بیمارستان تخصصی شهید رجایی

کد شناسایی:EDU.BO.۰۴

کتابچه توجیهی بدوورود

واحد آموزش– مرداد ماه ۱۴۰۱

ویرایش سوم

تایید کننده:واحد نظارت بر درمان و بهبود کیفیت
بیمارستان تخصصی شهید رجایی

بنیاد شهید و امور ایثارگران استان اصفهان
بیمارستان
تخصصی شهید رجایی
EMERGENCY اورژانس
AMBULANCE
AMBULANCE

فهرست مطالب:

ردیف	عنوان	صفحه
۱	معرفی بیمارستان	۴
۲	منشور حقوق بیمار	۵
۳	رسالت/دورنما/ارزش ها	۶
۴	مدیریت خطا وخطر	۷
۵	مدیریت بحران	۱۱
۶	کنترل عفونت	۱۴
۷	ایمنی وسلامت شغلی	۱۶
۸	بهداشت محیط	۱۸
۹	مدیریت منابع انسانی	۱۹
۱۰	ضمائم	۲۱

معرفی بیمارستان

تعداد تخت مصوب : ۱۰۰

تعداد تخت فعال : ۱۰۰

درجه بیمارستان : یک

بخش های فعال موجود بیمارستان :

✓ بخش های درمانی

چهار بخش روانپزشکی (اورژانس ، حاد ۱، حاد ۲،حاد ۳، کرونیک)، مرکز توانبخشی ضایعه نخاعی

✓ واحد های پاراکلینیک:

فیزیوتراپی ،آزمایشگاه ، داروخانه ، مددکاری ، روانشناسی،کاردرمانی ،تغذیه ،تجهیزات پزشکی

✓ واحد های پشتیبانی :

امین اموال ،تدارکات ،انتظامات ،تاسیسات و آتش نشانی ، انبار ، نقلیه ، لندری ، فضای سبز و عمران ،آشپزخانه

✓ واحدهای اداری و پشتیبان درمان :

نظارت بر درمان و بهبود کیفیت ،ایمنی بیمار ،مدیریت اطلاعات سلامت ، کارگزینی ، حسابداری ، اسناد پزشکی، پذیرش و ترخیص ، فناوری اطلاعات ، روابط عمومی ، دبیرخانه،کنترل عفونت، بهداشت محیط،بهداشت حرفه ای،کیلینیک آموزش پرستاری

منشور حقوق بیمار

۱–دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

ارائه خدمات سلامت باید : ۱-شایسته شان و منزلت انسان باشد . ۲-برپایه صداقت ،انصاف و ادب باشد . ۳ –فارغ از هر گونه تبعیض قومی ، فرهنگی و مذهبی باشد . ۴- بر اساس دانش روز باشد۵- مبتنی بر منافع بیمار باشد ۶-مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیمار باشد ۷-مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت (پیشگیری ،تشخیص ،درمان و توانبخشی) باشد ۸- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری باشد ۹-توجه ویژه به حقوق گروه های آسیب پذیر صورت پذیرد ۱۰-با احترام به وقت بیمار باشد۱۱- با در نظر گرفتن زبان سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ۱۲-در مراقبت های اورژانسی بدون توجه به تامین هزینه های آن صورت گیرد (در موارد غیر اورژانسی بر اساس ضوابط تعریف شده باشد)۱۳- در صورتی ارائه خدمات مناسب ممکن نیست ،انتقال بیمار به مراکز مجهز فراهم گردد ۱۴- در مراحل پایانی حیات بیمار در حال احتضار ، با هدف حفظ آسایش و کاهش درد و رنج بیمار ارائه گردد

۲–اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار (در صورت داشتن صلاحیت قانونی) قرار گیرد

الف– محتوی شامل : ۱- مفاد منشور حقوق بیمار۲- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی (درمانی و غیر درمانی) ، ضوابط بیمه ،معرفی سیستم های حمایتی ۳- نام ، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی ۴- اطلاعات تاثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار ۵- نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی ۶-کلیه اقداماتی که ماهیت پژهشی دارند ۷-ارائه آموزش های ضروری جهت استمرار درمان **ب–نحوه ارائه اطلاعات باید** : ۱- در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار در اختیار وی قرار گیرد مگر اینکه :(تاخیر در شروع درمان بیمار سبب آسیب به بیمار گردد – عدم اطلاع بیمار ، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد) ۲- بیمار (در صورت داشتن صلاحیت قانونی) به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد .

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

الف) محدوده انتخاب و تصمیم گیری بیمار :۱-انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ۲-انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ۳-انتخاب جهت شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژهش و اطمینان از اینکه انتخاب وی در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت تاثیر نخواهد داشت ۴-قبول یا رد درمان پس از آگاهی از عوارض احتمالی آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که شخص دیگری در معرض خطر جدی قرار گیرد ۵- ثبت اعلام نظر قبلی از بیمار یا ولی قانونی وی جهت اقدامات درمانی آتی ، در زمانی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم گیری می باشد

ب)شرایط انتخاب و تصمیم گیری : ۱-آزادانه و آگاهانه ،مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد .۲- زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود

۴–ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد :۱- مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد ۲- کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد ۳- فقط بیمار، گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات بیمار دسترسی داشته باشند ۴-بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی مانند معاینات ، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد .

۵– دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است :۱- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود به مقامات زی صلاح شکایت نماید ۲- بیمار حق دارد از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شود ۳- خسارات ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

رسالت/ بیانه ماموریت : (mission) بیمارستان

با اتکاء بر قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و کوشش برنامه ریزی شده و در مسیر تحقق آرمانها و سیاست های بنیانگذار جمهوری اسلامی ، منویات رهبر معظم انقلاب و بنیاد شهید و امور ایثارگران، بیمارستان تخصصی شهید رجایی به منظور رسالت عظیم حفظ و ارتقاء سطح سلامت، ایمنی وکاهش رنج و آلام جانبازان معزز و خانواده های معظم شهدای ۸ سال دفاع مقدس تأسیس گردیده است تا بتواند خدمات تخصصی روانپزشکی و توانبخشی را جهت این عزیزان در استان اصفهان و استان های همجوار 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 ، این خدمات را ارائه نماید.

دورنما/چشم انداز:(Vision)

مابرآنیم تا بیمارستان تخصصی شهید رجایی بر پایه مدیریت دانایی محور و براساس علم و فناوری روز با محور نظام 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. همچنین در آینده نزدیک در جهت راه اندازی بخشهای داخلی و داخلی اعصاب،اورژانس جنرال ، درمانگاه ها و واحدهای پاراکلینیک به روز به منظور ارتقاء رضایتمندی جامعه هدف و آحاد جامعه تلاش نماییم و در آینده دور به سمت جنرال شدن بیمارستان قدم بگذاریم.

ارزشها :(Values)

۱- اعتقاد به اصل ولایت فقیه و نظام مقدس جمهوری اسلامی
۲- تأمین رضایت مشتریان داخلی و خارجی
۳- ارزشمندی نیروی انسانی بعنوان مهمترین منبع سازمان
۴- رعایت اصول اخلاقی و اسلامی و حرفه ای
۵- پذیرش نقد موثر
۶- بکارگیری افراد ماهر و آموزش دیده
۷- بیمار محوری
۸-اجرای کامل مبانی اعتبار بخشی در بیمارستان
۹- حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران و پرسنل

مدیریت خطا وخطر

ایمنی بیمار از نظر WHO یعنی اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه مرتبط، با خدمات مراقبت سلامت است.

در راستای رسیدن به هدف متعالی ارتقای سلامت و ایمنی بیمارو ایجاد یک محیط امن و خالی از خطرکه از حقوق بیمار و ازمسائل مهم هر مرکز درمانی می باشد. لذا درجهت کاهش خطاهای پزشکی و جلوگیری از هرگونه آسیب ناشی از سهل انگاری ، خطا و یا قصور به بیماران بیمارستان اقدامات ذیل را در برنامه های خود مد نظر قرار داده است :

***مشخص نمودن مسئول ایمنی وکارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار وتدوین شرح وظایف .**

مسئول ایمنی بیمارستان : جناب آقای دکتر کردی

کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی : سرکار خانم نورمحمدی

بخشی ازشرح وظایف مسئول ایمنی:

هماهنگی برنامه ایمنی بیمار با مدیریت ارشد بیمارستان.

تدوین و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار

نظارت برانجام وظیفه سایر اعضاء تیم ایمنی بیمار
همکاری و مشارکت در تحلیل ریشه ای وقایع تهدید کننده بیمار
اقدامات اصلاحی براساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع

بخشی ازشرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:

همکاری درتدوین و بازنگری برنامه سالیانه ایمنی بیمار
برنامه ریزی و هماهنگی بازدید های ایمنی
شرکت دربازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمارو پیگیر اقدامات اصلاحی
همکاری و مشارکت در تحلیل ریشه ای وقایع تهدید کننده بیمار

اقدامات ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

❇ ارزیابی ریسک
❇ شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
❇ گزارش دهی و تحلیل حوادث
❇ ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا.

ارزیابی ریسک شامل :

۱-روش های گزارش خطا وخطر:

*تکمیل فرم گزارش خطا وخطر وقرار دادن آن در صندوق گامی به سوی ایمنی (در تمامی بخش های درمانی در اتاق استراحت پرسنل قرار دارد .)
-سیستم پیامکی
- ثبت خطا در سایت بیمارستان
- تکمیل الکترونیکی خطا در HIS.فیلم آموزشی نحوه تکمیل الکترونیک گزارشات خطا وخط در شبکه داخلی بیمارستان به آدرس \\rajaee\اعتبار بخشی\مطالب آموزشی\ویدیو های آموزشی قرار دارد

لازم به ذکر است در راستای ارتقاء ایمنی بیمار سیاست بیمارستان حفظ محرمانگی گزارشات می باشد وبه صورت فصلی از پرسنلی که گزارشات خطا وخطر داشته اند تقدیر انجام می گیرد .

وقتی در باره حوادث ، خطاها و اتفاقات منجر به خطا صحبت میکنیم ، منظور چیست ؟

انواع خطر:

۱- موارد نزدیک به خطا(near miss) مواردی است که قبل از وقوع خطا پیشگیری شده و خطا روی نمی دهد .

۲- موارد بدون عارضه (no harm) که هرچند خطایی روی می دهد ولی عارضه ای را   به دنبال ندارد .

