

مرکز آموزشی درمانی نمازی

واحد ایمنی و خطا و خطر (زمستان ۱۴۰۱)

جزوه آموزشی ایمنی بیمار جهت پرسنل بخشهای بالینی

فهرست عناوین:

۱. مقدمه ۲
۲. شاخصهای ایمنی بیمارستان ۲
۳. وقایع ۲۸ گانه ناخواسته درمانی ۳
۴. فرآیند شناسایی صحیح بیماران ۸
۵. شناسایی جسد ۱۴
۶. سقوط و اقدامات پیشگیرانه ۱۴
۷. نه راه حل ایمنی ۱۷
۸. اصول صحیح تجویز دارو ۱۹
۹. اصول مهار فیزیکی و شیمیایی ۲۱
۱۰. نتایج معوقه ۲۱
۱۱. مقادیر بحرانی و نحوه خبر دهی ۲۲
۱۲. تجزیه و تحلیل علل ریشه ای خطا (RCA) ۲۳
۱۳. راندهای واحد ایمنی بیمارستان نمازی ۲۴

"اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان، آسیب نرساندن به بیماران است" (فلورانس نایتینگل، ۱۸۶۳)

مقدمه:

سالانه ۴۴ هزار تا ۹۸ هزار آمریکایی در اثر خطاهای پزشکی می‌میرند. ارائه خدمات سلامت از پر خطرترین کارهای دنیا به شمار می‌رود، بر اساس آمار، کارهایی که احتمال بروز خطر در آنها بیش از یک مورد از هزار مورد است خطرناک به شمار می‌روند بنابراین خدمات سلامت که با احتمال وقوع خطر ۱ مورد از هر ۳۰۰ مورد همراه است، بسیار پرخطر محسوب می‌گردد. خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از خدمات سلامت است و به طور کامل نمی‌توان آن را حذف کرد ولی می‌توان آن را به حداقل رساند و به گونه‌ای مناسب مدیریت کرد.

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، شناسایی و گزارش حوادث است. شناسایی حوادث و گزارش آنها به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی‌بخشد. لیکن، ریشه‌یابی خطاهای رخ داده و به اشتراک گذاشتن تجربیات در این زمینه، وسعت دید افراد را افزایش می‌دهد و به کارگیری این تجربیات در حین انجام وظایف شغلی از بروز خطاهای مشابه در آینده جلوگیری می‌کند.

تعریف ایمنی بیمار:

کاهش احتمال خطر آسیب غیرضروری به بیمار به میزان حداقل قابل پذیرش که ممکنست حین خدمت /مراقبت سلامت رخ دهد.

شاخصهای ایمنی بیمارستان:

- ۱- انتقال ایمن
- ۲- بستری مجدد
- ۳- وقایع ۲۸ گانه پرتکرار (سقوط، اکستراوژیشن، زخم فشاری درجه سه، چهار و ...)

آسیب‌ها یا رخدادها یا ناخواسته درمان شامل ۳ گروه:

۱-۲- واقعه ناگوار یا فاجعه آمیز (Sentinel Event)

تعریف: اتفاق افتادن یا خطر اتفاق افتادن واقعه غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک، در صورتیکه این اتفاق جزء ۶ روند بیماری نباشد.

مثال: فراموش کردن بیرون آوردن گازهای استریل درون حلق کودک که تحت عمل جراحی آدنکتومی قرار گرفته توسط پرستار اتفاق عمل و مسدود شدن راه هوایی و فوت کودک

۲-۲- واقعه بدون آسیب (No Harm Event)

تعریف: اتفاق افتادن واقعه که هیچ آسیبی جهت بیمار نداشته اما امکان ایجاد آسیب به طور بالقوه تا پایان پروسه وجود دارد. مثال: انجام ندادن تست حساسیت به پنی سیلین قبل از تزریق در کودکی که تا به حال پنی سیلین دریافت نکرده و حساسیت نداشتن بیمار به پنی سیلین و عدم شوک آنافیلاکسی پس از تزریق

۳-۲- واقعه نزدیک به خطا (Near Miss Event)

تعریف : اتفاق نیفتادن واقعه ای به علت خوش شانسی، یا به کار افتادن سیستم مراقبتی پشتیبان دیگر در حالیکه توانایی بالقوه ایجاد واقعه ناخواسته را داشته است.

