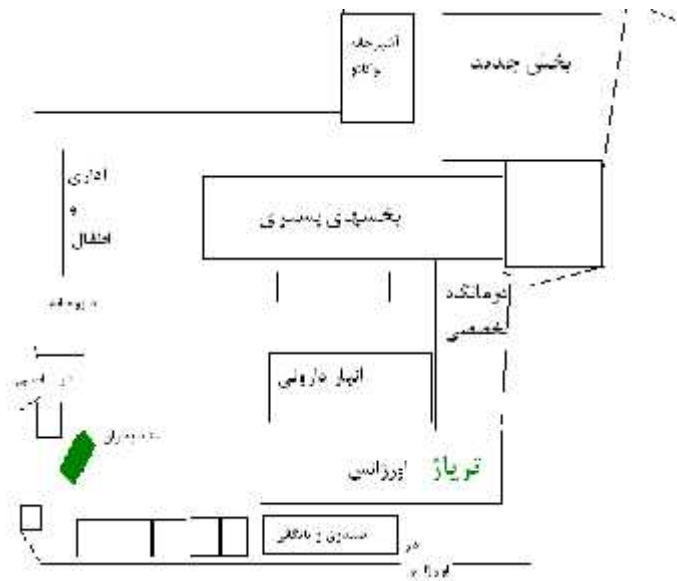
- رئیس مدیر بیمارستان
- رئیس و سرپرستار اورژانس
- روسا و سرپرستاران بخشها
- مترون بیمارستان
- مسئول فنی بیمارستان و کلیه واحدهای پاراکلینیک
- رئیس حراست
- روسای واحدهای اداری و مالی
- مهندسین مسئول ارزیابی بیمارستان یا مسئولین تاسیسات
- مسئول بهداشت .
- نماینده ستاد حوادث غیر متوقعه شهرستان /

نقشه کامل بیمارستان

. اتاق فرماندهی در حالی که بیمارستان سالم می باشد



۱. افاق فرماندهی در حالی که بیمارستان تخریب می باشد



۱. فرماندهی حادثه

مسئول: دکتر مسعود میرزائی جانشین اول: رحمت اله معماری جانشین دوم: احمد روستا

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 مسول اورژانس و رؤسای بخشها و فعال نمودن روابط عمومی و رسانه ای.

خاتمه: به دنبال دستور صادره از رئیس ستاد بحران دانشگاه، خاتمه عملیات اعلام گردد.

دستورالعمل :

۱ اقدام به برگزاری جلسه ویژه با رئیس بخش عملیات و مدیران مسئول آزمایشگاه، رادیولوژی، سوپروایزر کشیک، در طی مدت کوتاه حداکثر ۳۰ دقیقه

اعلام سریع شروع عملیات به متخصص جراحی و پزشکان اورژانس، مبنی بر راه اندازی عملیات.

دریافت گزارشات اولیه در مورد میزان تخریب ساختمان و تأسیسات، از مدیر بخش پشتیبانی و دریافت تعداد و 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 سوپروایزر کشیک از نظر هماهنگی با سایر مسئولین در امر تهیه لوازم و امکانات مورد نیاز پزشکان و داوطلبان از نظر فضا، غذا و امکانات دفتری و دارویی.

دستور به مسئول سوپروایزر جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر فراهم نمودن نیازهای بستگان بیمار و هماهنگی با بسیج بیمارستان و ارشد امنیت و فعال نمودن روابط رسانه ای.

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

۲. واحد امنیت و انتظامات

مسئول واحد: محمد حسن قرنی جانشین اول: جواد رمضانی جانشین دوم: محمد صادق رحیمی

دستورالعمل:

- ✓ محدود کردن ملاقات کنندگان بخش ها و کنترل ورود و خروج پرسنل و کودکان و اموال بیمارستانی و حتی اجساد و کلیه لوازم همراه بیماران و عدم اجازه کار کردن به فردی که دارای کارت ویژه شناسایی نمی باشد.
- ✓ ایجاد رابطه با پلیس منطقه مبنی بر ارسال نیروی کمکی به محل و ارسال تقاضا جهت وارد شدن نیروی راهنمایی رانندگی جهت کنترل خیابان های منتهی به بیمارستان و داشتن نیروی از قبل تعیین شده مبنی بر ثبت تمام فعالیت ها و مشاهدات و اعلام هشدار به مدیران بخش ها مبنی بر مشاهده هر گونه مورد مشکوک و

خطرناک در محل و حفاظت از کلیه مناطق بیمارستان و محافظت از اموال پزشکی که به هر دلیل از داخل بیمارستان به فضای خارج بیمارستان انتقال می یابد و گزارش مستمر به فرمانده حادثه.

