

بسمه تعالی

بیمارستان تخصصی شهید رجایی

کد شناسایی: QM.BO.01

# کتابچه سوالات اعتبار بخشی



# محور مدیریت و رهبری

## ۱- سیاست های اصلی بیمارستان را نام ببرید؟

- ارتقاء ایمنی بیمار و کارکنان
- بهبود مستمر کیفیت
- ارتقاء سطح رضایتمندی بیماران و کارکنان
- کاهش هزینه ها و افزایش درآمدها
- افزایش توانمندسازی نیروی انسانی
- توانمندسازی بیمارستان در برابر شرایط بحران

## ۲- آیا شما به سند استراتژیک بیمارستان دسترسی دارید؟ (آگاهی رسالت، چشم انداز، اهداف، ذینفعان و جایگاه بیمارستان در سند)

بله ، دسترسی به سند استراتژیک به آدرس الکترونیکی : محور مدیریت و رهبری / ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee

## ۳- رسالت بیمارستان را نام ببرید؟

بیمارستان تخصصی شهید رجایی به منظور رسالت عظیم حفظ و ارتقاء سطح سلامت، ایمنی و کاهش رنج و آلام جانبازان معزز و خانواده های معظم شهدای ۸ سال دفاع مقدس تأسیس گردیده است تا بتواند خدمات تخصصی روانپزشکی و توانبخشی ایمن را در چهارچوب استانداردهای اعتباربخشی و وزارت بهداشت با بهره گیری صحیح از منابع ، بیمار محوری، هماهنگی بین بخشی، مشارکت مردمی، فن آوری مناسب و کارایی و اثر بخشی تمامی پرسنل با حفظ رضایتمندی جامعه هدف و در محیطی توانمنداز نظر مادی و معنوی و اتکاء خود بر توان مجموعه ، جهت این عزیزان در استان اصفهان و استان های همجوار ارائه نماید.

## ۴- چشم انداز بیمارستان را نام ببرید؟

مابراینیم تا بیمارستان تخصصی شهید رجایی بر پایه مدیریت دانایی محور و براساس علم و فناوری روز با محوریت استانداردهای اعتبار بخشی به سطحی نائل گردد که بیماران مراجعه کننده به این مرکز به جز درد و رنج بیماری مشکل دیگری نداشته باشند و این مرکز در تخصص روانپزشکی به عنوان بیمارستان برتر در ارائه خدمات تشخیصی، درمانی در سطح استان و استان های همجوار شناخته شود و سالانه بتواند به کسب درجه یک عالی در اعتبار بخشی نائل گردد.

## ۵- هدف کلان سند استراتژیک را ذکر نمایید ؟

ارتقاء سطح سلامت و ایمنی بیماران و پرسنل

## ۶- ذینفعان بیمارستان را نام ببرید؟

- کلیه پرسنل بیمارستان
- جانبازان معزز ۸ سال دفاع مقدس و خانواده معظم شهدا
- ادارات بنیاد شهید و امور ایثارگران استان اصفهان و سایر استان های همجوار
- شرکت متد
- کلیه احاد مردم
- ایثارگران و کلیه ی کادر نیروهای مسلح
- بیمارستان مدرس
- بیمارستان منتظری
- بیمارستان امیرالمومنین و ....

## ۷- جایگاه خود را در نمودار سازمانی می دانید؟

دسترسی به نمودار سازمانی به آدرس: محور مدیریت و رهبری / ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei

## ۸- پنج رده مدیریتی سازمان را نام ببرید؟

ریاست (آقای دکتر کردی) - مدیر داخلی (آقای دکتر میرخلف) - مدیر خدمات پرستاری (آقای جعفری) - مدیر نظارت و بهبود کیفیت (خانم مظاهری) - مدیر امور مالی (آقای رضایی)

## ۹- آیا از کدهای فراخوان در بیمارستان اطلاع دارید؟

شماره کد	عنوان کد
۹۹	احیاء
۱-۲-۳	اورژانس روانپزشکی
۱۲۵	بحران آتش سوزی
۱۲۶	غیر فعال سازی بحران
۳۰۰	تخلیه بخش / واحد
۱۲ (به جهت محرمانگی درون بخشی نه جهت پیج کد)	خودکشی بیمار

## محور عمومی بالینی

### ۱) روش شناسایی بیمار در این بیمارستان چگونه است و علت آن چیست؟

در این بیمارستان با توجه به تخصص روانپزشکی و احتمال آسیب بیماران استفاده از دستبند شناسایی امکان پذیر نمی باشد. بنابراین بر اساس مصوبه تیم مدیریت و رهبری از روش های زیر جهت شناسایی بیماران در بیمارستان شهید رجایی استفاده می شود:

الف) عکس دار نمودن کاردکس بیماران در بدو پذیرش

ب) قید مشخصات بیماران در تابلو شناسایی بیماران نصب شده در ایستگاه پرستاری (البته به دلیل حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران این تابلو در معرض دید بیماران نمی باشد).

\*\*\* توجه \*\*\* به هیچ عنوان از شماره اتاق و شماره تخت جهت شناسایی بیماران استفاده نمی شود.

## ۲) ارزیابی اولیه بیمار در بخش توسط پرستار چگونه انجام می شود؟

در بدو ورود بیمار به بخش، پرستار بر اساس فرم ارزیابی اولیه موجود در پرونده بستری اقدام به ارزیابی اولیه می نماید، در ارزیابی اولیه بیمار مشکلات و ناراحتی های بیمار استخراج می شود و پرستار بر اساس آن تشخیص پرستاری می دهد و کلیه نتایج ارزیابی اولیه در اولین گزارش پرستاری ثبت می گردد.

**تبصره: در بخش اورژانس در صورت ماندگاری بیمار بیش از ۱۲ ساعت ارزیابی اولیه انجام می شود که در آن صورت نیاز به ارزیابی مجدد در بخش نمی باشد.**

## ۳) ارزیابی خطر اقدام به خودکشی در این بیمارستان چگونه و در چه زمانی انجام می شود؟

معیار ارزیابی خودکشی صد اسکور (SAD PERSONE) می باشد که در کلیه بخش ها در بدو پذیرش و زمان ارزیابی اولیه انجام می شود. در بخش اورژانس نیز در بدو پذیرش و قبل از ارزیابی اولیه انجام می شود. نکته مهم: ارزیابی معیارهای پر خطر حداقل در هر روز باید بررسی شود زیرا ممکن است بیمار در زمانی پرخطر و در زمان دیگر از آن منظر پرخطر نباشد. (این معیار به کلیه بخش ها ابلاغ شده است و آدرس الکترونیک آن: محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei

## ۴) زمان استاندارد ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار چقدر می

باشد؟

شیفت	زمان ورود	زمان خروج
D	۷:۱۵ الی ۷:۳۰	۱۵:۳۰ الی ۱۵:۴۵
E	۱۵:۱۵ الی ۱۵:۰۰	۱۹:۳۰ الی ۱۹:۴۵
N	۱۹:۱۵ الی ۱۹:۰۰	۷:۳۰ الی ۷:۴۵ روز بعد

۳۰ الی ۴۵ دقیقه

## ۵) آیا از ساعت همپوشانی شیفت خود اطلاع کامل دارید؟

ابلاغ توسط دفتر پرستای و موجود در زونکن اعتباربخشی محور

عمومی بالینی

## ۶) تحویل و تحول بالینی توسط شما چگونه انجام می شود؟

تحویل و تحول بالینی موثر بر بالین بیمار و به روش SBAR انجام میشود ،

## ۷) روش SBAR چگونه است؟

وضعیت: تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه

سوابق: بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار

ارزیابی: نتیجه گیری آن چه فکر می کنید

توصیه: آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

پروتکل SBAR به بخش ها ابلاغ شده: محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei

## ۸) روش مهار شیمیایی را توضیح دهید؟

این روش به آدرس: روش ها و خط مشی ها / محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی/ [rajae](#) ابلاغ شده است. \*\*لطفاً کامل مطالعه شود\*\*

نکات کلیدی روش اجرایی: جهت انجام مهار شیمیایی باید دستور پزشک معالج ثبت شده باشد، در غیر این صورت و در صورت نیاز به مهار پزشک مقیم به صورت تلفنی از پزشک معالج دستور مهار شیمیایی را کسب می نماید. تکرار مهار شیمیایی در طول ۲۴ ساعت سه مرتبه می باشد که در هر مرتبه باید دستور پزشک معالج کسب گردد. به هیچ عنوان نباید به دستور در صورت لزوم اکتفا کرد و باید حتماً مجدداً دستور پزشک اخذ گردد که به این منظور پزشکان دستور مهار شیمیایی را یک بار در هفته REORDER نمایند. حفظ حریم خصوصی و شرایط ایمنی بیمار در تمامی مراحل الزامی است. کلیه اقدامات در قبل، حین و پس از مهار در گزارش پرستاری ثبت می شود.

## ۹) روش مهار فیزیکی را توضیح دهید؟

این روش به آدرس: روش ها و خط مشی ها / محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی/ [rajae](#) ابلاغ شده است. \*\*لطفاً کامل مطالعه شود\*\*

نکات کلیدی روش اجرایی: انجام مهار فیزیکی آخرین راه در کنترل بیمار بسیار پرخطر که به مهار شیمیایی واکنش نداده است، می باشد که صرفاً با دستور پزشک معالج امکان پذیر است. دستور پزشک باید شامل نوع مهار، مدت زمان مهار و اندام های نیاز به مهار باشد. انجام مهار در اتاق مهار جسمی و توسط پرستار و بادیگارد با رعایت کامل حریم خصوصی و ایمنی بیمار می باشد. در صورت عدم دستور پزشک و نیاز شدید بیمار به مهار فیزیکی باید پزشک مقیم بر بالین بیمار حاضر و با تماس تلفنی با پزشک معالج دستور مهار فیزیکی را کسب نماید. در تمام مدت مهار فیزیکی پرستار باید بیمار را از نظر آسیب های عروقی بررسی و چک لیست مربوطه خود را تکمیل نماید. به هیچ عنوان بدون دستور پزشک یا با دستور در صورت لزوم اقدام به مهار بیمار ننماید. مهار عضو دارای اختلال ممنوع می باشد.

## ۱۰) دستورالعمل مقادیر بحرانی پاراکلینیک را توضیح دهید؟

این روش به آدرس: روش ها و خط مشی ها / محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی/ [rajae](#) ابلاغ شده است. \*\*لطفاً کامل مطالعه شود\*\*

نکات کلیدی دستورالعمل: مقادیر بحرانی یعنی زمانی که نتیجه آزمایش از رنج نرمال فراتر می باشد که فهرست این مقادیر مشخص شده است ( در زونکن اعتباربخشی / محور آزمایشگاه و محور عمومی بالینی موجود می باشد)، در این صورت آزمایشگاه با خط یک طرفه (RED CALL) به بخش اطلاع رسانی می نماید و بخش و آزمایشگاه در فرم مقادیر بحرانی (در زونکن فرم ها و چک لیست ها- محور آزمایشگاه) ثبت می نماید. جهت ثبت، آزمایشگاه مجدداً آزمایش را می خواند بخش یادداشت می نماید و یادداشت را بازخوانی میکند. سپس پرستار سربا بر بالین بیمار حاضر می شود و بیمار را ارزیابی می نماید و بلافاصله به پزشک معالج اطلاع رسانی می کند در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج پرستار پزشک مقیم را مطلع می نماید.