۳- وقایع فاجعه آمیز(sentinel) مواردی که پس ازوقوع خطا باعث بروز مرگ و میر و یا صدمات جدی در فرد می گردد که در مواردی جبران ناپذیر است .

لازم به ذکر است که گزارشات خطا بارویکرد سیستمی پیشگیری از وقوع خطر بوده و پیدا کردن فرد مقصر و یا تنبیه ملاک نمی باشد.

۲-انجام بازدیدهای ایمنی ومدیریتی :

اعضای تیم مدیریتی بیمارستان عبارتند از : ریاست بیمارستان ، مسئول ایمنی ،

مدیر خدمات پرستاری ، مسئول بهبود کیفیت ،کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار . (مدیران ارشد بیمارستان)

اعضاءتیم ایمنی بیمارستان: مسئول ایمنی – مسئول بهبود کیفیت –سوپروایزر آموزشی -کارشناس هماهنگ کننده ایمنی- مسئول بهداشت حرفه ای و کارشناس کنترل عفونت.

بازدید های ایمنی هرماهه و طبق جدول زمانبندی انجام می گیرد.

بازدید های مدیریتی به صورت هفتگی و طبق جدول زمانبندی صورت می گیرد.

بازدیدهای ایمنی با چک لیست انجام می گردد وبازدید های مدیریتی به صورت خوداظهاری می باشد

مخصوص پرستاران:

۹ راه حل ایمنی:

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 هاو الکترولیت ها

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

اجتناب ازاتصالات نادرست سوند و لوله ها

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

استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

شناسایی صحیح بیمار :

شامل تاکید بر انجام شناسایی فعال حین انجام تمامی اقدامات (پرسیدن نام ونام خانوادگی وتاریخ تولد وتطبیق آن با کاردکس)می باشد وبه جای دستبند شناسایی از عکس بیمار بر روی کاردکس استفاده می شود .

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار:

شامل ابلاغ زمان هم پوشانی شیفت وانجام تحویل وتحول به روش SBAR

- **Never event اتفاقاتی که هرگز نباید رخ دهد. :**

موارد Never event ۲۸مورد است که دراین مرکز ۱۵ مورد آن وجود دارد شامل :

کد۷ : مرگ ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

کد ۹: مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی

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 ۱۳: مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و ...

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

کد ۱۷: زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۹: مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات

کد ۲۰: مرگ یا نا توانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد ۲۳: موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت

کد ۲۴: سقوط بیمار

کد ۲۵: موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

کد ۲۶: هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار

کد ۲۷: ربودن بیمار

کد ۲۸: اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعهدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

نحوه گزارش دهی :

درصورت وقوع هر یک از موارد مذکور در اسرع وقت در شیفت صبح به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ودرشیفت عصر وشب وایام تعطیل به سوپروایزر اطلاع رسانی شودو فرم به صورت الکترونیک تکمیل گردد .فیلم آموزشی نحوه تکمیل الکترونیک وقایع ناخواسته در شبکه داخلی بیمارستان به آدرس \\rajaee\اعتبار بخشی\مطالب آموزشی\ویدیو های آموزشی قرار دارد .

آنکال وقایع ناخواسته حیات : آقای دکتر شادفر

نکات مهم در اخذ رضایت آگانه:

اخذ رضایت آگاهانه جهت پروسیجر های تهاجمی وتوسط پزشک انجام می گیرد که در بیمارستان شهید رجایی انجام الکترو شوک درمانی مستلزم اخذ رضایت آگاهانه است .

رضایت آگاهانه با توجه به شرایط بیماران از ولی قانونی (افراد درجه ۱)گرفته می شود در غیر این صورت ارائه مدرک از مراجع قانونی الزامی می باشد.

اخذ رضایت آگاهانه در شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار واختلالات هوشیاری لازم نیست

زمان اعتبار رضایت آگاهانه ۳۰روز(یک دوره درمان کامل) می باشد.

مدیریت خطر حوادث و بلایا

پنج مخاطره ی اول بیمارستان :

۱ بحران یستم تهویه ۴. کمبود نیروی انسانی ۵. فرونشست (ساختمان گودبرداری شده)

سطح بیمارستان از نظر ایمنی :

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

مکان های پرخطر بیمارستان :

مکانی که میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتا زیاد و آتش سوزی قابل توجهی پیش بینی می شود .مکان های پرخطر بیمارستان : موتورخانه ، بایگانی پرونده ها ، آزمایشگاه، انبار تدارکات و تجهیزات پزشکی، آبدارخانه ها، کتابخانه ،آشپزخانه ، اتاق سرور ، کارگاه تاسیسات ، لندری ، اتاق های احیاء ، اتاق ژنراتورها ، محل نگهداری کپسول های اکسیژن و آتش نشانی

رابطین آتش نشانی بیمارستان

کلیه ی بادیگاردها و پرسنل تاسیسات رابطین آتش نشانی بیمارستان می باشند .

سیستم اعلام حریق و اطفاء حریق در این بیمارستان :

سیستم اعلام حریق این بیمارستان دتکتور می باشد

سیستم های اطفاء حریق در این بیمارستان جعبه F ، کپسول پودروگاز و کپسول CO۲ می باشد.

نحوه ی کار با کپسول پودروگاز :

۱. جهت اطفاء حریق مایعات و گازهای قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابل مایع شدن هستند (مواد نفتی و روغن نباتی) استفاده 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 .