به عنوان مثال : (پرستار پنی سیلین تزریقی را در سرنگ کشیده و به کنار تخت بیمار دارای حساسیت برده تا به وی تزریق نماید ولی به علت خوش شانسی متوجه حساسیت بیمار به این دارو شده است).

وقایع تهدیدکننده حیات never event یا وقایع ۲۸ گانه :

شدیدترین وقایع ناخواسته که سبب بروز آسیب جدی یا مرگ شوند تحت عنوان وقایع تهدیدکننده حیات never event (وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیافتد) شناخته می شوند و در ۶ گروه و ۲۸ کد تقسیم می گردند:

(a) وقایع مرتبط با اعمال جراحی

(b) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

(c) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

(d) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

(e) وقایع مرتبط با محیط درمانی

(f) وقایع جنایی

(A) وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
۴. جا گذاشتن هر گونه وسیله اعم از گاز و ... در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور

(B) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

(C) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

(D) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو و ...
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

- ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- ۱۸. کرن ایکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات

(E) وقایع مرتبط با محیط درمانی

- ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار
- ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل
- ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
- ۲۴. سقوط بیمار

(F) وقایع جنایی

- ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی
- ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار
- ۲۷. ربودن بیمار
- ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

فرایند گزارش دهی خطا :

آنچه مهم است این است که در گزارش دهی خطا هدف مچ گیری یا متهم کردن افراد نیست . بلکه هدف شناسایی و مدیریت مجموعه ای از علل می باشد که سبب بروز خطا گردیده است.

درسهای آموخته شده از هرخطای گزارش شده تحت عنوان "درسنامه" با سایر کارکنان و بخشهای مرتبط به مشارکت گذاشته می شود.

مراحل ثبت خطا :

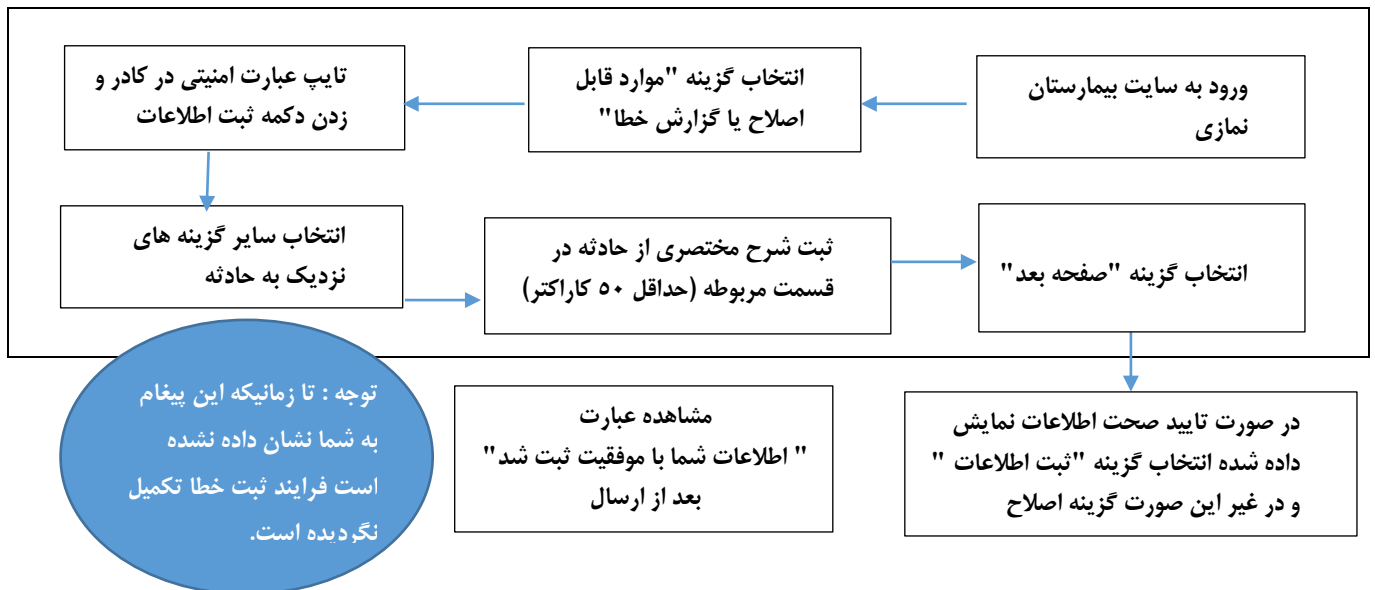
- کلیه کارکنان به محض اطلاع از وقوع هر یک از کدهای ۲۸ گانه بایستی طبق فرایند تعریف شده ، واقعه را گزارش دهند.
- کارکنان در شیفت صبح بایستی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل ابتدا به اینچارج/ مسئول شیفت اطلاع داده و سپس به سوپروایزر گزارش داده شود .
- سوپروایزر بایستی پس از بررسی موضوع و صحت کد واقعه ، و با اطلاع مسئول فنی / ایمنی بیمارستان به عنوان آنکال وقایع ناخواسته ، بلافاصله واقعه مربوطه را در سامانه ثبت نماید.
- به منظور افزایش فرهنگ ایمنی در بیمارستان، در ارزیابی عملکرد کارکنان طبق معیارهای تشویق و تنبیه ، یکی از معیار های تشویق ، خود گزارش دهی وقایع ناخواسته لحاظ گردد.

- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بایستی نمودار مقایسه ای گزارش به صورت خود گزارش دهی و دیگر گزارش دهی و گزارش سوپروایزر را به صورت فایل تهیه و به تیم مدیریت اجرایی بصورت فصلی ارائه نماید.
 - مسئول ایمنی/ فنی بیمارستان بایستی در بازدیدهای مدیریتی به موانع عدم گزارش پی برده و اقدام اصلاحی لازم را با همکاری پرسنل بخش های درمانی بررسی و اصلاح نمایند.
 - مسئول ایمنی/ فنی در بازدیدهای مدیریتی پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان اعلام می نماید.
 - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان ، نسبت به تهیه آمار خود گزارش دهی و مقایسه با دیگر گزارش دهی خطا ها در بخش و ارائه نتیجه گزارش به هر بخش اقدام نموده ، در صورت افزایش نمره گزارش دهی بخش مربوطه می تواند ملاک عملکرد و تشویق مدیریت باشد.
 - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اقدامات انجام شده را به صورت دوره ای و در فواصل زمانی مشخص پایش نموده و اثربخشی اقدامات را چک می نماید.
- نکته : برای افزایش فرهنگ خودگزارش دهی و کاهش ترس کارکنان از گزارش خطا برنامه به شیوه ای طراحی شود که برای گزارش دهنده این امکان وجود داشته باشد که در صورت عدم تمایل ، نام خود را ثبت ننماید.

• گزارش اختیاری (سیستم گزارش یاد گیرنده):

- در این فرایند افراد بنا به احساس مسئولیت حرفه ای و اخلاقی ، در قبال خطاهای مشاهده شده بی تفاوت نبوده و به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی و اصلاح فرایندهای معیوب که سبب بروز خطا شده اند و همچنین پیشگیری از بروز مجدد خطا ، داوطلبانه اقدام به گزارش خطا می نمایند .
- گزارش خطاهای Near Miss , No Harm در این دسته قرار می گیرند.
- راههای گزارش دهی اختیاری (خطاهای Near Miss , No Harm) :
- فرم های کاغذی گزارش خطا و صندوق های مخصوص که در راهروها و مسبرهای کور دوربین قرار دارند .
 - وب سایت گزارش دهی موارد قابل اصلاح (در سایت مرکز آموزشی درمانی نمازی)
 - فرم های اختصاصی گزارش خطا در واحدهای پاراکلینیک (داروخانه، آزمایشگاه و بانک خون، رادیولوژی، گازهای خون، اکوکاردیوگرافی)
- ارسال پیامک از طریق شماره ۰۹۱۷۳۰۶۰۸۵۸
 - ایمیل : namazi_mvo@sums.ac.ir
 - تلفن گویای ۵۵۴۶
- با توجه به سهولت استفاده از داده های گزارش شده از طریق سیستم تا حد مقدور از سایت گزارش دهی موارد قابل اصلاح
- با توجه به سهولت استفاده از داده های گزارش شده از طریق سیستم ، تا حد ممکن از سایت گزارش دهی موارد قابل اصلاح

به عنوان روش ارجح جهت گزارش خطا استفاده نمایید. گزارش دهی خطا به صورت اختیاری بوده و اطلاعات گزارش شده



کاملاً محرمانه خواهد ماند.

خود اظهاری خطا:

اظهار خطا توسط فرد یا همکاران وی یا مسئول بخش با ثبت سیستمیک آن، به علت داوطلبانه بودن در حوزه روش کشف و مواجهه خطا جای نمی گیرد.