## ۱۱) دستورالعمل تست های معوقه را توضیح دهید؟

روش ها و خط مشی ها / محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی/ [rajae](#)

نکات کلیدی دستورالعمل: در صورتی که نتایج پاراکلینیک بیمار پس از ترخیص وی از بیمارستان، آماده و به بخش ارائه شود نتایج تست های معوقه نام دارد. نتایج توسط آزمایشگاه یا سایر مراکز پاراکلینیکی به بخش تحویل داده می شود. این نتایج می تواند نرمال یا غیر نرمال باشد که در هر صورت بایستی به بیمار یا خانواده وی اطلاع داده شود. قبل از اطلاع، سرپرستار هماهنگی لازم را با پزشک معالج به عمل می آورد

نتایج بایستی حتما به رویت پزشک برسد و آن را ممهور به مهر خود نماید، سپس نتایج به خانواده اطلاع رسانی می شود. اصل نتیجه پاراکلینیکی بر روی پرونده الصاق و کپی آن جهت تحویل به خانواده به منشی بخش ارائه می شود.

### ۱۲) لیست بیماران آسیب پذیر این بیمارستان و نحوه عملکرد جهت ایشان چیست؟

آدرس: محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/ اعتباربخشی/ rajaei و زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی ابلاغ شده است

بیماران روانپزشکی مزمن، بیماران سوء مصرف مواد مخدر، بیماران تست ماکر مثبت، بیماران زندانی، بیماران مجهول الهویه، بیماران سالمند (بالای ۶۵ سال)، بیماران با اختلالات ذهنی، افراد بی خانمان از بیماران آسیب پذیر بر اساس مصوبه کمیته اخلاق بالینی می باشد. جهت این بیماران بخش مجزا (سوء مصرف مواد مخدر، روانپزشکی مزمن)، دستگیره راهروها و تخت های کوتاه و توالت فرنگی (سالمندان، اختلالات حرکتی) و... در نظر گرفته شده است، البته جهت پیگیری سایر مراحل به مددکاری بیمارستان ارجاع می یابند.

### ۱۳) لیست بیماران پرخطر و نحوه عملکرد در خصوص هر کدام را نام ببرید؟

آدرس: محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/ اعتباربخشی/ rajaei و همچنین زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی و به بخش ابلاغ شده است (حتما در معرض دید پرسنل باشد)

بیماران با احتمال سقوط، بیماران با احتمال خودکشی و دگرکشی، بیماران آلژیک، بیماران دیابتیک، بیماران تست مارکر مثبت، بیماران دارای سوء تغذیه ، بیماران پلی فارمسی (۴ دسته دارویی)، بیماران با سابقه تشنج

نحوه عملکرد: فهرست به طور کامل مطالعه شود. در همه این افراد روش ارزیابی وجود دارد به عنوان مثال سقوط مورس، خودکشی صد اسکور و ... کاردکس بیماران لیبل زرد می خورد (به جز آلژیک که لیبل قرمز می خورد)، احتیاطات پرستاری انجام و نظارت بیشتر بر این بیماران صورت می پذیرد. (کوتاه شدن ارتفاع تخت، بستری در اتاق روبروی ایستگاه پرستاری، دستگیره راهروها، آلامر HIS در خصوص تست مارکر مثبت ها از نمونه تمهیدات این بیمارستان جهت بیماران پرخطر می باشد).

همکاران محترم: دقت لازم در خصوص اینکه کاردکس با برچسب زرد لیبل می خورد و در تابلو مشخصات بیمار با ماژیک قرمز پرخطر بودن بیمار ثبت می شود، به عمل آید

### ۱۴) استاندارد متوسط زمان انجام مشاوره های اورژانسی و غیر اورژانسی از زمان درخواست چقدر می باشد؟

مشاوره های اورژانسی: ۱ الی ۲ ساعت

مشاوره های غیر اورژانسی: ۱۲ الی ۲۴ ساعت

### ۱۵) دستورالعمل تسکین درد را توضیح دهید؟

این دستورالعمل به آدرس: روش ها و خط مشی ها / محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/ اعتباربخشی/ rajaei ابلاغ شده است

### ۱۶) داروهای مخدر در کجا و چگونه نگهداری می شود؟

داروهای مخدر در داروخانه و در گاو صندوق نگهداری می شود ، در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل سوپروایزر ضمن هماهنگی با مسئول داروخانه حق دسترسی به آن را می یابد.

### ۱۷) لیست داروهای مشابه هشدار بالا را نام ببرید؟

در این جا منظور داروهای مشابه با هشدار بالاست نه همه داروهای مشابه . این داروها در صورت نگهداری در بخش باید در سبد قرمز با فونت ۴۸ و نام دارو به فارسی باشد که البته در بخش وجود ندارد و برخی اقلام آن صرفا در توالی احیا وجود دارد و نشانگر آن لیبل قرمز با دایره زرد است . این لیست در آدرس **محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** موجود است.

### ۱۸) نحوه عملکرد در خصوص داروهای مشابه و پرخطر در بخش چگونه است؟

**داروهای پرخطر** در بخش با لیبل قرمز که توسط داروخانه لیبل گذاری شده ، مشخص می گردند. در صورت ثبت در پرونده بیمار داروهای پرخطر توسط دو پرستار چک و دو مهره می شوند، احتیاطات لازم توسط پرستار در مورد بیماری که داروی پرخطر مصرف کرده است در نظر گرفته می شود. ترجیحا داروهای پرخطر در قفسه مستقل و با لیبل قرمز در قفسه مشخص می شوند.

**داروهای مشابه:** این داروها با لیبل زرد از سمت داروخانه لیبل گذاری می شوند. در تلفظ و ثبت داروهای مشابه دقت لازم توسط پرستاران به عمل می آید. داروخانه لیست داروهای مشابه (اسمی، ظاهری) را جهت جلوگیری از خطا به بخش ها ارائه می نماید و در صورت داروی مشابه جدید از طرف کارخانه دارویی، اطلاع رسانی به بخش ها توسط داروخانه انجام می شود. نگهداری دارو در قفسه با لیبل زرد رنگ مشخص می شود.

### ۱۹) برچسب میکروست ها چگونه است؟

برچسب قرمز حاوی نام دارو با فونت مناسب از محل داروخانه به بخش تحویل داده می شود.

### ۲۰) اصول صحیح دارو دهی را نام ببرید؟

**محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** و **زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی**

داروی صحیح - راه صحیح - زمان صحیح - دوز صحیح - بیمار صحیح - مستند سازی صحیح - حق کارکنان یا بیمار جهت سوال در مورد دستور دارویی

### ۲۱) دو پیام مهم دارویی را می دانید؟

۱- داروهای فاقد برچسب به دور انداخته شوند.

۲- هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست، به بیمار ندهید.

### ۲۲) فهرست موارد مشمول تلفیق دارویی را نام ببرید؟

**محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** و **زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی**

داروهای نسخه شده- ویتامین ها- داروهای روی پیشخوان- مواد تشخیصی و کنتراست ها- تغذیه مکمل - فرآورده های خونی- مایعات وریدی - مواد غذایی- داروهای گیاهی

تلفیق دارویی توسط پزشک در زمان اخذ شرح حال و در زمان ترخیص انجام می شود.

### ۲۳) معیار های نیاز به خدمات توانبخشی در بیماران را می دانید؟

**محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** و **زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی**

-بیماران پیش رونده مغز و اعصاب با ناتوانی جسمی-حرکتی

-بیماران سکته مغزی فاز تحت حاد

-بیماران آسیب نخاعی و مغزی تحت حاد

-بیمارانی که در اثر یک بیماری ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می کنند

-بیماران با آسیب روحی شدید و ناگهانی

#### ۲۴) حداقل موارد آموزش بیمار توسط پرستار چیست؟

موجود در زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی و به بخش ها ابلاغ شده است.

-افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با آن

-پوزیشن مناسب بیمار در بستر

-محدوده فعالیت های فیزیکی جهت بیمار

-نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد

-مراقبت/محدودیت های حرکتی

#### ۲۵) حداقل موارد آموزش به بیمار در بدو ورود-حین بستری-حین ترخیص را نام ببرید؟

ابلاغ در زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی و محور عمومی بالینی و آموزش به بیمار / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee

بدو ورود: آشنایی با پزشک معالج، پرستار و سایر ارائه دهندگان خدمت-آشنایی با محیط فیزیکی بخش، آشنایی با مقررات بخش، ارائه آموزش های لازم در خصوص ایمنی بیمار

حین بستری: آموزش در زمینه بیماری اصلی- آموزش در زمینه داروهای تجویز شده- آموزش در مورد روش های درمان جایگزین و کمکی- آموزش خود مراقبتی بیماری جسمی

حین ترخیص: آموزش در خصوص میزان، زمان و نحوه مصرف دارو- تغذیه-مراقبت های لازم در منزل-زمان، مکان و مراجعه بعدی-علائم هشدار دهنده

#### ۲۶) دستورالعمل خود مراقبتی در مورد ۵ بیماری شایع بیمارستان را توضیح دهید؟

روش ها و خط مشی ها/ محور عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee

#### ۲۷) مسئول آموزش به بیمار در این بیمارستان چه کسی است؟

خانم فرزانه بهرامی-ابلاغ در زونکن اعتباربخشی موجود است



۲۸) اقدامات نیاز به اخذ رضایت آگاهانه در این بیمارستان چیست؟ شوک درمانی/اعزام / سوچور. ابلاغ موجود در زونکن اعتباربخشی  
محور عمومی بالینی و حقوق گیرنده خدمت و آدرس: محور عمومی بالینی و محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee



۲۹) ایمنی بیمار را تعریف کنید؟

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب از آسیب های بی مورد یا بالقوه مرتبط با خدمات مراقبت سلامت. ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرایند مراقبت پزشکی می باشد.

۳۰) مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را نام ببرید و ابلاغ ایشان را ارائه دهید؟

ابلاغ موجود در زونکن اعتباربخشی محور مدیریت خطا و خطر و به آدرس محور مدیریت خطا و خطر / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee

مسئول ایمنی ← دکتر علی محمد کردی (ریاست/مسئول فنی و ایمنی بیمارستان)

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ← اسماء نورمحمدی

۳۱) آنکال وقایع ناخواسته حیات در بیمارستان چه کسی است؟

دکتر مهدی شادفر (قائم مقام مسئول فنی)

۳۲) شرح وظایف مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان نام ببرید؟

شرح وظایف موجود در زونکن اعتباربخشی محور مدیریت خطا و خطر و به آدرس محور مدیریت خطا و خطر / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee \*\*به صورت کامل مطالعه شود\*\* خلاصه ای از شرح وظایف:

سمت	شرح وظایف
مسئول ایمنی	اندازه گیری فرهنگ ایمنی بیمار به صورت سالیانه-مشارکت در بازدیدهای ایمنی و مدیریتی- نظارت بر سیستم گزارش دهی خطا-مشارکت فعال در کمیته مرگ ومیر...
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	انجام بازدیدهای مدیریتی و ایمنی از بخش ها-تحلیل ریشه ای خطاهای گزارش شده- گزارش اقدامات مرتبط با ایمنی بیمار به مسئول ایمنی-تحلیل وقایع ناخواسته حیات- مشارکت در برگزاری کمیته مرگ ومیر

### ۳۳) نحوه عملکرد در خصوص بیماران با اسامی مشابه چگونه است؟

در خصوص این بیماران در کاردکس بیمار و تابلو مشخصات بیماران موجود در ایستگاه پرستاری ، روی پرونده بیمار ، کاپ دارویی و مژر دارویی لیبل اسامی مشابه ثبت می گردد و پرستار احتیاطات لازم را در این خصوص اجرا می نماید.