✓ هماهنگی با نزدیک ترین بانک به محل جهت انتقال وجوهات با ارزش بیماران و درآمدهای مالی بیمارستان به آن محل

۳. واحد رسانه و روابط عمومی

مسئول واحد: احمد روستا جانشین اول: جعفر بیات جانشین دوم: سید مهدی حسینی

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 هرگونه 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.

۴- واحد عملیات:

-مسئول: دکتر مسعود میرزائی جانشین اول: مژگان عباسی جانشین دوم: سید حمید موسوی

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 دستورالعمل 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.

۱-۴-مدیر مناطق بیماران

مسئول واحد : مزگان عباسی ، جانشین اول : فاطمه حسینی فرد ، جانشین دوم : ناهید نجفی

- ✓ برنامه ریزی و پیگیری اعزام و ترخیص بیماران
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری امور سردخانه متوفیان
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری اموری بیماران خروجی
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری امور واحد پرستاری
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری اطلاعات بیماران

۱-۱-۴. واحد اعزام و ترخیص

-مسئول واحد: عیسی شکرى جانشین اول: جواد شوربایی جانشین دوم: ناهید نجفی

هدف کلی: کنترل موارد ترخیصها وموارد 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 فرآیند 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 صورتیکه به علت ازدحام و شلوغی در دیگر منطقه بیمارستان اقدام به ترخیص بیماران می گردد، فردی را جهت ثبت پرونده و کنترل دقیق این فرآیند اعزام نماید.
- ✓ فتوکپی از پرونده بیمارانی که به هر دلیل اعزام می شوند نگه داشته شود .

۲-۱-۴- واحد سرد خانه :

مسئول واحد: هوشنگ غفرانی جانشین اول: حسن خلیج جانشین دوم: ابراهیم میرزائی

دستورالعمل:

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

۳-۱-۴- واحد بیماران خروجی

مسئول واحد: شکوفه پیرسرابی جانشین اول: سید حمید موسوی جانشین دوم: فاطمه رضایی

دستورالعمل: برنامه ریزی و پیگیری و ارائه گزارش بیماران خروجی

۴-۱-۴- واحد پرستاری

مسئول واحد: مزگان عباسی، جانشین اول: جواد شوربایی، جانشین دوم: ناهید نجفی

دستورالعمل:

✓ برنامه ریزی و پیگیری امور کارکنان پرستاری

✓ نظارت بر عملکرد کارکنان پرستاری

۵-۱-۴- واحد پیگیری و اطلاعات بیماران

مسئول واحد: فاطمه حسینی فرد جانشین اول: نرجس بحیرائی جانشین دوم: نازنین خادمی

دستورالعمل: برنامه ریزی و پیگیری امور اطلاعات بیماران و ارائه گزارش

۲-۴- مدیریت مناطق درمان:

مسئول واحد: دکتر مسعود محمدی سراملو جانشین اول: دکتر موسی دادگری جانشین دوم: دکتر فرشاد

نوری نژاد

دستورالعمل:

✓ صدور دستور ترخیص و انتقال بیماران قبلی و حذف برنامه های اکتیو بخش ها

✓ دستور عدم انجام خدمات روتین آزمایشگاه به ردایولوژی و برای بیماران قبلی غیر اورژانس

✓ استقرار مرکز عملیات در نزدیکی مرکز فرماندهی اورژانس

- ✓ دستور به تخلیه بیمارستان از بیماران غیراورژانس
- ✓ اطلاع دادن مستمر به فرمانده حادثه در مورد میزان پیشرفت بخش عملیات
- ✓ کسب اطمینان از این که تعداد پرسنل و تعداد رزیدنت 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 زیرمجموعه های خود در زمینه پاراکلینیک و ...
- ✓ اطمینان از کار علمی و تریاژ علمی عملیات و بازرسی محل های بیمارستان از نظر احتمال اشکالات در هریک از مناطق

۳-۴- مدیر خدمات پاراکلینیکی

مسئول واحد: داریوش خوشدل جانشین اول: سارا جهانگیر جانشین دوم: فاطمه جوکار
دستورالعمل:

- ✓ برنامه ریزی و پیگیری تهیه و توزیع دارو و مواد مصرفی پزشکی
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری انجام آزمایشات اورژانس
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری انجام تصویر برداری اورژانس
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری تهیه - تعمیر و نگهداری دستگاه های پزشکی