نحوه ی کار با کپسول CO۲ :

۱. جهت اطفاء حریق های ناشی از تجهیزات الکتریکی و الکترونک ،کابل ها و ادوات برقی استفاده 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.(فشاردادن و رهاکردن دسته تخلیه کپسول)

۷. به علت خفه کننده بودن گاز CO_2 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. شیر فلکه را به طور کامل باز کنید .

۲. با چرخاندن حلقه ، شیلنگ را از روی آن خارج نمایید.

۳.نازل سر شیلنگ را باز کنید.

۴. شیر نازل را به سمت کانون آتش نشانه گرفته و تا دفع کامل آتش به عملیات ادامه دهید.

۵. هیچگاه به صورت انفرادی از جعبه استفاده نکنید زیرا امکان دارد به شما آسیب برسد همیشه دو نفره این کار را انجام دهید

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.

دستورالعمل استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری :

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

موارد قابل گزارش به سوپروایزر :

- نقص تأسیسات، تجهیزات و سازه های بیمارستان بهنحوی که فعالیت بیمارستان مختـل شود یا امکان ایجاد مخاطرهای را درپی داشته باشد.
- مسمومیت یا مصدومیت یک نفر از بیماران یا پرسنل بیمارستان بـه نحـوی کـه فعالیـت بیمارسـتان مختل شود.
- شیوع بیماری عفونی در یک نفر از بیماران یا پرسنل بیمارستان به نحوی کـه فعالیـت بیمارسـتان مختل شود.
- حمله به بیمارستان در درگیریهای مختلف
- وقوع مخاطرات غیرطبیعی مانند آتش سوزی، آلـودگی هـای شیمیایی و ....
- تجمع اکثریت بیماران
- پخش هرگونه شایعه که وضعیت بیمارستان را از حالت عادی خارج نماید.
- مشاهده هر موردی که موجب اختلال در خدمت رسانی به بیماران می شود.

موارد قابل گزارش از طرف بیمارستان به مرکزEOC :

- 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 ....

سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان :

سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان **HICS: Hospital Incident Command System**

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 می بایست از جایگاه و شرح وظایف خود آگاه باشد. .

مرکز فرماندهی بیمارستان تخصصی شهید رجایی :

در این بیمارستان اتاق سالن جلسات بیمارستان(جنب دفتر ریاست) به عنوان **مرکز فرمانده بیمارستان**(**HCC: Hospital Command Center**) در نظر گرفته شده است و شماره تماس داخلی آن ۱۴۵ می باشد .

چگونگی تخلیه ی بیمارستان در زمان بروز حوادث :

۱. فرمانده حادثه یا سوپروایزر دستور تخلیه را صادر می نماید.

۲. فرمانده حادثه یا سوپروایزر بر حسب وسعت و ماهیت حادثه ، سطح تخلیه را تعیین می نماید .

- تخلیه افقی : انتقال بیماران و پرسنل به قسمتهای 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 و در صورت تخریب کلیه ی ساختمان های بیمارستان ، انتقال بیماران به سایر بیمارستان های طرف قرارداد

۴. مرکز تلفن پس از دریافت پیام تخلیه ، کد ۳۰۰ (کد تخلیه) ،سطح و نوع تخلیه را از طریق سیستم پیج اعلام می نماید.

۵. مسئول بخش بیمارانی که می بایست بلافاصله انتقال یابند را شناسایی می نماید.

۶. بادیگارد پرسنل و بیماران را با توجه نوع و سطح تخلیه ی اعلام شده و با توجه به اولویت بیماران(مشخص شده از طرف مسئول بخش) تخلیه می نماید.

۷. مسئول بخش هر یک از پرستاران را مسئول تخلیه ی پرونده های بیماران و تجهیزات می نماید .خدمات درانتقال تجهیزات به پرستار کمک می نماید و روانشناس در تخلیه بیماران به بادیگارد کمک نماید

*محل جایگزین جهت بیمارانی که تخلیه شده اند عبارتند از : سالن ورزشگاه، سالن همایش های شهید اکبر پناهی،سایر بیمارستان های طرف قرارداد در صورت تخلیه ی کامل)

کدهای فعال بحران بیمارستان جهت پیج :

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

انجام اقدامات در صورتی که به عنوان مثال با حریق مواجه شدین :

۱. تماس فرد مواجهه یافته با حریق با نگهبانی بیمارستان به منظور پیج کد ۱۲۵

۲. تماس فرد مواجهه یافته با حریق با سوپروایزر بیمارستان به منظور تائید صحت خبر حادثه و انجام سایر اقدامات در صورت نیاز

۳. اطفاء حریق با کپسول های آتش نشانی و جعبه F تا زمان حضور رابطین آتش نشانی

کنترل عفونت

عفونتهای بیمارستانی

اصطلاح رایج عفونتهای بیمارستانی نوزوکومیال (NOSOCOMIAL-infection) می باشد.اخیرا سازمان جهانی بهداشت تعریف جامع تری از این عفونتها ارائه کرده وآنها را عفونتهای ناشی از مراقبتهای بهداشتی(Health care-associated infection) می خواند.