### ۳۴) روش برخورد با عوارض ناخواسته دارویی (ADR) یا هرگونه خطای دارویی را توضیح دهید؟

نکات کلیدی روش اجرایی: در صورت بروز عارضه یا خطای دارویی پرستار فرم زرد رنگ موجود در صندوق ADR را تکمیل می نماید.هم چنین امکان گزارش دهی الکترونیک عوارض ناخواسته دارویی وجود دارد.فایل آموزش آن در مسیر :

پرستار- آذر - ۱۴۰۱-مطالب آموزشی - اعتباربخشی - rajaee \\\

و در صورت گزارش الکترونیک کد اینترنتی آن می بایست به اطلاع کارشناس هماهنگ کننده ایمنی رسانده شود و یا در فرم مخصوص ثبت گردد .پرستار فرم را تحویل واحد ایمنی بیمارستان می نماید.کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار از طریق ورود به سایت غذا و دارو فرم را به صورت الکترونیکی به معاونت ارسال می نماید.در پایان هر فصل کلیه خطاهای دارویی جمع اوری شده در کمیته دارودرمان بررسی و تحلیل و شاخص مربوطه استخراج می گردد.

رابط ADR بیمارستان، خانم نورمحمدی هستند.

درسنامه های اطلاعیه های ADR و نیز راهکارهای پیشگیری از خطای پزشکی ارسالی از معاونت غذا و دارو در مسیر

\\rajaee\اعتباربخشی\۱۴۰۲\ایمنی بیمار\اطلاعیه های ADR\قرار دارد

### ۳۵) شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار را نام ببرید؟(حداقل ۵ مورد)

موجود در زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی و آدرس : محور عمومی بالینی و خطا خطر/ سال ۹۸ و ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee

۱- سقوط به دلیل سن بالا، عدم تعادل و مصرف داروهای روانپزشکی

۲- سوئ مصرف دارو یا مواد مخدر

۳- عدم آگاهی و شناخت بیمار نسبت به زمان و مکان (نداشتن insight)

۴- احتمال خود کشی و دگر کشی

۵- آپنه بیمار در خواب

### ۳۶) نحوه تکمیل فرم عملیات احیا را نام ببرید؟

تکمیل فرم عملیات احیا صرفا به عهده سوپروایزر بالینی می باشد.

### ۳۷) موارد استفاده از لیبل بیو هازراد را نام ببرید؟

این لیبل جهت بیماران تست مارکر مثبت بر روی کاردکس ایشان و نمونه های آزمایشی ارسالی به آزمایشگاه نصب می گردد.

### ۳۸) روش اجرایی ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی را نام ببرید؟

روش اجرایی به آدرس: روش ها و خط مشی ها/ محور مدیریت خطا و خطر /سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee/ کامل مطالعه شود

ارزیابی پیشگیرانه شامل: گزارش خطاهای بیمارستان و انجام تحلیل و ارائه اقدام اصلاحی در کمیته پیرو خطاهای گزارش شده، انجام fmea، انجام RCA می باشد

### ۳۹) وقایع ناخواسته حیات را نام ببرید؟

موجود درزونکن اعتباربخشی محور مدیریت خطا و خطر و اطلاعیه ها /محور مدیریت خطا و خطر /سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee/ \*\*کامل مطالعه شود\*\*

این موارد ۲۸ مورد است که در بیمارستان شهید رجایی ۱۵ مورد آن قابل گزارش می باشد.

کد ۱۱: مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد

کد ۱۲: خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد ۱۶: مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد ۲۴: سقوط بیمار

### ۴۰) نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته را توضیح دهید؟

روش اجرایی به آدرس: روش ها و خط مشی ها/ محور مدیریت خطا و خطر /سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee/ کامل مطالعه شود

مطابق فرایند واکنش سریع وقایع ناخواسته دو سطح گزارش دهی وجود دارد:

سطح ۱: شامل مرگ، عوارض شدید و تکرار شونده بیش از دو مورد در کمتر از یک ماه این موارد می بایست ظرف مدت ۱-۲ ساعت به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع داده شود

سطح ۲: سایر موارد ناخواسته این موارد می بایست ظرف مدت ۶ ساعت به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع داده شود

- در صورت بروز وقایع ناخواسته مورد می بایست بلافاصله به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع داده شود و در شیفتر عصر و شب توسط سوپروایزر اطلاع رسانی انجام می گردد و در هر دو حالت فرم الکترونیک وقایع ناخواسته توسط پرستار بیمار می بایست تکمیل گردد). کارشناس ایمنی موارد را در کمیته مرگ و میر مورد تحلیل و اقدام اصلاحی ارائه می شود. همچنین خطاهای رخ داده شده مورد تحلیل ریشه ای قرار می گیرد و نتایج آن به معاونت درمان ارسال می گردد.
- هم چنین به جز موارد ۲۸ گانه، مواردی وجود دارد که در لیست نمی باشد ولی جزء موارد ناخواسته می باشد این موارد با کد ۲۵ اعلام می گردد و توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بررسی و در صورت مشمول بودن به معاونت درمان گزارش می گردد

## ۴۱) تفاوت بازدید های مدیریتی (میدانی) و ایمنی را نام ببرید؟

تفاوت سوم (زمان)	تفاوت دوم (اعضا)	تفاوت اول (نحوه ارزیابی)	نوع بازدید
به صورت هفتگی (هر هفته از یک بخش)	اعضای مدیریت اجرایی	خود اظهاری مسئول و پرسنل بخش	مدیریتی (میدانی)
ماهانه بر اساس تقویم	اعضای مدیریت اجرایی + بهداشت محیط + مدیریت اطلاعات سلامت + پشتیبانی	از طریق چک لیست ایمنی	ایمنی

نکته: اعضای مدیریت اجرایی بیمارستان : رئیس بیمارستان، مسئول فنی بیمارستان، مدیر داخلی بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری، مسئول نظارت و بهبود کیفیت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

بازخورد بازدید های مدیریتی به افراد گزارش کننده خطا تحویل داده می شود و فایل الکترونیک آن نیز در مسیر

\\rajaee\اعتباربخشی\۱۴۰۲\مدیریت خطا و خطر قرار دارد. هم چنین فیدبک بازدید ایمنی تحویل سرپرستار بخش می گردد و فایل الکترونیک در مسیر ذکر شده قرار می گیرد

## ۴۲) آیا از تقویم بازدید های مدیریتی و ایمنی اطلاع دارید؟

این تقویم در زونکن اعتباربخشی محور مدیریت خطا و خطر و به آدرس محور مدیریت خطا و خطر / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaee موجود می باشد.

## ۴۳) راه حل ایمنی بیمار را نام ببرید؟

در زونکن اعتباربخشی محور مدیریت خطا و خطر و به آدرس محور مدیریت خطا و خطر / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaee موجود می باشد.

- ✓ توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ✓ توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا (شناسایی صحیح بیمار)
- ✓ ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ✓ انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ✓ کنترل غلظت محلول ها و الکترولیت ها
- ✓ اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ✓ اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ✓ بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
- ✓ استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

۴۴) تفاوت RCA و FMEA چیست؟ RCA: تحلیل ریشه ای خطای رخ داده شده FMEA: رویکرد پیشگیرانه از خطا

- ✓ در این مرکز امکان استفاده از روش های معمول شناسایی بیمار مانند اتیکت شناسایی و یا دستبند شناسایی بر مبنای دستورالعمل شناسایی بیمار (ابلاغی وزارت بهداشت و درمان) نمی باشد، لذا بر مبنای سیاست های بیمارستان و برگزاری جلسات مختلف و مصوبات کمیته های مرگ و میر، شناسایی بیمار در این بیمارستان با دو شناسه (عکس بیمار و نام و نام خانوادگی) بر اساس دستورالعمل داخلی می باشد
- ✓ مهم ترین اصل در شناسایی بیمار انجام شناسایی فعال می باشد (پرسیدن نام و نام خانوادگی و تطبیق با پرونده و کاردکس)
- ✓ در صورت وجود بیماران با اسامی مشابه، از الصاق لیبل هشدار، مخصوص بیماران تشابه اسمی روی کاردکس دارویی و پرونده بیمار و مژ دارویی و کاپ دارویی استفاده می گردد
- ✓ شناسه های شناسایی صحیح در واحد آزمایشگاه شامل: نام و نام خانوادگی، شماره پرونده و نام بخش، مربوطه روی نمونه های آزمایشگاهی می باشد.
- ✓ سایر کادر درمان مرتبط با بیمار (خدمات، بادیگارد، کار درمان، روان شناس و...) جهت شناسایی بیمار می بایست تایید صحت اطلاعات شناسایی بیمار را از پرستار بگیرند.

## محور حقوق گیرنده خدمت

### ۱) نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در این بیمارستان چگونه است؟

در این بیمارستان در صورت درخواست بیمار جهت دسترسی به پزشک معالج سرپرستار با سوپروایزر بیمارستان هماهنگی لازم را به عمل می آورد، سوپروایزر ضمن تماس با پزشک معالج ایشان را از درخواست بیمار مطلع می نماید پزشک دستورات لازم را تلفنی صادر می نماید. همچنین آدرس و تلفن محل کار و ساعات حضور ایشان در بیمارستان در واحد پذیرش و سایت بیمارستان موجود می باشد.

### ۲) روش دادن اخبار بد (BAD NEWS) به بیمار یا خانواده وی چگونه است؟

روش ها و خط مشی ها / محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / [rajaee](#)

نکات کلیدی دستورالعمل: جهت ارائه خبر بد یا ناگوار در خصوص فوت یا بیماری صعب العلاج، ابتدا کمیته اخلاق بالینی با حضور اعضای اصلی کمیته اخلاق و پزشک معالج، روانشناس مرکز، پرستار بیمار، بادیگارد مربوطه و مددکار بیمارستان تشکیل می شود. در این کمیته تصمیم گیری می شود خبر بد را به کدام عضو خانواده بیمار، چگونه و در چه زمانی ارائه دهیم؟ پس از تصمیم گیری نهایی، مددکار با خانواده بیمار تماس گرفته و از ایشان دعوت می نماید تا در جلسه بیمارستان (بر اساس تصمیم کمیته) شرکت نمایند. در صورت هرگونه سوال و کنجکاوی از مددکار، ایشان از ارائه خبر بد اجتناب می کند و از خانواده بیمار می خواهد تا حضوری در جریان مساله قرار بگیرند. جلسه در اتاق امن و عاری از هر گونه سر و صدا تشکیل (اتاق مددکار در اورژانس)، و روانشناس با روش های علمی آکادمیک به بررسی میزان پذیرش خبر بد به خانواده می پردازند. بادیگارد غیر مستقیم به کنترل شرایط می پردازد و پزشک با ملاحظه خبر را به خانواده ارائه می دهد.