۱-۳-۴- واحد آزمایشگاه

-مسئول واحد: دکتر نساء قاسم زاده جانشین اول: محمد بیات جانشین دوم: مهدی جلالیه
هدف کلی: حفظ خدمات آزمایشگاه و فرآورده های خون و مدیریت فعالیت آزمایشگاه
دستورالعمل:

- ✓ حفظ خدمات آزمایشگاه و منابع خونی .
- ✓ اولویت بندی آزمایشات انجام شده به اورژانسی و آزمایشات غیراورژانس قبلی.
- ✓ اطلاع به سایر بخش ها و بخش اورژانس مبنی بر عدم انجام آزمایشات روتین غیراورژانس.
- ✓ 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.
- ✓ در بین آزمایشات روتین. Hb و U/A و Cross اعلام کردن انجام آزمایشات.
- ✓ 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.

۲-۳-۴- واحد رادیولوژی

-مسئول واحد: دکتر سمیعی جانشین اول: داریوش خوشدل جانشین دوم: فاطمه جوکار

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 Portable ف رستادن دستگاه های.
- ✓ ازدحام در رادیولوژی 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 غیراورژانس به سایر بخشها و اورژانس
- ✓ گزارش خدمات انجام شده به طور مستمر به سوپروایزر
- ✓ هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت اقدامات پرتایل انجام شده در تریاژ و مصرف هزینه های انجام شده و آتل و بانداژ در محل رادیولوژی با هماهنگی سوپروایزر. CPR مهیا نمودن وسایل
- ✓ اعلام سریع موارد شدیداً پاتولوژیک به عنوان مثال مایع آزاد یا هوا به پزشک تریاژ کننده به صورت تلفنی و سریع توسط رزیدنت رادیولوژی.

۳-۳-۴- واحد داروخانه :

مسئول واحد: دکتر نجمه خانبانها جانشین اول: مهدی خجسته جانشین دوم: سمیرا اقبالی

هدف کلی: فراهم نمودن خدمات داروئی در حد مناسب

دستورالعمل:

- ✓ فرستادن تکنسین دارویی همراه اورژانس از محل داروخانه به تریاژ و هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت آمار
- ✓ تعیین اقلام دارویی مورد نیاز که در آینده احتمال اتمام آنها وجود دارد
- ✓ هماهنگی با داروخانه مرکزی از طریق سوپروایزر مبنی بر آماده کردن داروهای اورژانس
- ✓ آمادگی پذیرش کمک های دارویی مردمی 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 داروها 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 داروها
- ✓ CPR مبنی بر انتقال داروهای ترالی اورژانس به اتاق CPR هماهنگی با مسئول واحد
- ✓ هماهنگی با مسئول واحد روانپزشکی مبنی بر رساندن داروهای آرامبخش به بیمار یا همراهان

۴-۳-۴- مسئول واحد تجهیزات قلبی و تنفسی

مسئول واحد: مهندس سارا جهانگیر جانشین اول: ب هزاد اسماعیل زاده جانشین دوم: خانم زهرا نوغانچی

دستورالعمل:

- ✓ تهیه تجهیزات مورد نیاز واحدها و بخش ها
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری تعمیر و نگهداری تجهیزات

✓ برنامه ریزی استفاده از تجهیزات اهدائی

۴-۴- مدیر خدمات انسانی

مسئول واحد: جواد شوربایی جانشین اول: شکوفه پیرسرابی جانشین دوم: فاطمه رضائی

دستورالعمل:

- ✓ برنامه ریزی و پیگیری شرایط و امکانات رفاهی و پشتیبانی کارکنان
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری شرایط روحی و روانی کارکنان و خانواده های ایشان
- ✓ برنامه ریزی و پیگیری امکانات رفاهی و شرایط روحی و روانی خانواده ها و بستگان بیماران

۴-۴-۱- واحد پشتیبانی پرسنل

مسئول واحد: پگاه بحیرائی جانشین اول: اکرم راهی جانشین دوم: فریبا میرزائی

هدف کلی: تهیه و تدارک شرایط و امکانات رفاهی و پشتیبانی کارکنان و خانواده های ایشان

۴-۴-۲- واحد پشتیبانی روانی

مسئول واحد: سید حمید موسوی جانشین اول: فاطمه رضائی جانشین دوم: عیسی شگری

هدف کلی: برنامه ریزی و پیگیری شرایط روحی و روانی کارکنان و خانواده های ایشان

۴-۴-۳- واحد مراقبت از بستگان و مددکاری

مسئول واحد: جعفر بیات جانشین اول: محسن رنجبر جانشین دوم: مجید رضائی

هدف کلی: هدایت و اسکان 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 نیازهای آنها.
- ✓ هماهنگی با مسئول آشپزخانه، 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 ۲ 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 سوپروایزر کشیک