عفونت بیمارستانی عفونتی است که بعد از ۴۸-۷۲ ساعت پس از پذیرش وبستری بیمار در بیمارستان بروز میکند به شرطی که این عفونت درزمان پذیرش بیمار وجود نداشته باشد و در دوره نهفتگی خود نباشد.گزارش عفونتهای بیمارستانی براساس علائمی نظیر تب-تغییر زخم جراحی به نفع عفونت-شروع یا تغییر آنتی بیوتیک و نظر پزشک مبنی بر عفونتهای بیمارستانی به واحد کنترل عفونت جهت بررسی اطلاع داده می شود.

انواع عفونتهای بیمارستانی نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی عبارتند از :

عفونت ادراری(**شایعترین**)- عفونت ناشی از زخم جراحی SSI-عفونت دستگاه تنفسی تحتانی (**پنومونیا**)که **کشنده ترین** نوع عفونت است و عفونت دستگاه گردش خون SEPSIS.

لازم است احتیاطات استاندارد در مواجهه با موارد زیر به کار برده شود:

خون،همه مایعات و ترشحات بدن،پوست آسیب دیده ، غشاهای مخاطی

براساس این احتیاطات ،کلیه مایعات بدن خون مواد دفعی ترشحات پوست آسیب دیده غشاهای مخاطی بیماران آلوده به عامل عفونی محسوب می گردد.

احتیاطات استاندارد شامل موارد زیر می باشد :

بهداشت دستها / استفاده از وسایل حفاظت فردی / ایزولاسیون / تزریقات ایمن / مواجهه شغلی

بهداشت دست ها:

بهداشت دستها(Hand hygiene) یک اصطلاح کلی است که شامل موارد زیر می باشد :

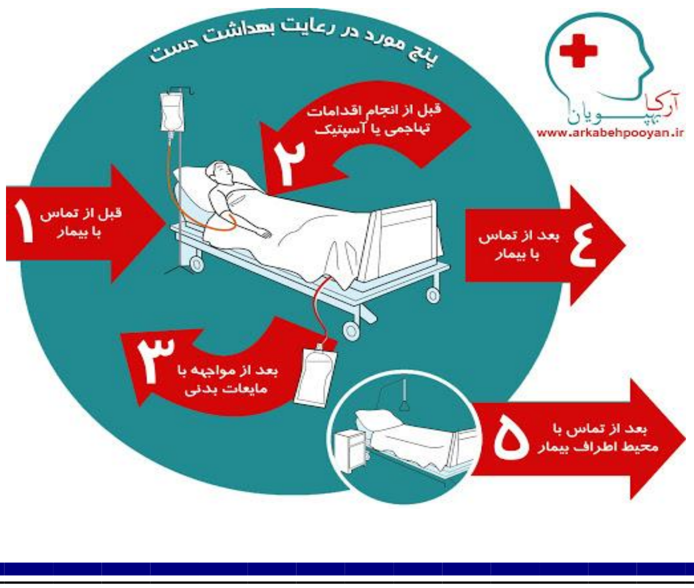
الف)شستشوی دست (Hand washing) شست و شوی دستها با آب و صابون ساده.

ب)شستشوی دست آنتی سپتیک یا اسکراب(Antiseptic-handwash):شستشوی دست با آب و صابون یا سایر دترجنت های حاوی مواد ضدعفونی کننده.

ج)هندراب(Alcohol-based handrub) :بهداشتی نمودن دستها با محلولهای الکلی ضدعفونی کننده.

اصول کلی دربهداشت دستها :

اصول کلی در بهداشت دستها <u>شامل پنج موقعیت بهداشت دستها و فرآیند صحیح بهداشتی نمودن دستها می باشد.</u>



زمان استاندارد هندواش و هندراب:

هندراب ۲۰ تا۳۰ ثانیه باید طول بکشد و هندواش یا شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه

مزیت هندراب:

درطولانی مدت خشکی پوست کمتری(آسیب پوستی کمتری)دارد. سازمان جهانی بهداشت(WHO) **نیز تاکید بیشتری بر انجام هندراب دارد زیرا علاوه بر تاثیر ضدعفونی بالا زمان کمتری نیز نیاز دارد و آسیب پوستی کمتری ایجاد می کند.**

(مراحل انجام هندراب و هندراب جهت مطالعه و اجرا دربخش های درمانی موجود است).

مواجهه شغلی:

تعریف:مواجهه شغلی عبارت است ازتماس پوست،چشم،مخاط یا تماس درون پوستی با خون یا دیگر مایعات بدن که به هنگام انجام وظایف شغلی رخ دهد و انتظار رخداد آن منطقی به نظر برسد.

در صورت مواجهه شغلی پرسنل ،فرآیند زیر درمورد آنها لازم الاجراست

۱-مداوای محل مواجهه

نیدل استیک شدن :شست و شوی محل با آب و صابون

پاشیده شدن مایعات بالقوه عفونی درچشم و مخاط:شست و شو با آب سالم و فراوان

۲-تکمیل فرم نیدل استیک و اطلاع به پرستار کنترل عفونت

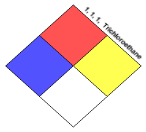
۳-اقدام بر اساس دستورالعمل موجود در پروفیلاکسی بیماری ها

.

ایمنی وسلامت شغلی

✓ عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار

صدا - ارتعاش -گرما -سرما - روشنایی - فشار - اشعه های مضر



✓ عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار

گازها و بخارات - گردو غبار - دود و دمه - حلالها - مواد ضدعفونی کننده.