### ۳) نحوه پوشش کارکنان در این بیمارستان چگونه است؟

ابلاغ نحوه پوشش کارکنان به آدرس محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / [rajaee](#)

#### ۴) اقدامات نیاز به اخذ رضایت آگاهانه در این بیمارستان چیست؟

شوک درمانی / اعزام و ارجاع / سوچور ابلاغ موجود در زونکن اعتباربخشی محور عمومی بالینی و حقوق گیرنده خدمت و آدرس :

محور عمومی بالینی و محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae

#### ۵) روش اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار یا خانواده وی چگونه است؟

روش ها و خط مشی ها / محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae

در صورت هر گونه واقعه از سمت بیمارستان جهت بیمار، بیمارستان موظف است بدون هرگونه پنهان کاری واقعه را به بیمار یا خانواده وی توضیح و از علل و عوامل آن را جهت ایشان توضیح دهد، بر اساس مصوبه کمیته اخلاق بالینی مسئول امور پیگیری بیماران خانم سورچیان توضیح واقعه یا رخداد را بر عهده دارند و مدیر داخلی بیمارستان، حراست و مسئول امور پیگیری بیماران فرآیند عذرخواهی از خانواده یا بیمار بابت رخداد اتفاق افتاده را بر عهده دارند.

#### ۶) خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در این بیمارستان را توضیح دهید؟

روش ها و خط مشی ها / محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae \*\*روش کامل مطالعه شود\*\*

نکات کلیدی روش اجرایی: در بدو پذیرش بیماران نیازمند به خدمات مددکاری بر اساس پروتکل تریاژ مشخص می گردند. کلیه بیماران آسیب پذیر، مجهول الهویه و... مورد ارزیابی مددکاری قرار می گیرند. مددکار اقدام به انجام راندهای روزانه از بخش ها و بررسی بیماران می نماید. مددکار فرم های راند مددکاری را جهت پیگیری های اتی تکمیل می نماید. پس از ترخیص این بیماران، مددکار به صورت رندوم اقدام به تماس تلفنی جهت جویا شدن وضعیت ایشان می کند.

نام بخش	رنگ لباس
گلشن (حاد ۱)	سبز
بهار (حاد ۲)	سبز آبی
یاسین (حاد ۳)	آبی روشن
کرونیک (یاس)	آبی پررنگ
اورژانس	کرمی

#### ۷) پوشش بیماران در بخش های مختلف را نام ببرید؟

ابلاغ در زونکن اعتباربخشی محور حقوق گیرنده خدمت و آدرس :

محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae

#### ۹) مفاد منشور حقوق بیمار را نام ببرید؟ (دانستن مکان نصب این منشور در بخش مربوطه الزامی است)

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود

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

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

نصب در هر بخش و موجود در آدرس: محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae \*\* لطفا به صورت کامل مطالعه

۱۰) آیا الزامی به محرمانگی اطلاعات بیمارستان وجود دارد؟

بله، آشکارسازی اطلاعات بیمار به هر نحوی ممنوع می باشد

۱۱) روش حفاظت از اموال بیماران (گیرندگان خدمت) را توضیح دهید.

روش ها و خط مشی ها / محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae

نکات کلیدی روش اجرایی: صورتجلسه نمودن اموال بیماران در بدو ورود در حضور یک نفر شاهد از نزدیکان بیمار - ارائه رسید پس از تحویل اموال بیمار به همراه یا فرد مورد اعتماد بیمار - نگهداری اموال بیمار در محل امن نزد مسئول انتظامات - تحویل اموال با اخذ رسید

۱۲) فرآیند رسیدگی به شکایات بیماران را توضیح دهید؟

نصب در بخش / موجود در آدرس محور حقوق گیرنده خدمت / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajae

## محور مدیریت غذایی

۱. چگونه شناسایی بیماران واجد مشاوره تغذیه؟

۱. از طریق درخواست پزشک در فرم مشاوره ۲. از طریق فرم ارزیابی اولیه پرستار

۲. چگونه تعیین و ثبت نوع رژیم بیماران؟

۱. از طریق ثبت در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ۲. ثبت نوع رژیم توسط پزشک در Order

۳. چگونه بازخورد اشتها و مقدار غذای سرو شده ی بیمار به کارشناس تغذیه؟

۱. ثبت در فرم های نظارت بر نوع و انطباق غذا در زونکن ۲. ثبت در گزارش پرستاری ۳. ارائه توضیح شفاهی

۴. چگونه تعیین BMI بیمار؟

۱. از طریق رجوع به نرم افزار Body بر روی دسکتاپ کلیه بخش ها ۲. از طریق نمودار BMI موجود در کلیه بخش ها

۵. چگونه فرآیند انجام رژیم درمانی؟

رجوع به زونکن مستندات اعتباربخشی و در فایل اعتباربخشی / محور مدیریت غذایی / شماره ب-۱-۷-۱ عمومی بالینی

۶. چگونه تامین غذای بیمار تازه بستری شده خارج از ساعات سرو غذا؟

رجوع به زونکن مستندات اعتباربخشی و در فایل اعتباربخشی / محور مدیریت غذایی \* به طور کلی اطلاع رسانی مسئول شیفت

به آشپزخانه جهت تهیه غذای بیمار ← توزیع غذایی که از وعده قبل باقی مانده

آماده سازی جوړاک جوجه کباب ظرف مدت نیم ساعت برای بیمار

## محور بهداشت محیط

\*\*فقط سوال ۱ و ۷ است که مشترک کلیه پرسنل می باشدبقیه سوالات مرتبط با پرسنل درمان است\*\*

۱- دسته بندی پسماندهای پزشکی چگونه می باشد و راهنمای تفکیک آنها به چه صورت می باشد؟  
۴ نوع پسماند داریم:

۱) پسماند عادی ( سطل آبی و پلاستیک مشکی)

۲) پسماند عفونی (سطل زرد و پلاستیک زرد)

۳) پسماند شیمیایی - دارویی ( سطل سفید و پلاستیک سفید)

۴) پسماند تیز و برنده (سفتی باکس)

۲- هر کدام از پسماندهای زیر جز کدام طبقه بندی قرار می گیرد؟

۱) پوست (جلد) سرنگ (عادی)

۲) بلستر (ورق) دارو (دارویی)

۳) شیشه شربت (دارویی) و جعبه مقوایی آن (عادی)

۴) سرم و باتل سرم (عفونی)

۵) سوزن ست سرم (تیز و برنده)

۶) ویال های خالی و نیمه پر و پر دارویی (دارویی)

۷) پوکه آمپول (تیز و برنده)

۸) ناخن (تیز و برنده)

۳- بر اساس دستورالعمل جدید یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی نحوه جمع آوری سوزن و سرنگ چگونه می باشد؟

سوزن سرنگ نبایستی مجددا درپوش گذاری شود و بایستی بدون هرگونه دستکاری داخل ظروف مستحکم و ایمن رها و جمع آوری شود

۴- بر اساس دستورالعمل جدید اجرایی یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی safety box چه موقع جمع آوری می گردد؟ بعد از پر شدن ۳/۴ آن تخلیه می شود

۵- پسماندهای ایزوله و آزمایشگاه جز پسماندهای عفونی محسوب می شوند

۶- قرار دادن سطل زرد در اتاق بیماران، سالن های عمومی و راهروها ممنوع می باشد

۷- چند مورد از روش های کاهش میزان تولید پسماند را نام ببرید؟

ترجیح استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر / استفاده از دو طرف برکه / الکترونیکی کردن فایل ها



## محور بهداشت حرفه ای

- ۱- عوامل زیان آور محیط کار را نام ببرید؟ عوامل فیزیکی / عوامل شیمیایی / عوامل ارگونومی / عوامل روانی / عوامل بیولوژیکی
- ۲- به جهت آگاهی از اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی مصرفی در محیط کار به کدام منبع مراجعه می کنید؟ MSDS ماده مورد نظر و برچسب آن
- ۳- اطلاع از آدرس الکترونیکی دیتا شیت مواد شیمیایی مورد استفاده (MSDS) الزامی است و حتما از پرسنل سوال میشود. و باید پرسنل بتوانند MSDS را برای ارزیاب بیاورند. (آدرس محور بهداشت حرفه ای / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei )
- ۴- MSDS مخفف کدام عبارت است و شامل چند قسمت می باشد؟  
به معنی "برگه های اطلاعات ایمنی مواد" می باشد و دارای ۱۶ قسمت می باشد.
- ۵- چند مورد از آیتم های MSDS را نام ببرید؟  
نام علمی ماده ، کد بین المللی شناسه CAS ، توصیف ماده، شناسه و فرمول ماده ، مخاطرات ، کمک های اولیه در شرایط حوادث و مسمومیت ها، روش های اطفاء ، روشهای کاهش حادثه ، انبارداری و نگهداری ، کنترل های مواجهه و وسایل حفاظت فردی ، خصوصیات فیزیکی و شیمیایی ، پایداری و واکنش پذیری ، مشخصات سم شناسی ماده ، مشخصات اکولوژی و زیست محیطی ماده و توصیه های لازم جهت امحاء مواد زاید اطلاعات مرتبط با حمل و نقل ، اطلاعات مربوط به قوانین و مقررات مربوطه و سایر اطلاعات مرتبط label مواد شیمیایی اطلاعات ماده به صورت خلاصه آمده است.
- ۶- آگاهی در مورد پیکتوگرام های مربوط به هر ماده شیمیایی که بر روی برچسب ظروف می باشد الزامی می باشد که در زیر بیان شده است.



- ۷- آگاهی در مورد لوزی خطر مربوط به هر ماده شیمیایی که بر روی برچسب ظروف می باشد الزامی می باشد که در زیر بیان شده است . قرمز رنگ : خطر آتش سوزی و حریق / زرد رنگ : واکنش پذیری / آبی رنگ: خطر مرتبط با سلامتی / سفید رنگ: خطرات ویژه



### ۸- فرم های گزارش حوادث و شبه حادثه تا چه مدت و به کدام واحد باید تحویل داده شود؟

در صورت بروز حادثه بایستی فرم گزارش حادثه توسط فرد حادثه دیده یا مسئول واحد ظرف کمتر از ۲۴ ساعت تکمیل و به واحد بهداشت حرفه ای تحویل داده شود در غیر اینصورت عواقب آن بر عهده شخص می باشد

۹- بین هل دادن یا کشیدن بار کدام را انتخاب می کنید؟ هل دادن

۱۰- آگاهی از نحوه صحیح نشستن الزامی است.