در این شیوه اگر یکی از پرسنل به هر دلیل مرتکب خطا شود بایستی نسبت به ثبت در سیستم موارد قابل اصلاح - وقایع ناخواسته (با نام یا بدون نام) و ارسال آن اقدام نماید همچنین در صورت وجود احتمال خطر با شدت بالا برای بیمار، پرسنل، تجهیزات و... باید نسبت به آگاه سازی مسئول بخش یا هریک از مسئولین مربوطه اقدام نماید تا از افزایش یا اشاعه دامنه خطر جلوگیری شود.



نحوه ورود به سایت و ثبت گزارش خطا

ثبت و گزارش موارد قابل اصلاح

احراز هویت

جهت دسترسی به فرم ورود اطلاعات ابتدا عبارت روبرو را وارد نمایید.

 عبارت مقابل تصویر جدید

ثبت اطلاعات

گزارش موارد قابل اصلاح

گزارش خطا

توجه : معمرانه بودن اطلاعات ارسالی از جانب شما، از هر نظر تضمین می گردد.
 لطفاً موارد خواسته شده را با دقت تکمیل نمایید.
 توجه داشته باشید که پر کردن فیلدهای ستاره دار الزامی است.

آیا صحت اطلاعات زیر را تایید می نمایید؟

1397/09/29	تاریخ رخداد
123456789123456789123456789123456789123456789123456789	شرح خطا
بدون ایجاد آسیب	خطا منجر به
سایر اتفاقاتی که جزو دسته اول طبقه بندی نمی شوند. (non-sentinel event)	شدت خطا
اتفاق افتادن واقعه ای که هیچ آسیبی جهت بیمار نداشته اما امکان ایجاد آسیب بطور بالقوه تا پایان پروسه وجود دارد. (رخداد بدون آسیب: no harm)	نوع رخداد
کمیون نیرو	علت بروز خطا
بله	آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟
بله	آیا قبلاً برای پیشگیری از این خطا آموزش داده شده بود؟
فرد خطا کننده	شناسایی خطا توسط
قبل از وقوع	کشف خطا

انصراف

اصلاح اطلاعات

ثبت اطلاعات

توجه: محرمانه بودن اطلاعات ارسالی از جانب شما، از هر نظر تضمین می گردد.
لطفاً موارد خواسته شده را با دقت تکمیل نمایید.
توجه داشته باشید که پر کردن فیلدهای ستاره دار الزامی است.

اطلاعات شما با موفقیت ثبت شد.

بازگشت به صفحه نخست

گزارش اجباری (سیستم گزارش دهی پاسخگو):

در صورتی که خطای رخ داده جزء گروه خطاهای **Sentinel Event** یا در گروه وقایع تهدیدکننده حیات **never event** (یا ۲۸ گانه) باشد گزارش خطا از حالت اختیاری خارج و کارکنان درگیر حادثه یا تشخیص دهنده (پزشک، پرستار، پرسنل بیهوشی، اتاق عمل، رادیولوژی، اسکورتینگ، بیماریار و) بایستی بلافاصله پس از وقوع و شناسایی خطا به روشهای زیر اطلاع رسانی نمایند:

تماس با واحد ایمنی بالینی (شماره تماس ۵۵۴۶) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
تماس با شماره موبایل ۰۹۱۷۳۰۶۰۸۵۸
تماس با سوپروایزر کشیک

نکته: در گزارش خطاهای **Sentinel Event** و **never event** نباید از سایر روشهای گزارش دهی خطا که می تواند باعث تاخیر در گزارش دهی شود استفاده شود.

شناسایی فعال بیماران:

اولین و اصلی ترین گام در ارائه خدمات ایمن، شناسایی صحیح بیماران به صورت فعال می باشد. علت ریشه ای بروز بسیاری از خطاهای درمانی در سراسر جهان عدم شناسایی صحیح بیماران می باشد.

روش شناسایی فعال: از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را (به روز، ماه و سال) بیان نماید سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند تطبیق دهید.