✓ عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار

✓ ویروسها - باکتریها - قارچها - انگل ها - خون و ترشحات آلوده و غیره.

✓ عوامل زیان آور ارگونومیکی محیط کار

✓ وضعیت نامطلوب بدن در هنگام کار - استفاده از ابزار آلات نامناسب و غیره.

✓ عوامل روانی محیط کار

✓ عواملی که موجب بروز استرس ها و اختلالات روحی و روانی در محیط کار می شوند.

برگه های اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی (MSDS)

Material(مواد)، Safety(ایمنی) Data (اطلاعات) و Sheet(برگه یا ورقه) ، به معنی "برگه های اطلاعات ایمنی مواد" می باشد. اطلاعات مواد شیمیایی به طور کامل عنوان شده است و شامل ۱۶ آیتم در خصوص ماده مورد نظرمی باشد

برچسب ایمنی مواد شیمیایی (GHS)

آشنایی با لوزی شناسایی خطر

خانه بالایی مربوط به قابلیت اشتعال جسم می‌باشد. (رنگ قرمز)

خانه سمت راست قابلیت فعل و انفعال شیمیایی را نشان می‌دهد. (رنگ زرد)

خانه سمت چپ خطرات بهداشتی را نشان می‌دهد. (رنگ آبی)

خانه پایینی نشان دهنده‌ی خطرات خاص می‌باشد. (رنگ سفید)

نکات ارگونومی و اصول صحیح حمل بار

بسیاری از موقعیت هایی که در آن ها اعمالی همراه با فشار دادن و انجام یک فعالیت تکراری ، وضعیت های نامناسب بدن در حین کار و فعالیت هایی یکنواخت و به مدت طولانی وجود دارد جزء مخاطرات ارگونومیک محیط کار محسوب می شوند .

نظیر : راه رفتن و یا ایستادن برای مدت زمان طولانی

بلند کردن و جابجایی اجسام سنگین و یا بیماران

پوسچرهای نامناسب بدنی و انجام حرکات تکراری

وسایل حفاظت فردی — Personal Protective Equipment (PPE)

مراحل پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی

شستشوی دست ـ گان ـ ماسک ـ عینک یا شیلد ـ دستکش

مراحل خارج کردن تجهیزات حفاظت فردی

دستکش ـ گان ـ شیلد یا عینک ـ ماسک ـ شستشوی دست

بهداشت محیط

دسته بندی پسماندهای پزشکی و نحوه جمع آوری و دفع

۴ دسته اصلی پسماندهای پزشکی شامل: ۱) پسماندهای عفونی ۲) پسماندهای تیز و برنده ۳) پسماندهای شیمیایی ۴) پسماندهای عادی می باشد.

۱. **زباله های معمولی یا شبه خانگی**: به زباله هایی اطلاق می گردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند.مانند زباله های قمست اداری ، آشپزخانه ، آبدارخانه ، پسماند های تولیدی توسط عیادت کنندگان و پرسنل خدماتی (زباله ناشی از نظافت)

۲. **زباله های عفونی و خطرناک** : به زباله هایی اطلاق می گردد که می تواند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل کند ، مانند زباله های تزریقات ، آزمایشگاه بطورکلی تمام پارچه ها والبسه آلوده به خون ، گاز و پنبه مصرف شده برای پانسمان، نمونه های آزمایشگاهی ومحیطهای کشت مربوطه ، اقلام پلاستیکی مانند سوند ، کیسه ادرار ، سرنگ درن و....

۳. **زباله های شیمیایی – دارویی** : به داروهای تاریخ گذشته و ته مانده های داروها ، جلد قرص ها و مواد شیمیایی

۴. **زباله های نوک تیز وبرنده** :اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از : سوزن ها، سوزن های زیر جلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، ست های انفوزیون، شیشه شکسته ها و ناخن بیماران که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده ی سلامتی به شمار می آیند.

به منظور ارتقاء بهداشت و کاهش عفونتهای بیمارستانی موارد ذیل بایستی رعایت شود

- کلیه زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی و سطل مقاوم آبی رنگ جمع آوری ، برچسب زده و سپس به محل نگهداری موقت زباله های غیر عفونی منتقل و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.
- کلیه زباله های عفونی و خطرناک بایستی در کیسه مقاوم زرد رنگ جمع آوری ، برچسب زده و سپس به محل نگهداری موقت زباله های عفونی منتقل و توسط دستگاه اتوکلاو بی خطر شده و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.
- کلیه وسایل برنده و نوک تیز بایستی در safety Box جمع آوری و بعد از پر شدن ۳/۴ آن درب بسته و برچسب زده و داخل کیسه پسماند زرد رنگ قرارداده و به عنوان پسماند عفونی به جایگاه زباله منتقل شود
- کلیه پسماند دارویی در کیسه مقاوم سفید وسطل سفید جمع آوری می گردد .

نکته: جلد قرص ها ، قوطی های حاوی قرص و شیشه ها در صورت خالی ، نیمه پر و پر جزء پسماندهای شیمیایی دارویی محسوب می شوند.

مقررات اداری مالی

انواع شیفت و زمان ورود و خروج:

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

- در صورتی که پرسنل فراموش نمایند اثر انگشت خود را در زمان ورود و یا خروج ثبت نمایند، حداکثر تا ۲۴ ساعت فرصت دارند به امور اداری مراجعه و نسبت به تصحیح نمودن آن اقدام نمایند.