۵- واحد پشتیبانی :

-مسئول واحد: رحمت اله معماری جانشین اول: احمد روستا جانشین دوم: مهناز بدلی سرچشمه

دستورالعمل:

- ✓ سازماندهی و هدایت عملیات مرتبط با نگهداری فضای فیزیکی ، میزان غذای کافی ، سرپناه و منابع پشتیبانی
- ✓ کننده مقاصد پزشکی
- ✓ برنامه ریزی برای درمان در 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 و 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 خودکفایی ۷۲ ساعته با در نظر گرفتن تعداد مصدومین و پرسنل و داوطلبین

- ✓ هماهنگی با سازمانهای اطراف مانند خانه های سالمندان ، مدارس ، مساجد ، ورزشگاهها و... برای جلب حمایتهای مختلف
- ✓ برنامه ریزی برای جیره بندی تجهیزات ، غذا ، آب ، سوخت و ...

۶- رئیس برنامه ریزی

مسئول واحد: اعظم فلاح جانشین اول: اعظم کاظمی جانشین دوم: لیلا نظری

دستورالعمل:

- ✓ جمع آوری ارزشیابی و انتشار اطلاعات مربوط به حادثه و تامین اطلاعات مورد نیاز فرمانده
- ✓ آماده سازی گزارشات اداری ارائه اطلاعات متنوع و تهیه برنامه عملیات حادثه

۵- رئیس مالی اداری

مسئول واحد: رحمت اله معماری جانشین اول: مهناز بدلی سرچشمه جانشین دوم: اکرم عبدی

دستورالعمل:

- ✓ ثبت و گزارش هزینه های مرتبط با پاسخ واقدامات انجام شده در حادثه
- ✓ تامین هزینه اضافه کاری پرسنل
- ✓ هزینه تامین کمبود وسایل و تجهیزات تعمیر و جابجائی یا هزینه های بازسازی
- ✓ محاسبه زمان کار کارمندان
- ✓ پرداخت های مرتبط با پرسنل و خسارت کارکنان

۱-۵- واحد حضور و غیاب

مسئول واحد: عبدالوهاب شکور جانشین اول: فاطمه علیپور جانشین دوم: سودابه بیات هاشمی

دستورالعمل:

✓ تهیه گزارش و تامین اطلاعات در خصوص ورود و خروج نیروهای داخلی و خارجی شامل پرسنل داوطلبان

و بسیج

✓ مسؤل تعیین گزارش کارکرد نیروهای موجود و گزارش اطلاعات به مرکز فرماندهی

✓ هماهنگی برای حضور نیروهای جانشین در زمان عدم حضور نیروهای اصلی با هماهنگی مرکز هدایت

عملیات حادثه- مرکز هدایت عملیات دانشگاه و دیگر سازمانها

۲-۵- واحد کارپردازی

مسؤل واحد: مجتبی کاظمی جانشین اول: فرهاد چراغی جانشین دوم: عباس زهرائی

دستورالعمل:

✓ تهیه کالاهای مورد نیاز با هماهنگی مسؤل مربوطه

✓ هماهنگی برای استفاده از کالاهای اهدائی در زمان بحران

۳-۵- واحد مالی

مسؤل واحد: مهناز بدلی سرچشمه جانشین اول: کبری ارجی جانشین دوم: سامان صابر

دستورالعمل:

✓ تامین اعتبار لازم برای هزینه ها

✓ تامین سخت افزار و نرم افزار لازم برای عملیات مالی

✓ ایجاد واحد مالی اورژانس در صورت تخریب واحد و عدم وجود نرم افزار

۱-۶- واحد ارزیابی وضعیت

مسؤل واحد: میترا بهارلو جانشین اول: افشین حسن پور جانشین دوم: معصومه کردی

دستورالعمل:

- ✓ تهیه گزارش و تامین اطلاعات در خصوص حوادث داخلی و خارجی شامل پیگیری بیماران پیگیری تخت ها
- ✓ مسول تعیین محل بیماران و گزارش اطلاعات به مرکز فرماندهی
- ✓ هماهنگی مرکز هدایت عملیات حادثه-مرکز هدایت عملیات دانشگاه و دیگر سازمانها

۲-۶- واحد پرسنلی

مسئول واحد: عبد الوهاب شکور جانشین اول: فاطمه علی پور جانشین دوم: سودابه بیات هاشمی

دستورالعمل:

- ✓ تهیه گزارش و تامین اطلاعات در خصوص تعداد نیروهای داخلی و خارجی شامل پرسنل داوطلبان و بسیج
- ✓ مسول تعیین تعداد پرسنل مورد نیاز و گزارش اطلاعات به مرکز فرماندهی
- ✓ هماهنگی تامین نیرو با مرکز هدایت عملیات حادثه-مرکز هدایت عملیات دانشگاه و دیگر سازمانها

۱-۷- واحد ارزیابی و کنترل آسیب

مسئول واحد: داود جوادی جانشین اول: فاطمه حسینی فرد جانشین دوم: عیسی شکری

دستورالعمل:

- ✓ فراهم کردن اطلاعات کافی در مورد وضع عملکرد واحدهای مختلف بیمارستان باهدف تصمیم گیری / سیاستگذاری شامل شرایط تخلیه نسبی یا کامل بیمارستان
- ✓ یافتن محل امن در صورت نیاز به برپایی درمان صحرائی، تغییر مکان بیماران و پرسنل
- ✓ مدیریت فعالیتهای اطفاء حریق، جستجو و نجات و تعدیل آسیبهای وارده

۲-۷- واحد نظافت و بهداشت

-مسئول واحد: مینا ضیائی جانشین اول: محمدمهجور جانشین دوم: حسن خلج

هدف: تامین 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 و بیماران
- ✓ نظارت و کنترل بر آب آشامیدنی محیط
- ✓ فراهم نمودن کلر و سایر مواد تا در صورتی که با خرابی دستگاه تصفیه آب آشامیدنی روبرو 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 توالت و حمام صحرائی در محیط بیمارستان
- ✓ هماهنگی با شهرداری جهت انتقال زباله ها
- ✓ گزارش کامل به سوپروایزر کشیک
- ✓ کنترل به ایمن بودن مواد تغذیه ی دریافتی از اهدا مردم و ضدعفونی کردن کنسروها قبل از مصرف
- ✓ هماهنگی با سیستم واحد ارتباطات و مخابرات جهت اعلام مسایل بهداشت
- ✓ سمپاشی محل و جمع آوری غذاهای توزیع شده بین مردم

۳-۷. واحد مخابرات

-مسئول واحد: سوده افشار جانشین اول: حمیده خاتون مدنی جانشین دوم: اکبر رازقندی

هدف: سازماندهی ارتباطات داخلی و خارجی

دستورالعمل:

- ✓ ایجاد یک پایگاه در نزدیک مرکز فرماندهی و حفظ در برقراری سیستم تلفن و بی سیم بیمارستان
- ✓ فرستادن افراد از قبل تعیین شده با بی سیم به مناطق مختلف بیمارستان جهت ارتباط هرچه بیشتر با واحدهای مختلف و مرکز 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 و سایر مراکز از قبل تعیین شده
- ✓ اعلام توصیه های بهداشتی و هشدارهای امنیتی از طریق بلندگوهایی که در فضای بیمارستان مستقر می کند

- ✓ تماس با مرکز مخابرات مبنی بر فرستادن امکانات مخابرات مجهز ماهواره ای به محل
- ✓ بخش موسیقی آرام بخش با هماهنگی مسئول واحد روانپزشکی در محیط بیمارستان جهت برقراری آرامش روحی بیشتر
- ✓ مهیا نمودن یک یا ۲ خط مخابراتی و در دسترس قرار دادن آنها به همراهان بیمار که در محیط بیمارستان قرار دارند
- ✓ پرهیز از برقراری ارتباط در مورد تلفن های غیرضروری پرسنل

۴-۷- واحد ترابری

مسئول واحد: میرزا آقا ابراهیمی جانشین اول: قاسم احمد خانی جانشین دوم: محسن ولی محمدی

دستورالعمل:

- ✓ سازماندهی و هماهنگی نقل و انتقال زمینی و هوایی کلیه مصدومین، اعم از آنهایی که قادر به راه رفتن هستند یا نیستند
- ✓ سازماندهی نقل و انتقال افراد و منابع مادی به / از بیمارستان

۵-۷- واحد انبار: تجهیزات ذخیره

- مسئول واحد: احمد علی رضا لو جانشین اول: محمد مهجور جانشین دوم: مجتبی کاظمی

تهیه کارت پرسنلی برای افراد عملیاتی به شرح ذیل:

- الف) کارت قرمز رنگ با مشخصات و عکس برای پرسنل پزشکی قابل نصب به سینه
- ب) کارت نارنجی رنگ با مشخصات و عکس برای پرسنل پرستاری قابل نصب به سینه
- ج) کارت زرد رنگ با مشخصات و عکس برای پرسنل خدماتی قابل نصب به سینه
- د) کارت آبی رنگ با مشخصات و عکس برای پرسنل نگهداری قابل نصب به سینه
- ه) کارت سبز رنگ با مشخصات و عکس برای پرسنل مدیران و ناظران قابل نصب به سینه

- ✓ تهیه کارت شرح وظایف هر سمت .
- ✓ تهیه برانکارد به تعداد حداقل ۵۰ عدد جهت حوادث .
- ✓ تهیه آتل های فلزی جهت دست و پا و هر کدام حداقل ۵۰ عدد .
- ✓ تهیه ونتیلاتور پرتابل حداقل ۱۰ دستگاه .
- ✓ تهیه مانیتورینگ حداقل ۲۰ دستگاه .
- ✓ تدارکات اتاق عمل طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۵۰ نفری .
- ✓ تدارکات آزمایشگاه طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۵۰ نفری .
- ✓ دستگاه رادیولوژی پرتابل حداقل یک دستگاه .
- ✓ ملافه حداقل ۱۵۰ عدد .
- ✓ لباس برای بیماران حداقل ۱۵۰ دست .
- ✓ بی سیم به تعداد کل واحدهای 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 .

۶-۷- واحد تغذیه

مسئول واحد: زهرا شاهمیری جانشین اول: مسلم بالائی جانشین دوم: محمد بوربور

هدف کلی : سازماندهی ذخایر غذایی و آب در طی مدت عملیات

دستورالعمل:

- ✓ برآورد سریع تعداد وعده های غذایی و اجرای سریع برنامه جیره بندی غذایی .
- ✓ تعیین میزان ذخایر آب آشامیدنی و موجودی ذخایر اضطراری .
- ✓ توزیع غذا و آب بین همراهان و بستگان بیماران با نظارت مترون بیمارستان .
- ✓ فراهم نمودن محل صرف غذا برای پرسنل و تهیه غذا و محل تهیه غذا .

- ✓ دریافت و ثبت کامل مواد غذایی اهدایی و کنترل توسط مسئول بهداشتی محل عملیات و انتقال و جابجایی آنها به محل امن و عاری از عفونت
- ✓ درخواست امکانات آشپزخانه ای از خارج بیمارستان توسط سوپروایزر تا در صورت امکان بتوانند در شرایط ضروری در محیط فیزیکی محیط بیمارستان آشپزخانه اورژانس برپا کنند.
- ✓ تماس مستقیم و مستمر از نظر آمار وضعیت فعلی و نیاز احتمالی در آینده .