مداخلات پرخطر: تمام اقدامات تعریف شده در لیست مداخلات پرخطر که توسط بیمارستان مشخص شده است. در مداخلات پرخطر، تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و تزریق داروهای با هشدار بالا و تزریق خون الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی / تشخیصی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

ضوابط کلی مرتبط با فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری:

نکته: اکیدا یادآوری می شود که استفاده از دستبندهای شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

۱. الزامیست کلیه بیماران بستری ، تحت نظر بخش اورژانس و خدمات روزانه (همودیالیز، اندوسکوپی، آنژیوگرافی عمومی و کت لب واحدهای رایولوژی و اعمال سرپایی) دارای دستبند شناسایی باشند.
۲. دستبند شناسایی بیماران بستری و تحت نظر بخش اورژانس بایستی توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و در هنگام پذیرش بیمار ، توسط پرسنل پذیرش بر روی دست بیمار بسته شود.
۳. الزامیست مشخصات بیمار مشتمل بر شناسه های نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد به سال، ماه ، روز و نام پدر نیز به صورت خوانا و واضح با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه سفید دستبند شناسایی پرینت شود.
۴. هنگام پذیرش بیمار در بخش توسط مسئول بخش / اینچارج شیفت شناسایی فعال بیمار انجام گیرد.

نکته : محل مناسب دستبند شناسایی بر روی میج دست غالب بیماران می باشد ، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن به منظور انجام اقدامات درمانی وجود دارد. اما بر اساس وضعیت بیمار (سوختگی / شکستگی اندامهای فوقانی) از سایر اندامها نیز می توان استفاده نمود. در این شرایط از دست دیگر بیمار و در صورتی که هر دو دست دچار شکستگی / سوختگی شده باشد ، از اندامهای تحتانی استفاده شود .

روش شناسایی فعال بیماران :

- از بیمار/ والدین یا یکی از بستگان درجه یک درخواست نمایید نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد یا سن و نام پدر را بیان نماید سپس با مشخصات مندرج بر روی پرونده و دستبند شناسایی تطبیق دهید.

- اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد ، با پرسش موارد یاد شده از والدین و یا وابستگان درجه یک بیمار او را به طور صحیح شناسایی نمایید.

نکته : شناسایی فعال بیماران با اختلالات روانی /مشکلات شنوایی / ذهنی / آلزایمر مانند بیماران با سطح هوشیاری پایین انجام شود.

۱. پس از شناسایی و تایید انطباق هویت بیمار با دستبند و پرونده ، هنگام ارایه آموزشهای بدو ورود به بیمار پرستار بایستی درباره ضرورت بر دست داشتن دائمی دستبند شناسایی و مراقبت از آن در مدت بستری آموزشهای لازم ارایه دهد. لازم است به بیمار / همراه آموزش داده شود در صورت باز یا گم شدن دستبند شناسایی حتماً به پرستار خود اطلاع دهد.

۲. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار در بخش به منظور هشدار بر روی جلد پرونده و بربالین بیمار برچسب "هشدار بیمار با نام مشابه" چسبانده شود.

۳. در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی دستبند شناسایی را از دست بیمار باز نماید ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن دستبند شناسایی به دست بیمار اقدام نماید. پرستار بیمار بر اساس ارزیابی اولیه پرستاری (در بخشهای اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی) به روش زیر رنگ برچسب مناسب را تعیین نموده و به کار می برد:

- برچسب های با رنگ قرمز برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده ، به کار می رود.