تاخیر

ساعت ورود به بیمارستان صبح ها حداکثر ساعت ۷:۳۰ می‌باشد در صورت حضور پس از این ساعت،زمان تاخیر غیر مجاز برای بار اول ۱/۵ برابر، برای بار دوم ۳ برابر و در صورت تکرار مجدد به صورت اخطار کتبی در پرونده فرد درج میگردد.

*در صورت ورود غیر مجاز کارکنان بعد از ساعت ۷:۳۵ تکمیل برگه مرخصی ساعتی توسط شخص و گرفتن امضاء مسئول و یا سرپرست مربوطه و تحویل برگه مرخصی تکمیل شده به امور اداری بیمارستان در همان روز الزامی می‌باشد.

مرخصی

- مرخصی ساعتی

✓ ***مراحل گرفتن مرخصی ساعتی اول شیفت :***

۱. هماهنگی و کسب رضایت از مسئول مربوطه

۲. تکمیل برگ مرخصی ساعتی توسط متقاضی وگرفتن امضا جانشین مربوطه.

۳. گرفتن امضاء مسئول و یا سرپرست مربوطه

۴. تحویل به نگهبان جهت خروج از بیمارستان

✓ ***در صورت مرخصی بین روز و یا آخر شیفت :***

۱. تکمیل برگ مرخصی ساعتی توسط متقاضی

۲. گرفتن امضاء مسئول و یا سرپرست مربوطه

۳. تحویل به نگهبان قبل از خروج و ثبت خروج همراه با زدن کلید مخصوص(خروج مرخصی)

* حداکثر میزان هر مرخصی ساعتی سه ساعت در روز می باشد و میزان مجاز مرخصی ساعتی در یک ماه حداکثرشش ساعت می باشد .

- *مرخصی استعلاجی*

۱. هماهنگی توسط فرد و یا یکی از اقوام درجه اول با مسئول و یا سرپرست مربوطه درخصوص بیماری و نیاز به مرخصی استعلاجی

۲. ارائه گواهی پزشک مربوطه به همراه دستورات پزشک که در دفترچه بیمه فرد ثبت می شود .

۳.تکمیل برگه مرخصی و تأییدیه مرخصی و امضاء توسط مسئول یا سرپرست مربوطه

۴. ارائه مرخصی و مدارک ضمیمه به پزشک معتمد بیمارستان(پزشک معتمد بیمارستان،جناب آقای دکتر سلجوقی روزهای شنبه در بیمارستان حضور دارند)

۵. تایید مرخصی استعلاجی توسط ریاست بیمارستان

*ضمناً در صورت ویزیت توسط پزشکان بیمارستان شهید رجایی،گواهی استعلاجی قابل قبول نمی‌باشد.

کارکرد

- پرسنل تحت هیچ عنوان بیش از ۲ شیفت متوالی نمی توانند کارکرد داشته باشند (حداکثر شیفت DE یا EN یا ND می باشد، کلا" شیفت ۲۴ ساعتی در بیمارستان قابل ثبت نمی باشد و سیستم به صورت خودکار اضافه بر شیفت را کسر می نماید و در نتیجه قابل محاسبه نمی باشد)
- پس از تنظیم برنامه شیفت ها ، پرسنل نمی توانند برنامه خود را جابجا کنند، مگر با هماهنگی مسئول مربوطه.
- عدم حضور در محل کار بدون مجوز، غیبت محسوب شده و طبق قانون،گزارش غیبت در شیفت های برنامه ریزی شده با ضریب ۲ از کارکرد فرد کسر می گردد.
- حداقل ساعت کارکرد پرسنل با قرارداد ساعتی ۱۰۰ ساعت در ماه میباشد و این افراد تا ۳ ماه به عنوان نیروی آزمایشی محسوب می‌شوند.
- پس از محاسبه کارکرد ماهیانه پرسنل ساعتی ، ۱۹۲ ساعت آن بعنوان کارکرد اصلی و مابقی بعنوان اضافه کار محسوب می گردد.

* ضمناً تمامی موارد طبق آیتم های قانون کار و رفاه اجتماعی در حقوق کارکنان پرداخت می گردد.

لطفاً توضیحات کامل‌تر قوانین اداری- مالی بیمارستان شهید رجایی را از مسیر زیر مطالعه نمایید:

\\rajaee\share\\ ← اداری منابع انسانی ← کتابچه توجیهی بدو ورود ← مقررات اداری مالی بیمارستان

ضمائم

فرم گزارش خطا وخطر

بیمارستان تخصصی شهید رجایی

ویرایش:دوم
اسفند ۱۳۹۹

فرم گزارش خطا و خطر و حوادث ناخواسته

شماره شناسایی: EM.FO.۰۲

همکار گرامی

با توجه به پیاده سازی ایمنی بیمار و اجرای محور مدیریت خطا و خطر خواهشمند است هر گونه خطا و یا خطری را که مشاهده می نمایید ثبت نموده و فرم مذکور را در صندوق " گامی به سوی ایمنی بیمار " قرار دهید .