۷-۷- واحد تاسیسات

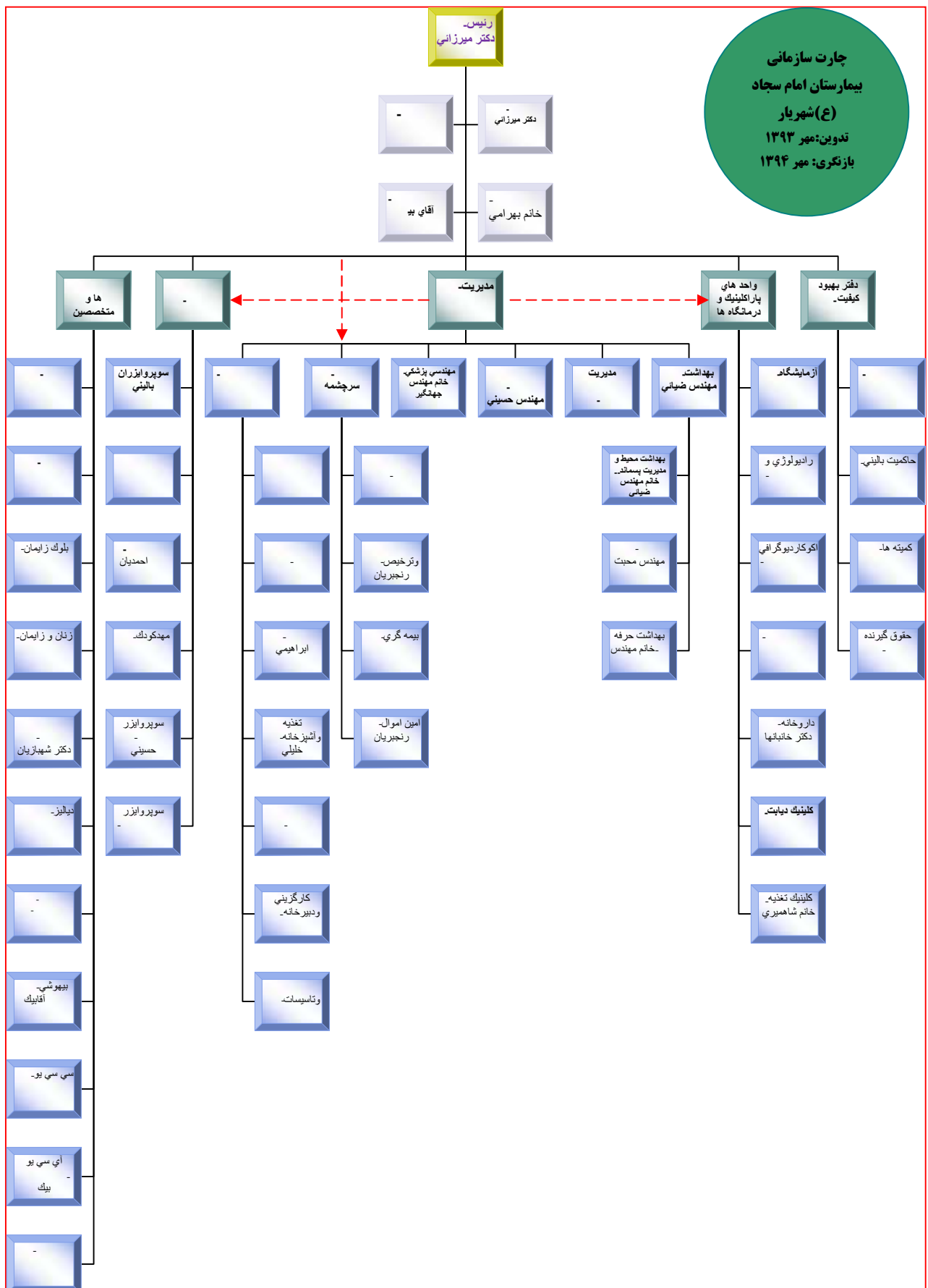
- مسئول واحد: فرض اله مالکی جانشین اول: محمدعباس زاده جانشین دوم: محسن غفاری

- هدف: رسیدگی سریع به تخریبات احتمالی

دستورالعمل:

- ✓ تعیین سریع کمیت و کیفیت منابع انسانی و مشخص نمودن آسیب وارده به محل بیمارستان و مختصات احتمالی .
- ✓ برای امنیت جانی افراد .
- ✓ در نظر گرفتن خطر آتش سوزی در محل و انتخاب فرد مورد نظر جهت کنترل آن . .
- ✓ تعیین مناطق ناامن بیمارستان و اعلام به سوپروایزر مبنی بر تخلیه آن محل . .
- ✓ تعیین محل از نظر اولویت بندی تعمیرات در آن مناطق . .
- ✓ بازدید مستمر از کلیه مناطق بیمارستان و ثبت مناطق پر خطر و حتی عکس گرفتن از آنها و اعلام به سوپروایزر . .
- ✓ کنترل مرتب سیستم فاضلاب از نظر عدم انتشار فضولات به مکان های عملیات . .
- ✓ برقراری جلسات متعدد با مدیر پشتیبانی جهت انجام وضعیت های بحران تاسیساتی محل . .
- ✓ فرستادن افراد جهت تعمیر فوری آسیب های آب و برق و ارتباطات بیمارستان . .
- ✓ اطلاع به مدیر پشتیبانی جهت فراهم نمودن امکانات و لوازم تاسیساتی و سخت افزار . .
- ✓ نظارت بر کار آسانسورها علامت گذاری کردن سریع مبنی بر هدایت بیماران از محل خروج اضطراری .

سازمانی :



قوانین کلی بیمارستان

امور اداری و مالی (حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی)

-پوشش همکاران- :کارشناس و کاردان پرستاری :

مانتو ، شلوار و مقنعه سورمه ای ، جوراب و کفش سفید -بهیاری :

مقنعه ، جوراب و کفش سفید-کمک بهیا : - : منشی بخش :

:کارشناس وکاردان پرستاری : روپوش سفید - شلوار سورمه ای - کفش

مشکی-بھیاری : روپوش ، شلوار و کفش سفید

سایر کارکنان : :روپوش قهوه ای ومقنعه سفید- :شلوار مشکی وپیراهن

- به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای اسلامی و حفظ قداست محیط کار، رعایت گفتار و رفتار بر اساس اخلاق اسلامی الزامی است .

- استفاده از هر گونه عطر و زیور آلات و آرایش در محیط کار اکیدا ممنوع است .

- ساعت کار در بیمارستان به شرح زیر می .