۱۱- شیوه صحیح حمل بار را به ترتیب توضیح دهید؟



۱۲- اطلاع از پوستر راهنمای تصویری وسایل حفاظت فردی در بخش الزامی می باشد. و باید پرسنل بتوانند کتابچه را برای ارزیاب

بیاورند. (آدرس محور بهداشت حرفه ای /سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee)

۱۳- اطلاع از کتابچه های الکترونیکی د حیطه های مختلف عوامل زیان آور بسیار مهم است و باید پرسنل بتوانند کتابچه را برای ارزیاب

بیاورند. (آدرس محور بهداشت حرفه ای /سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee)

## محور مدیریت خطر حوادث و بلايا(بحران)

۱) پنج مخاطره ی اول بیمارستان را نام بیرید؟

۱. بحران مالی و اقتصادی با توجه به شرایط موجود
۲. اپیدمی ها، پاندمی ها، بیماری های نوپدید و بازپدید
۳. عدم وجود سیستم تهویه
۴. کمبود نیروی انسانی
۵. احتمال تخریب ساختمان طرح توسعه با توجه به فرونشست (ساختمان گودبرداری شده)

۲) طرز کار کپسول پودر و گاز ، کپسول CO<sub>2</sub> و جعبه F چگونه است؟

کپسول پودر و گاز :

۱. جهت اطفاء حریق مایعات و گازهای قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابل مایع شدن هستند (گاز شهری ، الکل مواد نفتی و روغن نباتی و ... ) استفاده می گردد.
۲. در فضای باز ، پشت به باد قرار بگیرید و در اتاق ها ، جلوی درب خروجی قرار بگیرید.
۳. کپسول را سروته کرده تا پودر داخل کپسول به هم بخورد.
۴. ضامن را کشیده و شیلنگ را محکم در دست بگیرید زیرا در صورت آزاد شدن پودر، شیلنگ از کنترل خارج می شود.
۵. در حین اطفاء حریق ، فاصله از آتش، حدود ۶- ۱/۵ متر باشد .
۶. دسته تخلیه را فشار دهید و آتش را به صورت جاروب کردن خاموش کنید.
۷. پس از اطفای حریق جهت شارژ کپسول آتش نشانی به واحد تاسیسات بیمارستان اطلاع دهید .

کپسول CO<sub>2</sub> :

۱. جهت اطفاء حریق های ناشی از تجهیزات الکتریکی و الکترونک ، کابل ها و ادوات برقی استفاده می گردد.
۲. در فضای باز ، پشت به باد قرار بگیرید و در اتاق ها ، جلوی درب خروجی قرار بگیرید.
۳. ضامن را کشیده و شیلنگ را محکم در دست بگیرید زیرا در صورت آزاد شدن گاز، شیلنگ از کنترل خارج می شود.
۴. در حین اطفاء حریق ، فاصله از آتش، حدود ۴- ۲ متر باشد .

۵. دسته تخلیه را فشار دهید و آتش را به صورت جاروب کردن خاموش کنید.
۶. جهت جلوگیری از یخ زدگی و مسدود شدن خروجی شیر کپسول، به صورت مداوم دسته تخلیه را نگه ندارید. (فشار دادن و رها کردن دسته تخلیه کپسول)
۷. به علت خفه کننده بودن گاز CO<sub>2</sub> در صورت استفاده از آن در محیط های بسته، پنجره ها را باز یا تهویه را روشن کرده و محل را ترک کنید.
۸. پس از اطفای حریق جهت شارژ کپسول آتش نشانی به واحد تاسیسات بیمارستان اطلاع دهید .

#### **نحوه ی کار با جعبه F :**

۱. کلید قفل جعبه F ، جدای از سایر کلیدها می باشد.
۲. شیر فلکه را به طور کامل باز کنید .
۳. با چرخاندن حلقه ، شیلنگ را از روی آن خارج نمایید.
۴. نازل سر شیلنگ را باز کنید.
۵. شیر نازل را به سمت کانون آتش نشانه گرفته و تا دفع کامل آتش به عملیات ادامه دهید.
۶. هیچگاه به صورت انفرادی از جعبه استفاده نکنید زیرا امکان دارد به شما آسیب برسد همیشه دو نفره این کار را انجام دهید

#### **۳) رابطن آتش نشانی چه کسانی هستند؟ کلیه ی بادیگاردها و پرسنل تاسیسات**

#### **۴) بیمارستان از نظر ایمنی (در راستای خطر حوادث و بلایا) در چه سطحی قرار دارد و به چه معناست؟**

بیمارستان از نظر ایمنی در سطح اول قرار دارد . در سطح اول ، بیمارستان می تواند از جان افرادی که درون آن هستند محافظت کرده و قادر به ادامه ی عملکرد خود در شرایط حوادث و بلایا باشد.

#### **۵) آگاهی از خروج اضطراری بخش /واحد خود و جای کلید آن**

محل خروج اضطراری هر بخش/واحد با تابلو سبز شبرنگ مشخص شده . همچنین محل آن در نقشه زیر ساختی بخش که در بخش نصب شده است مشخص شده . کلید آن جدای از سایر کلیدها در بخش نصب می باشد و با اتیکت تحت عنوان کلید خروج اضطراری مشخص شده است.

#### **۶) نحوه قطع نمودن والو گاز، برق ، آب بخش هنگام بحران چگونه است ؟**

محل والو برق ، آب و گاز بخش در نقشه ی زیرساختی هر بخش/واحد مشخص شده و این نقشه در بخش نصب می باشد.

#### **۷) دستورالعمل استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری چیست ؟**

در هنگام حریق از آسانسور استفاده ننمایید و از خروج اضطراری استفاده نمایید.

#### **۸) روش اجرایی گزارش حوادث بیمارستان (در حیطه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان و تجهیزات اصلی) چگونه است ؟**

۱. پرسنل هرگونه حوادث داخلی در حیطه های ذکر شده را به مسئول بخش/ واحد خود گزارش می دهند .
۲. مسئول بخش/واحد حادثه گزارش شده را به سوپروایزر اطلاع می دهد.
۳. سوپروایزر حادثه گزارش شده را بررسی می نماید.
۴. سوپروایزر در صورت عدم نیاز به فعال سازی سامانه فرمانده حادثه ، به منظور رفع مشکل ، حادثه گزارش شده را به مسئول پشتیبانی ، مسئول IT و مسئول تجهیزات پزشکی گزارش می نماید. (سوپروایزر در صورت نیاز پس از اطلاع به ریاست/مدیریت بیمارستان ، سامانه فرماندهی حادثه را فعال می نماید.)
۵. مسئولین مربوطه ( مسئول پشتیبانی ، مسئول IT و مسئول تجهیزات پزشکی ) در صورت نیاز در راستای رفع مشکل ، حادثه را به ریاست/مدیریت بیمارستان گزارش می نمایند.
۶. سوپروایزر در صورتی که حادثه رخ داده نیاز به تحلیل ریشه ای داشته باشد، فرم "گزارش حوادث رخ داده" را تکمیل و به دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا جهت طرح در کمیته به منظور اتخاذ تصمیم در راستای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان تحویل می نماید.

#### **۹) چگونگی گزارش فوری موارد غیر معمول بیماری های نو پدید توسط کارکنان مرتبط ؟**

۱. هرگونه علائم بیماری های واگیر و مشکوک در تریاژ بیماران و یا در بخش به اطلاع پزشک رسانده می شود.

۱. پس از قطعی شدن توسط پزشک ، فرم گزارش دهی بیماری های واگیر دار توسط پرستار تکمیل می گردد و به سوپروایزر کنترل عفونت و یا سوپروایزر بالینی اطلاع می دهد.

۳. سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که بیماری مشمول گزارش دهی فوری نباشد در قالب نامه به واحد مبارزه با بیماری های شبکه بهداشت و درمان نجف آباد و در صورتی که بیماری مشمول گزارش دهی فوری باشد از طریق تماس تلفنی به واحد مبارزه با بیماری های شبکه بهداشت و درمان نجف آباد در اسرع وقت در همان روز اطلاع رسانی می نماید.

### ۱۰) چگونگی گزارش فوری موارد تخلفات مدنی یا احتمالات خرابکاری ، دزدی، کودک / آدم ربایی

۱. هرگونه موارد تخلف را به مسئول بخش/واحد خود اطلاع دهید و مسئول بخش/واحد به مسئول حراست بیمارستان(تماس با داخلی ۱۶۵) اطلاع می دهد
۲. مسئول حراست بیمارستان پس از بررسی صحت و سقم گزارش واصله جهت تصمیم گیری به ریاست / مدیریت بیمارستان اطلاع رسانی می نماید.
۳. طی یک جلسه با حضور ریاست/ مدیریت ، مسئول حراست ، مسئول بخش/واحد مربوطه و فرد گزارش کننده با بازبینی دوربین ها و بررسی گزارش مربوطه ، تصمیم مناسب در این خصوص اتخاذ می نمایند.

### ۱۱) موارد قابل گزارش به سوپروایزر را نام ببرید. داخلی ۲۱۹

- نقص تأسیسات، تجهیزات و سازه های بیمارستان بهنجوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره های را در پی داشته باشد.
- مسمومیت یا مصدومیت یک نفر از بیماران یا پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
- شیوع بیماری عفونی در یک نفر از بیماران یا پرسنل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
- حمله به بیمارستان در درگیریهای مختلف
- وقوع مخاطرات غیرطبیعی مانند آتش سوزی، آلودگی های شیمیایی و ....
- تجمع اکثریت بیماران
- بخش هرگونه شایعه که وضعیت بیمارستان را از حالت عادی خارج نماید.
- مشاهده هر موردی که موجب اختلال در خدمت رسانی به بیماران می شود.

### ۱۲) موارد قابل گزارش از طرف بیمارستان به EOC (مرکز هدایت عملیات دانشگاه) را نام ببرید

- حوادث ترافیکی با فوتی و مجروح بیش از ۴ نفر که خود ۴ نفر مدنظر نمی باشد
- حوادث ترافیکی با تعداد بیش از ۲ فوتی که خود ۲ فوتی مدنظر نمی باشد
- هرگونه تحصن و تجمع
- خودکشی (منجر به فوت) حتی یک مورد
- حوادث تروریستی
- مسمومیت گروهی از ۴ نفر به بالا
- و ....

### ۱۳) سامانه هشدار اولیه چیست ؟

سامانه هشدار اولیه (سریع) به این معنا می باشد که هرگاه حادثه ای اتفاق می افتد می بایست ۱. صحت آن سنجیده شود و ۲. به چه کسی می بایست خبر داده شود تا بهترین پاسخ به حادثه داده شود .