هدف از ثبت و گزارش خطا صرفا جهت درس گیری از خطاها می باشد و نه تنها جنبه شناسایی و برخورد با فرد خاطی مد نظر نمی باشد بلکه افراد گزارش کننده خطا از سوی تیم مدیریت و رهبری مورد تشویق و تقدیر قرار خواهند گرفت .لازم به ذکر است جنابعالی می توانید از طریق راه های ذیل نیز خطای مشاهده شده را گزارش نمایید :

۱. ارسال پیامک به شماره ۵۰۰۲۸۳۳۰۴۲
۲. ثبت خطا در سایت بیمارستان به نشانی www.rajaeehospital.ir
۳. گزارش خطا به صورت مکتوب به مافوق
۴. گزارش خطا در سیستم HIS

❖ خواهشمند است در تکمیل فرم دقت لازم را داشته باشید وتمامی موارد تکمیل گردد

تاریخ وقوع خطا : .... تاریخ گزارش خطا و یا خطر : .... نوع خطا:.................. نام بخش:.................. شیفت: صبح☐ عصر☐ شب☐

شرح خطا و خطر(اتفاق افتاده /محتمل الوقوع):

....

....

آیا خطا قابل پیشگیری بوده؟ بله☐ خیر☐

نوع حادثه : حادثه ناگوار ☐ حادثه بدون عارضه☐ موارد نزدیک به خطا ☐ خطر محتمل الوقوع☐

علت بروز خطا:

تازه کار بودن☐ تشابه دارویی☐ شرایط نا مناسب محیطی☐ ناقص بودن دستور دارویی☐ عدم ثبت صحیح و دقیق اطلاعات☐ مشکلات شخصی ☐

کمبود آگاهی پرسنل☐ کمبود نیرو☐ اشکال در تجهیزات☐ عدم رسیدگی به موقع به بیمار☐ بی توجهی در خواندن یا اجرای عدم ارتباط صحیح با بیمار ☐

عدم گزارش به موقع به پزشک☐ شیفت طولانی☐ ناخوانا بودن خط پزشک☐ ضعف در محاسبه دارو☐ عدم رعایت احتیاطات مربوز به تجویز دارو☐

سایر ☐.............

تذکر :

حادثه ناگوار : حادثه ای است که موجب آسیب جدی برای بیمار شده است (این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک ساعت پس از وقوع به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد.)

حادثه بدون عارضه : حادثه ای که بالقوه می توانسته ضرر رسان باشد ولی بنا به دلایلی منجر به حادثه نشده است .(این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک روز به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد)

موارد نزدیک به خطا : مواردی که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا از بروز ناخواسته آن جلوگیری شده است .(این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک روز به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد)

خطر محتمل الوقوع : منظور خطراتی می باشد که به صورت بالقوه در بخش موجود است و هنوز بالفعل نشده و در صورت برنامه ریزی کارشناسان قابل پیشگیری می باشد .

پیشنهاد شما برای جلوگیری از بروز مجدد خطا چیست ؟

....

....

اقدامات اصلاحی انجام شده در این خصوص(این قسمت توسط کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار تکمیل می گردد)

....

....

نام و نا م خانوادگی و مهر و امضاء تکمیل کننده فرم (در صورت تمایل)	مهر و امضاء هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار	مهر و امضاء مسئول ایمنی بیمار

واحد ایمنی بیمار و واحد نظارت بر درمان و بهبود کیفیت بیمارستان تخصصی شهید رجایی
با تشکر از احساس مسئولیت و همکاری جنابعالی
پیروز و سربلند باشید

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

اطلاعات دموگرافیک **شماره کد واقعه:**

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شهر: نام و نوع مؤسسه تشخیص درمانی:تخصصی روانپزشکی شهید رجایی

در صورتی که مؤسسه بیمارستان باشد موارد ذیل تکمیل گردد:

نوع بیمارستان: ☐ آموزشی ☐ درمانی ☒ تک تخصصی ☐ عمومی ☐ دولتی ☒ خصوصی ☐ خیریه

☐ نیروی مسلح ☐ تامین اجتماعی ☐ سایر

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت ☐ مونث ☒ مذکر سن :

تاریخ مراجعه به مرکز درما.................تاریخ وقوع .... ساعت وقوع............ ☐ AM ☐ PM

☐ کد ۱) انجام عمل جراحی بر روی عضو اشتباه	☐ کد ۲) انجام عمل جراحی بر روی بیمار اشتباه	☐ کد ۳) جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
☐ کد ۴) جا گذاشتن هر گونه device	☐ کد ۵) مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل	☐ کد ۶) تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور
☐ کد ۷) مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی		☐ کد ۸) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
☐ کد ۹) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی	☐ کد ۱) ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	☐ 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 ۱۳) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو	☐ کد ۱۴) مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
☐ کد ۱۵) مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین	☐ کد ۱۶) مرگ یا ناتوانی به دنبال هیپوگلیسمی	☐ کد ۱۷) زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
☐ کد ۱۸) کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان	☐ کد ۱۹) مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات	☐ کد ۲۰) مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار
☐ کد ۲۱) حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار	☐ کد ۲۲) سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود های اطاق عمل	☐ کد ۲۳) موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
☐ کد ۲۴) سقوط بیمار	☐ کد ۲۵) موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	☐کد ۲۶) هر گونه آسیب فیزیکی(ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
☐ کد ۲۷) ربودن بیمار	☐ کد ۲۸) اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	

شرح مختصر واقعه و اقدامات انجام شده :

نام وامضاء گزارش کننده : **نام و امضاء کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:**