- در شیفت صبح ورود به بخش ساعت / و خروج از بخش / می باشد .

- در شیفت عصر ورود به بخش ساعت و خروج از بخش ساعت می باشد .

- در شیفت شب ورود به بخش / و خروج از بخش ساعت صبح روز بعد می باشد .

- پس از اعلام شروع به کار هر پرسنل جدید از طرف واحد، کارت تایمکس (

)توسط واحد کارگزینی صادر می گردد .جهت صدور کارت تایمکس (

ارائه فتوکپی شناسنامه و فتوکپی کارت ملی و یک قطعه عکس الزامی است . تا زمانی

که کارت تایمکس ()ندارید زمان ورود و خروج خود را ثبت ک

به امضاء مسئول بخش /واحد رسانده و در انتها به واحد کارگزینی ارائه نمایید .

-در صورتی که در شیفت صبح وعصر مشغول به کار هستید غذای شما رایگان می باشد و

در غیر این صورت کارکنان صبحکار با پرداخت وجه می توانند فیش غذا تهیه نموده و

از غذای بیمارستان استفاده نماید .

-هر پرسنل موظف است سه روز قبل از مرخصی رفتن ، درخواست مرخصی استحقاقی خود را

به امضاء مسئول بخش / (به غیر از مرخصی های اضطراری) .

-در صورت نیاز به مرخصی ساعتی حداکثر ساعت از پاس شخصی در یک شیفت با توجه

تفاده نمایید که به ازای هر ساعت یک روز از مرخصی

استحقاقی شما کم خواهد شد . برگه پاس باید به امضاء مسول واحد برسد .

پرستاری باید پس از امضاء مسئول بخش به امضای مترون یا سوپروایزر وقت نیز رسانده

- در یک سال شما یک ماه مرخصی استحقاقی دارید، (جز نیروهای رادیولوژی که دو ماه مرخصی استحقاقی و اشعه شامل آنها میگردد) رسمی-پیمانی-طرحی و قراردادی تنها می توانند در هر سال نیروهای تبصره میتوانند تنها روز از مرخصی خود را پایان سال بازخرید نمایند.

- در صورت استفاده از مرخصی استعلاجی، بلافاصله باید برگه استعلاجی و نسخه دارویی به اطلاع امور عمومی رسانده شود.

- حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ شروع به کار برای استفاده از بیمه تکمیلی به واحد کارگزینی/مراجعه نمایید.

- ای واریز حقوق و انجام امور مربوط به بیمه حداکثر ظرف مدت یک هفته بعد از تاریخ شروع به کار به واحد حسابداری ()
نمایید در غیر این صورت از لیست حقوق و بیمه خارج می شوید.
- جهت تشکیل پرونده بهداشتی به واحد بهداشت حرفه ای(یا کنترل عفونت) نمایند.

:

- مطالب آموزشی باید به صورت مرتب از طریق آدرس فایل مشترک در mainws \ |
- کلیه کارکنان جدیدالورود بایستی زونکن آموزشی موجود در بخش / مطالعه نمایند.

- کنفرانسهای تعیین شده داخل بخشی جهت هر پرسنل بایستی در وقت تعیین شده

- در صورتی که در دعوت نامه کنفرانسهای داخل بیمارستانی اسامی افراد قید شده باشد، حضور آن افراد الزامی است.

ی دیت شکای :

ی که بیماران و همراهان شکای از نحوه ارائه خدمت و ...
ی توانند با تماس تلفن مستقیم و یا مراجعه به دفتر رسیدگی به شکایات واقع در طبقه دوم ساختمان اداری در شیفت صبح و به دفتر پرستاری در شیفت شب و ایام تعطیل اقدام به طرح شکایت خود نموده و فرم شکایات را پر کرده و تسلیم یند و مرکز یاد شده نید
ی د ی شکای ی

با تشکر از حسن توجه شما-

منتظر نظر و پیشنهاد شما از طریق تلفن و ایمیل هستیم- دفتر بهبود کیفیت بیمارستان امام سجاد(ع) شهریار- اردیبهشت ۱۳۹۴»

:

خانکه همیدرضا -آمادگی بیمارستانی در حوادث وبلایا برنامه کشوری-

علوم بهزیستی وتوانبخشی-

معصومی اصل حسین وهمکاران-راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های

بیمارستانی-وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی-

گلمحمدی رستم -مهندسی حریق-

دفتر بهبود کیفیت-جزوه آموزشی حاکمیت خدمات بالینی-

قانون مدیریت خدمات کشوری

قانون کار وتامین اجتماعی