سامانه هشدار اولیه : مشاهده هرگونه مورد قابل گزارش به سوپروایزر ← تائید صحت خبر توسط سوپروایزر ← اطلاع به EOC یا فعال نمودن سامانه فرماندهی حادثه توسط سوپروایزر

### ۱۴) آگاهی از سامانه فرماندهی حادثه ، ابلاغ و شرح وظایف خود

یک سامانه مدیریتی برای سازماندهی کارکنان ، تجهیزات ، منابع و ارتباط برای پاسخی موثر به حادثه . تحت این ساختار یک نفر به عنوان فرمانده، مدیریت حادثه را به عهده می گیرد و در کنار فرماندهی حادثه ، چهار پست عملکرد مدیریتی (عملیات ، برنامه ریزی ، پشتیبانی و اداری مالی ) وجود دارد. این

ساختار در کلیه ی واحدها و بخشها نصب می باشد و در صورتی که فردی در این سامانه دارای پست می باشد از جایگاه و شرح وظایف خود به آدرس ( شرح وظایف- سامانه فرماندهی حادثه - مدیریت خطر حوادث و بلایا- ۱۴۰۲ - اعتباربخشی -\rajae) مراجعه نمایید، مطالعه و از آن آگاه باشد.

### ۱۵) دستورالعمل " تخلیه ی بیمارستان در زمان حادثه " چیست ؟

۱. بررسی حادثه توسط سوپروایزر و اتخاذ تصمیم جهت تخلیه توسط سوپروایزر
۲. تعیین سطح تخلیه (افقی ، عمودی ،کامل) توسط سوپروایزر
  - تخلیه افقی : انتقال بیماران و پرسنل به قسمت های امن دیگر در همان طبقه
  - تخلیه عمودی : انتقال بیماران و پرسنل به طبقه همکف
  - تخلیه کامل : انتقال بیماران و پرسنل به محل تجمع ایمن در بیمارستان (جنب سالن شهید پناهی) و در صورت تخریب کلیه ی ساختمان های بیمارستان ، انتقال بیماران به سایر بیمارستان های طرف قرارداد
۳. صدور دستور تخلیه توسط سوپروایزر
۴. اعلام کد تخلیه و سطح آن از طریق مرکز تلفن
۵. تخلیه ی پرسنل ، بیماران ، پرونده ی بیماران ، تجهیزات پزشکی و ... بر اساس دستور سوپروایزر ، مسئول بخش/واحد

### ۱۶) کدهای فعال بحران بیمارستان جهت پیج :

کد بحران آتش سوزی : ۱۲۵      کد غیرفعال سازی بحران : ۱۲۶      کد تخلیه : ۳۰۰

### ۱۷) در صورتی که به عنوان مثال با حریق مواجه شدین ، چه اقدامی انجام می دهید ؟

۱. تماس فرد مواجهه یافته با حریق با نگرهبانی بیمارستان به منظور پیج کد ۱۲۵
۲. تماس فرد مواجهه یافته با حریق با سوپروایزر بیمارستان به منظور تأیید صحت خبر حادثه و انجام سایر اقدامات در صورت نیاز
۳. قطع والو اصلی گاز ، کلید اصلی برق و اطفاء حریق با کپسول های آتش نشانی و جعبه F تا زمان حضور رابطین آتش نشانی

## محور کنترل عفونت

### بهداشت دست

#### ۱) موقعیت نیازمند رعایت بهداشت دست کدامند؟

قبل از تماس با بیمار - قبل از انجام پروسیجر آسپتیک - بعد از تماس با مایعات بدن بیمار - بعد از تماس با بیمار - بعد از تماس با محیط اطراف بیمار بعد از تماس با بیمار اول و قبل از تماس با بیمار دوم موقعیت ها هم پوشانی دارند

#### ۲) زمان استاندارد عمل هندراب و هندواش چقدر است ؟

هندراب ۲۰ تا ۳۰ ثانیه باید طول بکشد. و خشکی پوست کمتری دارد  
هندواش یا شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه

#### ۳) چه زمانی باید شستشوی دست انجام داد؟

در زمان آلودگی قابل رویت دستها مانند آلودگی با ترشحات یا خون بیمار و حداکثر بعد از ۸-۶ بار هندراب ، یکبار باید دستها شسته شود.

#### ۴) پس اتمام شستشوی دست شیر آب را چگونه می بندید؟

در صورت نبود شیرآب پدالی با دستمال یکبار مصرفی که دست خود را خشک کرده ایم شیر آب را می بندیم و یا با استفاده از آرنج

### استفاده از وسایل حفاظت فردی

#### ۵) وسایل حفاظت فردی اصلی و متداول را نام ببرید و ترتیب پوشیدن و خارج کردن آنرا را بنویسید ؟

گان - ماسک - دستکش - شیلد - عینک - کلاه - پوشیدن : شستشوی دست - گان - ماسک - عینک یا شیلد - دستکش  
درآوردن: دستکش - شستشوی دست - گان - شیلد یا عینک - ماسک

## ۶) به صورت کلی چه مواقعی از ماسک N۹۵ استفاده می شود؟ (دو مثال برای هر کدام)

در زمان مواجهه با بیماری که نیاز به رعایت احتیاط هوایی دارد مثل سل ، سرخک ، آبله  
در زمان انجام پروسیجر تولید کننده آئروسول مثل ساکشن یا اینتوبه بیماری که نیاز به احتیاط قطرات دارد مثل پنومونی مقاوم به دارو ، مننژیت

## ۸) انواع ایزوله را نام ببرید و ایزوله بیماران عفونی از کدام نوع است ؟

مستقیم . ایزوله بیماران عفونی جزء ایزوله مستقیم می باشد / معکوس: که جهت حفاظت بیمار از ابتلا به بیماری به خاطر سیستم ایمنی ضعیفش می باشد

## ۹) انواع احتیاطات را نام برده و دو مثال از وسایل حفاظت فردی هر کدام را بنویسید؟

احتیاط هوایی : ماسک ساده و N۹۵  
احتیاط تماسی : دستکش ، گان  
احتیاط قطرات : شیلد- عینک

## ۱۰) مهم ترین موارد احتیاطات استاندارد کدامند؟

استانداردهای بهداشت دست ، تزریق ایمن و استفاده از وسایل حفاظت فردی

## ۱۱) طبق هرم اندیکاسیون استفاده از دستکش ، در چه زمانی از دستکش استریل و در چه زمانی لاتکس و در چه زمانی نیاز به پوشیدن

## دستکش نیست (در این بیمارستان)؟

انجام سونداژ ادراری- ساکشن لوله تراشه و بخیه نیاز به دستکش استریل دارد  
تماس بالقوه با خون ، مایعات بدن و ترشحات ، مواد دفعی . رگ گیری و نمونه گیری . ساکشن دهان دستکش لاتکس نیاز دارد  
کنترل VS - تزریق IM و S.C - دست دادن با بیمار - کمک به بیمار جهت حرکت - معاینه نیاز به دستکش ندارد و فقط انجام هندراب کفایت می کند

## ضد عفونی ابزار و تجهیزات

## ۱۲) محلول های ضد عفونی در چند سطح دسته بندی می شوند؟ برای هر کدام مثالی بزنید.

سطح پایین مانند وایتکس برای ضد عفونی سطوح

سطح متوسط مانند اسپری ضد عفونی سریع الاثر برای ضد عفونی ابزار و تجهیزات پزشکی  
سطح بالا مثل گلو تار آلدهید (محلول CSR) برای ضد عفونی ابزار استهنا ، تیغه لارنگوسکوپ و آمیوبگ  
نحوه و زمان ضد عفونی هر وسیله در پوستر رنگی مربوطه در بخش ها نصب می باشد (مطالعه گردد)

## ۱۳) پس استفاده از ست استریل چه مستنداتی در پرونده چسبانده می شود؟

اندیکاتور کلاس ۴ ست در کنار گزارش پرستاری چسبانده می شود.

## ۱۴) در صورت بروز چه مشکلاتی ست ها بدون استفاده به واحد CSR عودت می شود ؟ اتمام تاریخ انقضا - باز شده باشد - شاخص استریل مثل

اندیکاتور و چسب نداشته باشد - با هر محلول یا مایعی خیس یا آثار آلودگی داشته باشد - شان پیچیده شده دور ست سوراخ یا پاره باشد.

## ۱۵) شستشوی اولیه پس از استفاده توسط چه کسی ، چگونه و در کجا انجام می گردد؟

توسط خدمات بخش حداکثر نیم تا یک ساعت پس از استفاده (برای جلوگیری از خشک شدن خون و آلودگی ستها) در سینک مخصوص شستشوی ست در همان بخش شسته شود

## ۱۶) در این مرکز بجز ست های استریل چه وسایل و ابزاری جهت ضد عفونی به واحد CSR فرستاده می شود؟

آمیوبگ و تیغه های لارنگوسکوپ و باتل ساکشن پس از استفاده و شستشوی اولیه

## ۱۷) جمع آوری ست ها از بخش ها و جایگزین کردن ست استریل توسط چه کسی و چگونه انجام می شود ؟

پس از استفاده از ست و شستشوی اولیه به مسئول CSR اطلاع داده و توسط آقای مجتبی سلطانی ست باز شده با ست استریل تعویض می گردد و ست باز شده توسط ایشان با ظرف مخصوص به واحد CSR منتقل می شود.

## ۱۸) تجهیزات پزشکی مثل گوشی پزشکی، ناخن گیر، ماشین ریش تراش، پالس اکسی متر، اتوسکوپ و ... با چه محلولی ضد عفونی می

شود؟ محلول سطح متوسط مثل اسپری سریع الاثر موجود در بخش ها

## عفونت های بیمارستانی

## ۱۹) عفونت بیمارستانی را تعریف کنید ؟

عفونتی که بعد از ۲۲-۴۸ پس از پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان بروز میکند به شرطی که این عفونت باید در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته باشد و در دوره ی نهفتگی خود نباشد

**۲۰) گزارش عفونت های بیمارستانی بر چه اساسی صورت می گیرد؟** علائم عفونت نظیر تب ، تغییر زخم جراحی به نفع عفونت، شروع یا تغییر آنتی بیوتیک و نظر پزشک مبنی بر عفونت بیمارستانی به واحد کنترل عفونت اطلاع جهت بررسی اطلاع داده می شود.

**۲۱) پزشک کنترل عفونت بیمارستان کیست ؟** دکتر غلامی - پزشک عمومی

**۲۲) چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت را نام ببرید و شایع ترین و کشنده ترین آن کدامند؟**

عفونت تنفسی (کشنده ترین) - عفونت ادراری (شایع ترین) - عفونت خون - عفونت موضع جراحی

### مواجهه شغلی

**۲۳) انواع مواجهه شغلی را بنویسید؟ (۴ مورد)**

فرورفتن اشیای تیز آلوده به دست یا بدن ، پاشیدن خون یا ترشحات به دهان یا چشم . گازگرفتگی . ریختن خون روی پوست آسیب دیده

**۲۴) اولین اقدام پس از بروز مواجهه متناسب با نوع آن را بنویسید؟**

شستشوی محل با آب و صابون در زمان فرورفتن اشیا - گازگرفتگی یا ریختن خون روی پوست آسیب دیده

شستشوی چشم یا دهان با آب و یا سرم در زمان پاشیدن ترشحات به داخل آنها

**۲۵) مراحل اقدامات پس از مواجهه را فقط نام ببرید؟** شستشوی محل - ثبت و گزارش دهی - درمان

**۲۶) کدامیک از بیماری ها پیشگیری اولیه و کدامیک پیشگیری ثانویه (پس از مواجهه) دارد و نوع اقدام پیشگیرانه را نام ببرید؟**

در مورد بیماری هپاتیت ب قبل از مواجهه می توان با زدن واکسن از الودگی پیشگیری کرد. / در مورد ایدز می توان پس از مواجهه داروی ضد ویروس آن را دریافت و احتمال آلودگی فرد را کاهش داد

**۲۷) برچسب بیوهازارد چیست و در کجا استفاده می شود؟**

برچسب قرمز رنگ برای شناسایی بیماران مارکر مثبت و نمونه های آنها استفاده می شود که بر روی کاردکس بیمار و یا لوله آزمایش آنها زده می شود.