- برچسب های با رنگ " زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط، ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوء تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار می گیرد.
 - در صورت تعیین برچسب زرد پرستار بایستی حرف اول خطر را به انگلیسی بر روی برچسب زرد نوشته و روی دستبند شناسایی بیمار به نحوی که مشخصات بیمار مخدوش نشود بچسباند.
 - (a) در مرکز آموزشی درمانی نمازی برای بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط ، ریسک خودکشی ،سوء تغذیه ترومبوآمبولیسم و تشنج برنامه ارزیابی و مراقبتی اجرا می گردد.
 - (b) با توجه به اینکه همه نوزادان و کودکان در معرض خطر سقوط هستند از زدن برچسب زرد به منظور خطر سقوط خوداری شود.
 - (c) در بخشهای بستری با توجه به شرایط سنی بیماران از معیار مورس و هامپی دامپی برای شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط استفاده می شود.
۴. بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری با معیار برادن و برادن کیو و بیماران در معرض خطر سقوط با معیار مورس و هامپی دامپی توسط پرستار ارزیابی و شناسایی می شوند.
۵. بیماران دارای ریسک خودکشی با همکاری واحدهای مددکاری و روانشناسی شناسایی و ارزیابی می شوند . بعد از ارزیابی، کارشناس روانشناسی می بایست نتیجه ارزیابی را در پرونده ثبت و در صورت مثبت بودن به مسئول بخش / مسئول شیفت اطلاع دهد.
۶. کارشناس تغذیه پس از ارزیابی و تعیین وضعیت تغذیه ای بیمار و ثبت در پرونده ، بایستی موارد شدید سوء تغذیه را به مسئول بخش / مسئول شیفت اطلاع دهد.
۷. ضروریست پرستار بیمار حرف اول ارزیابی های مثبت را طبق لیست زیر روی برچسب زرد نوشته و به دستبند شناسایی بیمار بچسباند.
- بیمار مستعد به سقوط (Falling(F)
 - بیمار مستعد به زخم فشاری (Pressure sore(P)
 - خودکشی (Suicide(S)
 - سوء تغذیه (Malnourishment (M)
 - ترومبوآمبولیسم (thromboembolism(T)
 - تشنج (c) Convulsion
۸. در صورتی که حین بستری دستبند بیمار آسیب دیده یا گم شود بایستی فوراً توسط مسئول ذی صلاح (منشی یا مسئول بخش) تهیه و تعویض شود.
۹. به منظور پیشگیری از وقوع حوادث تهدید کننده حیات الزامیست در موارد زیر بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت به طور همزمان و مستقل (چک مستقل دوگانه هویت بیمار) تایید صحت شناسه ها، دستورات پزشکی، و انطباق آنها با یکدیگر کنترل شوند :
- چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پرخطر
 - تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری

- آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا
 - فرایند تزریق خون و فرآورده های خونی
۱۰. در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود .

شناسایی صحیح نوزادان:

۱. در زمان پذیرش مادر به ازای هر قل یک دستبند با مشخصات مادر تهیه و ضمیمه پرونده می شود که بایستی بلافاصله بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک اتاق عمل و بعد از چک مجدد با مشخصات مادر توسط کارشناس اتاق عمل به میج پای نوزاد بسته شود. نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد و در پرونده مادر الزامی است:
 - نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه)
 - جنسیت نوزاد
 - تاریخ تولد به روز، ماه و سال
 - ساعت تولد
۲. در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو باشد بر روی دستبند شناسایی آنها قید شود. (با توجه به سونوگرافی بیمار از قبل مشخص می باشد و به ازای هر قل یک دستبند آماده می شود).
۳. دستبند شناسایی نوزادان باید در طی هر شیفت توسط پرستار بررسی شود .
۴. در صورتی که دستبند شناسایی نوزاد مفقود شود ، کلیه دستبندهای شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک نموده و در صورتی که مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید ، برای نوزاد دستبند جدید تهیه نمایید.
۵. در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل نوزاد به خانواده ، دستبند شناسایی مجدداً کنترل می گردد. از تحویل نوزادان به والدین/کارکنان بدون شناسایی و تطبیق دستبند اکیداً خودداری شود.
۶. اینچارج / پرستار بیمار در کلیه شیفت ها موظف به کنترل دستبند از لحاظ وجود و صحت اطلاعات مندرج می باشد.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی:

۱. دستبند شناسایی بیماران سربایی ضمیمه پرونده بیمار و توسط واحد پذیرش به اتاق عمل فرستاده می شود.
۲. در اتاق عمل در زمان پذیرش بیمار ، ضروریست اینچارج شیفت اتاق عمل و یا اینچارج همان سرویس بیمار را در بدو ورود شناسایی نموده و از بیمار درخواست نماید که نام ، نام خانوادگی، تاریخ تولد (سن) موضع عمل ، نوع اقدام جراحی را به طور کلامی بیان نموده و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی ، بیمار صحیح را شناسایی نماید.
۳. پس از انجام شناسایی فعال بیمار توسط اینچارج شیفت اتاق عمل و یا اینچارج همان سرویس جراحی ، دستبند شناسایی به دست بیمار بسته شده و به اتاق تعویض لباس راهنمایی می شود . مسئول اتاق توزیع لباس دستبند شناسایی را با بیمار مطابقت می دهد.
۴. در قسمت پری آپ بیهوشی نیز شناسایی فعال بیمار توسط پرسنل بیهوشی انجام و با دستبند و پرونده مطابقت داده می شود. .
۵. در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر / عمل جراحی، در صورتی که بیمار هوشیار است:

- از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بیان نماید.
- جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده او را با هم و با خوداظهاری بیمار تطبیق دهید.
- نوع اقدام جراحی پیش بینی شده و موضع عمل جراحی مندرج در فرم رضایت عمل آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خود اظهاری بیمار تطبیق دهید.
- در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی است و یا هوشیار نمی باشد، با پرسش موارد یاد شده از والدین یا وابستگان درجه یک بیمار او را به طور صحیح شناسایی نمایید.
- پرسنل پرستاری در زمان تحویل گرفتن بیمار از اتاق عمل، در صورت هوشیاری بیمار شناسایی فعال و تطبیق دستبند شناسایی با پرونده و بیمار و در صورت عدم هوشیاری، تطبیق دستبند شناسایی با پرونده بیمار را انجام می دهد.
- نکته: استفاده از چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل و آنژیوگرافی جهت کاهش خطا در شناسایی بیمار، ضروری می باشد.

شناسایی صحیح بیمار در فرآیند نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن دارو به بیمار

- به منظور پیشگیری از وقوع خطا در تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط (بر اساس شرح وظایف مصوب) به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. (در بخشهای بستری، اورژانس و اتاق عمل توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت حرفه ای یا پزشک ذی صلاح/ذیربط و یک پرستار واجد صلاحیت حرفه ای) با استفاده از حداقل دو روش ذیل به صورت مستقل و همزمان بیمار صحیح را شناسایی نمائید:

- پرسش نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد از بیمار
- دستبند شناسایی بیماران
- قبل از دارودهی به بیمار موارد ذیل را کنترل نمائید:
- نام، نام خانوادگی و در صورت نیاز نام پدر بیمار
- نام ژنریک دارو
- دوز و دفعات تجویز دارو
- زمان و راه تجویز دارو
- بررسی بیمار از نظر وجود آلرژی

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون:

۱. به منظور اطمینان از تزریق خون / فرآورده های خونی صحیح به بیمار صحیح ضروریست مراحل زیر به صورت همزمان و مستقل توسط دو نفر از کادر بالینی ذی صلاح (اینچارج و پرستار / پزشک و پرستار) انجام گیرد.
۲. تایید هویت بیمار و شناسایی ایمن و فعال

۳. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده و دستور تزریق خون / فرآورده های خونی

۴. بررسی و تایید انطباق کیسه خون ارسالی از بانک خون با فرم درخواست

۵. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج روی کیسه خون ارسالی و فرم درخواست خون و دستور پزشک

نکته: در صورتی که بیمار بیهوش یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد، چک دستی شناسایی و

مطابقت با پرونده برای بیماران ضروری می باشد. هر دو پرستارموظفند قبل از تزریق خون و فرآورده های خونی اطلاعات مندرج روی

دستی شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهند.

۶. در تطابق خون / فرآورده های خونی ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار / دستی شناسایی مورد بررسی قرار گیرند:

• نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل

• نام پدر بیمار

• تاریخ تولد به روز ماه سال

• شماره پرونده بیمار

• شماره خون / فرآورده خونی / گروه خونی بیمار

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

۱. برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی ، نام بخش ، شماره پرونده / کدبستری و تاریخ و ساعت نمونه گیری ،

گروه آزمایش (بیوشیمی، هماتولوژی، ایمنوسرولوژی، میکروب شناسی ، سیتولوژی ، پاتولوژی، تجزیه ادرار و انگل شناسی) باشند.

(حداقل شناسه ها شامل نام و نام خانوادگی ، ، نام بخش)

یادآوریها :

• نوشتن نام بخش بر روی نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک اجباری است.

• از قید شماره تخت و اتاق بیمار و نام نمونه گیر بر روی ظرف جمع آوری نمونه های آزمایشگاه اجتناب گردد.

• فقط برای نمونه های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه خونی و کراس مچ ، قید نام نمونه گیر روی لوله حاوی نمونه بیماران

الزامی است.

• در موارد ارسال مایعات بدن ، نمونه هایی که جهت کشت ارسال می شود (به استثنا خون و مدفوع) ، حتما نوع نمونه و سایت نمونه

برچسب گذاری نمونه های آزمایش بر بالین بیمار و پس از نمونه برداری و تخلیه نمونه در لوله آزمایش صورت گیرد.