**۲۸) درپوش گذاری نیدل به روش scoop چیست و فقط در چه مواقعی از این روش استفاده می شود؟**

در پوش گذاری به هیچ عنوان نباید انجام شود به غیر از مواقع ضرورت مثل نمونه VBG یا ABG که باید به روش تکنیک یک دستی انجام گردد

**۲۹) در تزریق S.C , IM, و گرفتن IV Line نیاز به دستکش را بنویسید؟**

در تزریق زیرجلدی و عضلانی نیاز به پوشیدن دستکش نیست و هندراب کفایت می کند. / در تزریق داخل وریدی و گرفتن خط وریدی محیطی دستکش لاتکس و در گرفتن خط وریدی مرکزی ، دستکش استریل نیاز است

**۳۰) مواجهه شغلی عبارتست از:**

تماس پوست ، چشم، مخاط یا تماس درون پوستی با خون یا دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی ممکن است رخ دهد.

### عوامل بروز طغیان

**۳۱) طغیان را تعریف کنید؟**

طغیان یک بیماری، واقعه ای است که در آن دو نفر یا بیشتر که از نظر زمانی و مکانی با هم ارتباط دارند دچار یک بیماری می شوند و تعداد بیش از حد انتظار میباشد

**۳۲) هدف از بررسی طغیان چیست؟**

الف) کاهش هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بر بیمارستان و بیماران

ب) جلوگیری از انتشار عفونت به سایر بیماران، پرسنل بیمارستان و سایر مردم

ج) شناسایی عوامل ایجاد بیماری های جدید یا نوپدید

**۳۳) کدامیک از موارد زیر جهت بررسی طغیان در بیمارستان بایستی انجام گیرد؟**

تشکیل کمیته کنترل عفونت در اولین فرصت و بررسی علل بروز طغیان / الویت بندی اقدامات لازم



## روش اجرایی شناسایی و گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی

### ۳۴) چند مورد از بیماری های مشمول گزارش دهی تلفنی (فوری) و غیر تلفنی (کتبی) را به تفکیک نام ببرید؟

تلفنی: وبا- کرونا- هاری- مننژیت - طاعون - سرخک - سیاه سرفه - عوارض واکسیناسیون فوری  
غیرتلفنی (کتبی): سل غیر ریوی - هپاتیت - ایدز- بیماریهای مقاربتی - سیاه زخم - پدیکلوزیس و گال- سالک

### ۳۵) روش اجرایی شناسایی و گزارش بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی را شرح دهید.

- پرستار کنترل عفونت لیست بیماری های واگیر مشمول گزارش دهی فوری و غیر فوری را به صورت دسته بندی شده در بخش نصب می نماید.
- پرستار تریاژ یا پرستار بیمار در صورت مشاهده علائم مشکوک بیماری، به پزشک اطلاع می دهد.
- پزشک کشیک بیمار را بلافاصله ویزیت و معاینه می کند و در صورت تشخیص احتمالی نوع بیماری پرستار را در جریان امر قرار می دهد.
- آزمایشات لازم جهت تشخیص قطعی توسط پزشک کشیک درخواست می شود.
- در صورت نیاز درخواست مشاوره عفونی توسط پزشک کشیک انجام می شود.
- پرستار بیمار با توجه به احتیاط بیماری، از وسایل حفاظت فردی در مواجهه با بیمار استفاده می نماید.
- سرپرستار/مسئول شیفت مراتب را به سوپروایزر کنترل عفونت و یا سوپروایزر بالین اطلاع داده و فرم مربوطه را تکمیل می نماید
- در صورت نیاز دستور ایزوله بیمار توسط پزشک کشیک انجام می شود.
- موارد فوری در اسرع وقت به صورت تلفنی توسط سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالین به شبکه بهداشت اطلاع رسانی می گردد.
- موارد غیر فوری به صورت کتبی توسط سوپروایزر کنترل عفونت به شبکه بهداشت ارائه می گردد.

## محور تجهیزات پزشکی

۱) کپسول های طبی مورد استفاده در بیمارستان ما کدام اند و به چه رنگی می باشد؟ فقط کپسول های اکسیژن

۲) تست نشتی و تست فشار کپسول اکسیژن در چه زمانی انجام می شود؟ در هر شیفت کاری هر دو تست انجام و در چک لیست مربوطه ثبت می شود. در صورت نشتی به واحد تجهیزات پزشک اطلاع داده می شود. در صورت فشار کمتر از ۲۰ نسبت به تعویض کپسول اقدام می شود.

۳) نحوه انتقال کپسول های اکسیژن در بیمارستان چگونه است؟ باز کردن مانومتر / گذاشتن کلاهک / حمل با استفاده از تالی مخصوص / بصورت ایستاده

۴) مشخصات کپسول های اکسیژن شامل چه چیزی می باشد؟ نام گاز به فارسی و فرمول شیمیایی و قید نام مرکز درمانی ( بیمارستان ) بر روی آن و همچنین رنگ کپسول اکسیژن

۵) در هنگام استفاده از کپسول به چه نکاتی باید توجه نمود؟ میزان خلوص، فشار و جریان مناسب و همچنین تست نشتی ( ما دستگاه خلوص سنج نداریم و به میزان خلوص اندازه گیری شده توسط شرکت طرف قرارداد اکتفا می کنیم )

۶) آیا فهرست تجهیزات پزشکی ضروری بخش ها و همچنین بخش پشتیبان موجود می باشد؟ بله به آدرس:

محور تجهیزات پزشکی و عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei )

و همچنین در تمامی بخش ها به صورت پرینت شده قرار داده شده است

۷) آیا نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی توسط مسئول تجهیزات پزشکی انجام می شود؟ بله طبق برنامه زمانبندی و به صورت سه ماه یکبار انجام می شود.

۸) آیا تجهیزات پزشکی بیمارستان گالیبره می شوند؟ بله طبق برنامه زمانبندی و با توجه به تاریخ اعتبار کالیبراسیون دستگاه ها و به صورت سالیانه انجام می شود

۹) برچسب های کالیبراسیون تجهیزات پزشکی بیانگر چه چیزی می باشد؟ **برچسب قرمز**: این دستگاه بایستی از سیکل کاری خارج گردد و قابل استفاده نمی باشد. / **برچسب زرد**: استفاده از دستگاه محدود و تحت شرایطی خاص می باشد. / **برچسب سبز**: دستگاه مشکلی ندارد و قابل استفاده می باشد.

۱۰) آیا مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص استفاده از دستگاه ها آموزش های لازم را به شما می دهد؟ بله بصورت برگزاری کلاس آموزشی و آموزش های چهره به چهره و همچنین فایل راهنمای کاربری کلیه تجهیزات به آدرس **محور تجهیزات پزشکی و عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** موجود می باشد.

۱۱) فرم MDR چیست؟ فرم مشکلات کیفی و حوادث ناگوار تجهیزات پزشکی می باشد. که در صورت حوادث ناگوار فرم تکمیل و تحویل مسئول تجهیزات پزشکی داده می شود.

این فرم به آدرس **محور تجهیزات پزشکی و عمومی بالینی / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee** موجود می باشد.

## محور آموزش کارکنان

۱) آیا برنامه آموزش سالیانه کارکنان تدوین می گردد؟ بله توسط سوپروایزر آموزشی

۲) چه مواردی در برنامه ریزی آموزشی سالیانه کارکنان لحاظ می شود؟ برنامه توسعه فردی / دوره های پیشنهادی مسئولان بخش ها و واحدها / نتایج ارزشیابی سالیانه

۳) آیا نیازسنجی های آموزشی جهت پرستاران، پزشکان و کارکنان غیر بالینی صورت می گیرد؟ بله بصورت سالیانه توسط سوپروایزر آموزشی

۴) آیا کنگره ها و همایش های علمی اطلاع رسانی می گردد؟ بله بصورت پیامک، نصب پوستر، از طریق سایت بیمارستان

۵) آیا تیم مدیریت و رهبری از شرکت پزشکان، کارکنان بالینی و غیر بالینی در کنگره ها و همایش ها حمایت می کنند؟ بله به پرسنل مرخصی میدهند. و برای ایشان امتیاز آموزش مداوم در نظر گرفته می شود.

۶) چند مورد از سیاست های آموزشی پرستاران را نام ببرید؟ این سیاست ها توسط چه کسی تدوین و ابلاغ شده است؟

توسط دفترپرستاری و سوپروایزر آموزشی به آدرس **محور مدیریت پرستاری / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee**

- ارتقاء سطح دانش و اطلاعات سرمایه انسانی
- افزایش اثربخشی و کارایی در ارائه خدمات
- به روز رسانی و ارتقاء سطح دانش، مهارت

۷) تقویم آموزشی پرسنل را در دسترس دارید؟

تقویم آموزشی ( زمانبندی کلاسهای برگزار شده در هر سه ماهه) به صورت فصلی به آدرس **محور آموزش / سال ۱۴۰۲/اعتباربخشی/rajaee**

قرار داده میشود. با توجه به اینکه بسته آموزشی هنوز از طرف معاونت درمان ابلاغ نشده است تقویم آموزشی هنوز بارگزاری نگردیده است

## ۸) نیازسنجی آموزشی چگونه انجام می شود؟

نیاز سنجی آموزش طی ۲ فرم و در اواخر سال اسفند ماه انجام میگردد.

- فرم PDP یا نیاز سنجی براساس برنامه توسعه فردی
- فرم نیاز سنجی بر اساس شرح وظایف شغلی

## ۹) آیا به کتابچه توجیهی بدو ورود دسترسی دارید؟

کتابچه توجیهی بدو ورود جهت مطالعه و آگاهی پرسنل جدیدالورود به آدرس [محور منابع انسانی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei](#) قرار دارد.

۱۰) فایل آموزشی احیا ۲۰۲۰ به آدرس [محور آموزش / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / rajaei](#) قرار دارد.

## محور آزمایشگاه

### ۱. راهنمای آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه

بعنوان مثال برای آزمایشات قند، تری گلیسرید، اچ دی ال وال دی ال، آهن و آلکالن فسفاتاز نیاز هست که الزاما بیمارناشتا باشد و سایر آزمایشات لازم است بیمار ترجیحا ناشتا باشد. در آدرس ( محور آزمایشگاه - سال ۱۴۰۲ - اعتباربخشی - rajaei ) جدول مربوط به تمام آمادگیهای لازم قبل از جمع آوری نمونه را مطالعه فرمائید.

### ۲. راهنمای جمع آوری نمونه توسط بیمار (شرایط جمع آوری کشت ادرار، ادرار ۲۴ ساعته و مدفوع)

بعنوان مثال برای کشت ادرار بیمار می بایست حداقل ۷۲ ساعت آنتی بیوتیک مصرف نکرده باشد و از وسط ادرار خود نمونه راجمع آوری نماید. مثلا برای ادرار ۲۴ ساعته بیمار می بایست اولین ادرار خود را دور بریزد و تا ۲۴ ساعت تمامی ادرار خود را داخل ظرف مربوطه جمع آوری نماید. برای مدفوع نیاز به رعایت رژیم غذایی خاص است. در آدرس ( محور آزمایشگاه - سال ۱۴۰۲ - اعتباربخشی - rajaei ) راهنمای جمع آوری نمونه توسط بیمار را مطالعه فرمائید.

### ۳. دستورالعمل جمع آوری انواع نمونه را ذکر نمایید.

در این دستورالعمل به شرایط بیمار هنگام نمونه گیری، نوع نمونه، میزان و حجم نمونه برداری شده، نوع و حجم افزودنی ها، زمان نمونه گیری و وسایل و ویژگی های ظرف جمع آوری نمونه اشاره شده است. به عنوان مثال در آزمایش FBS:

شرایط بیمار: ناشتا

نوع نمونه: سرم

میزان و حجم نمونه برداری شده: بیشتر از ۳ سی سی

نوع و حجم افزودنی ها: -

زمان نمونه گیری: صبح

وسایل و ویژگی های ظرف جمع آوری نمونه: لوله لخته

دستورالعمل مربوطه را به آدرس ( محور آزمایشگاه - سال ۱۴۰۲ - اعتباربخشی - rajaei ) مطالعه نمایید.

### ۴. نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش چگونه است؟

- مشخصات برچسب گذاری نمونه ها عبارتند از: نام و نام خانوادگی، نوع آزمایش، نام نمونه گیر، تاریخ و ساعت نمونه گیری، نام بخش، شماره پرونده، جنسیت، سن

- الزاما تنها نمونه باالصاق برچسب، از لیبل زن، قابل پذیرش در آزمایشگاه است.

دستورالعمل نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه را در آدرس ( محور آزمایشگاه - سال ۱۴۰۲ - اعتباربخشی - rajaei ) مطالعه نمایید.

### ۵. آگاهی از دستورالعمل نحوه بسته بندی و انتقال ایمن و امن نمونه های عفونی از بخش های درمانی به آزمایشگاه بیمارستان

۱. پرستار می بایست ابتدا نمونه ها را داخل یک ظرف یا لوله دریچ دار و غیر قابل نشت بوده قرار دهد.

۲. پرستار ظروف یا لوله ها را داخل ظرف پلاستیکی درب دار که دارای عمق بوده و قابل گندزدا است قرار می دهد.

۳. فرد انتقال دهنده نمونه می بایست نمونه ها را به موقع و صحیح به آزمایشگاه منتقل نماید.
۴. فرد انتقال دهنده نمونه از بخش درمانی به آزمایشگاه می بایست در روند انتقال نمونه موارد زیر را رعایت نماید :
- مدت زمان انتقال برای نمونه هایی که پایداری کمتری دارند در محدوده زمان کوتاهتری انتقال پیداکنند.
- شرایط فیزیکی نور، دما رطوبت رعایت شود

دستورالعمل نحوه بسته بندی وانتقال امن وایمن نمونه های عفونی را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایند.

### ۶. معیارهای پذیرش یا رد نمونه های آزمایش :

معیارهای رد و قبول نمونه را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایید . بعنوان مثال برای هماتولوژی : مقدار حجم ناکافی، ضد انعقاد نامناسب، لخته شدن نمونه از عوامل رد نمونه می باشد .

### ۷. نحوه برخورد با آزمایشاتی که در لیست موارد بحرانی هستند ؟

۱. کارشناس آزمایشگاه می بایست در صورت مشاهده مقادیر بحرانی در نتایج آزمایشات، بلافاصله از طریق تلفن یکطرفه موجود در آزمایشگاه با تلفن یک طرفه موجود در بخش تماس بگیرد و نتیجه آزمایش را به مسئول بخش اطلاع رسانی نماید.
  ۲. کارشناس آزمایشگاه می بایست نتیجه آزمایش را به مسئول بخش/شیفت از طریق تلفن ثابت یکطرفه و به شیوه - read back - write down repeat back close the loop ( بازخوانی شنیده، یادداشت شنیده، بازخوانی یادداشت و اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات ) اطلاع رسانی و فرم موارد بحرانی را تواما و هماهنگ با یکدیگر تکمیل نمایند.
  ۳. مسئول بخش می بایست نتیجه بحرانی آزمایش بیمار را سریعاً به پزشک مقیم اطلاع دهد. و پزشک تکرار آزمایش با نمونه جدید را در صورت لزوم تعیین نماید و پرستار در صورت عدم تأیید تکرار آزمایش توسط پزشک با نمونه جدید، دستورات پزشک را در پرستاری رفع مشکل بیمار، اجرا نماید .
- محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae

### ۸. چه آزمایشاتی در بیمارستان انجام می شوند و چه آزمایشاتی ارجاع می شوند .

FBS,BUN,CRT,TG,CHOL,HDL,LDL,SGOT,SGPT,ALP,NA,K,LITIUUM,U/A,SE,OB,FIT,ESR,CBC,CRP,FE,TIBC,CPK,LDH,CA.PH,ALB,U.A,PT,PTT,INR

به غیر از آزمایشات بالا تمامی آزمایشات ارسالی می باشند و لیست آزمایشات ارجاعی در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایند.

### ۹. مدت پایداری انواع نمونه های آزمایشگاهی را ذکر نمایید

به عنوان مثال جهت نمونه ESR، پایداری نمونه به مدت ۴ ساعت در دمای اتاق و در لوله درپوش دار نگهداری گردد . جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه ها و آزمایش ها تا زمان انجام آزمایش را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایند.

### ۱۰. فهرست آزمایشات روتین آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آنها

آزمایشات روتین، آزمایشاتی هستند که در آزمایشگاه بیمارستان انجام می گردد و فهرست این آزمایشات را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایید. و مدت زمان پاسخگویی آنها ۶-۱ ساعت می باشد

### ۱۱. فهرست آزمایشات ارجاعی و زمان پاسخگویی آنها

آزمایشاتی که در لیست آزمایشات روتین قرار ندارند جزء آزمایشات ارجاعی محسوب می شوند و فهرست این آزمایشات را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایید. و مدت زمان پاسخگویی آنها ۹۶ ساعت می باشد

### ۱۲. فهرست آزمایشات اورژانسی آزمایشگاه و زمان پاسخگویی آنها

فهرست زمان پاسخگویی به آزمایشات اورژانسی داخل مرکز ۶۰-۱۵ دقیقه می باشد و آزمایشات اورژانسی خارج از مرکز ۱۲۰-۶۰ می باشد. فهرست این آزمایشات را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae) مطالعه نمایند.

به عنوان مثال مقدار بحرانی آزمایش اوره ، بیشتر از ۸۰ میلی گرم بر دسی لیتر ، یا دامنه بحرانی آزمایش قند خون کمتر از ۵۰ و بیشتر از ۴۵۰ میلی گرم بر دسی لیتر می باشد . لیست کامل مقادیر بحرانی را در آدرس ( محور آزمایشگاه- سال ۱۴۰۲- اعتباربخشی- rajae ) مطالعه نمائید.

## محور مدیریت دارویی

### ۱- داروهای مصرفی و تجهیزات پزشکی روزانه بیماران چگونه تامین می شود؟

درخواست های دارویی بصورت روزانه توسط پرسنل پرستاری در سیستم HIS وارد می شوند و روش دارودهی به صورت نایلون دوز

### ۲- آیا داروخانه در تمام ساعات شبانه روز باز می باشد؟

در ساعات غیر اداری که مسئول داروخانه نیست کلید داروخانه در دفتر پرستاری قرار دارد و سوپروایزر با هماهنگی مسئول داروخانه داروی مورد نظر را به بخش میدهد ضمناً مسئول داروخانه همیشه آنکال می باشد

### ۳- داروهای حیاتی و ضروری در بخش ها در تمام ساعت شبانه روز در دسترس فوری است؟

بله، داروهای حیاتی داروهای موجود در ترالی احیاست و در هر بخش بصورت جداگانه موجود است و داروهای ضروری نیز در بخش ها موجود و قابل دسترس است.

### ۴- شیوه اطلاع رسانی به بخش ها در شرایط کمبود دارویی چگونه است؟

در مواقع کمبود دارویی بصورت تلفنی به بخش ها اطلاع رسانی می شود.

### ۵- معرفی داروهای جدید و آموزش لازم در خصوص دارو به چه صورت است؟

بصورت کلاس های آموزشی و همچنین اطلاع رسانی بروی شبکه و ارائه به تمام بخش ها

### ۶- برای توزیع دارو برنامه خاصی وجود دارد؟

بصورت روزانه و به تفکیک هر بیمار انجام می گیرد.(نایلون دوز)

### ۷- برای توزیع داروهای هشدار بالا چگونه ایمنی رعایت می شود؟

با برچسب قرمز نشان گذاری می شود. برای بالا بردن توجه کاربران به خطر بالقوه این داروها

### ۸- آیا کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای هشدار بالا دسترسی کامل دارند؟ بله

محور مدیریت دارویی / سال ۱۴۰۲/ اعتباربخشی/ rajae

### ۹- آیا تجویز و آماده سازی داروهای هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای بصورت مستقل انجام میشود؟؟؟ بله

### ۱۰- تحویل گیرنده دارو چه کسانی هستند؟ تحویل دارو به تشخیص سرپرستار انجام میشود

### ۱۱- آیا حمل و نقل ایمن دارو از داروخانه به بخش ها رعایت میشود؟

استفاده از cold box برای داروهای یخچالی و برچسب گذاری برای داروهای مشابه ، پر خطر و یخچالی

### ۱۲- عودت دارو از بخش به داروخانه چگونه انجام میشود؟

با حفظ شرایط نگهداری، دارو بعنوان مرجوعی در سیستم HIS وارد شده و به داروخانه تحویل داده میشود

### ۱۳- آیا در بخش استوک جاری موجود می باشد؟ استوک جاری نداریم و در صورت نیاز به دارو از داروخانه روزانه تهیه می شود

۱۴- آیا پرسنل بالینی از دستورالعمل داروهای خود بخود متوقف شوند اطلاع دارند؟

محور مدیریت دارویی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / [rajaee](#)

۱۵- مفهوم ADR چیست؟

علی رغم رعایت داروی صحیح با دوز صحیح، به بیمار صحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه می شویم.

۱۶- دستورالعمل داروهای مولتیپل دوز به پرسنل بالینی چگونه اطلاع رسانی می شود؟

محور مدیریت دارویی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / [rajaee](#)

۱۷- فرمولاری دارویی بیمارستان چگونه اطلاع رسانی می شود؟

محور مدیریت دارویی / سال ۱۴۰۲ / اعتباربخشی / [rajaee](#)