۲. از چسباندن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود. برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله / ظرف نمونه گیری

چسبانید.

۳. برچسب نمونه های ESF در قسمت بالای لوله نصب گردد.

۴. در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها اعم از مخدوش، ناخوانا یا مشکوک (غیر قابل تشخیص قطعی) بودن

مشخصات مندرج بر روی ظرف محتوی نمونه ، لازم است ظرف یا لوله محتوی نمونه معدوم و نمونه گیری مجدد انجام شود .

شناسایی بیماران مجهول الهویه

- پرستار مسئول بیمار بایستی نسبت به تشکیل پرونده بیمار مجهول الهویه براساس روش اجرایی تدوین شده در بیمارستان اقدام نموده و دستبند شناسایی وی را با ثبت موارد (ناشناس - جنس - شماره) تهیه نماید .در صورت تعدد بیماران مجهول الهویه شماره ناشناس افزایش می یابد به عنوان مثال: ناشناس مرد 1 ، ناشناس زن 2 و...
 - در زمان پذیرش، مشخصات بیمار مجهول الهویه در سیستم HIS به عنوان بیمار (ناشناس) مشخص گردد.
 - پرستار مسئول بیمار دستبند شناسایی تهیه شده را روی دست بیمار بسته و کلیه اقدامات مراقبتی لازم را با اطمینان از انطباق دستورات پزشک با بیمار، بر بالین وی و انطباق دستبند شناسایی انجام دهد.

شناسایی صحیح جسد:

کادر درمان بایستی اقدامات زیر را طبق دستورالعمل انجام دهند :

- (۱) دستبند شناسایی از روی دست یا پای جسد جدا نشود.
- (۲) پرستار مسئول بیمار تگ شناسایی ددگان و کاور را تکمیل نماید.
- (۳) اینچارج بخش هویت جسد را از طریق انطباق نام و نام خانوادگی نوشته شده روی ددگان و کاور با گواهی فوت و دستبند شناسایی تایید نماید .
- (۴) کمک بهیار هویت جسد را از طریق انطباق نام و نام خانوادگی نوشته شده روی تگ شناسایی ددگان و کاور با دستبند شناسایی تایید نماید.
- (۵) تحویل گیرنده جسد در سردخانه ، هویت جسد را از طریق انطباق گواهی فوت با تگ شناسایی روی ددگان ، کاور و دستبند شناسایی تایید نموده و در دفتر آمار سردخانه ثبت نماید.
- (۶) تحویل گیرنده جسد در صورت هرگونه عدم انطباق با بخش مربوطه تماس گرفته و مسئول شیفت با حضور در سردخانه موظف به رفع موارد عدم انطباق می باشد و پس از رفع عدم انطباق مشخصات در دفتر آمار سردخانه ثبت شود.
- (۷) مسئول سردخانه در شیفت صبح و عصر و سرشیفت خدمات در شیفت شب هویت اجساد تحویل گرفته شده را از طریق انطباق گواهی های فوت با تگ های شناسایی روی ددگان و کاور تایید نماید.
- (۸) مسئول سردخانه / سرشیفت خدمات بدون گواهی فوت ، جسد را تحویل نگیرند.

تعریف سقوط:

سقوط در بیماران بستری حاد و مزمن در صورتی که ناشی از سنکوپ یا نیروی شدید خارجی نباشد ، به عنوان دراز کشیدن یا استراحت غیر عمدی بر روی زمین ، کف زمین یا سطح پایین تر می باشد.بانک داده های ملی کیفیت حوادث پرستاری سقوط را افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب تعریف می نماید.

سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد ، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزء اتفاقات ناخواسته ای قلمداد می شوند که هرگز نباید رخ دهند.

اقدامات لازم جهت جلوگیری از سقوط بیمار :

- پرستار در فرم ارزیابی اولیه ، بیمار در معرض سقوط را بر اساس معیار مورس شناسایی و برچسب زرد رنگ با ثبت نوع خطر را روی دستبند شناسایی چسبانیده و در بدو ورود اهمیت برچسب و علت چسباندن برچسب زرد را برای بیمار و همراه توضیح دهد.
- به بیمار آموزش می دهد از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب استفاده نماید.
- به روشنایی اتاق بیمار و آموزش روشن نمودن لامپ بالای تخت هنگام خروج بیمار از تخت توجه می نماید و همچنین اختلال بینایی بیمار بستر در حد امکان بایستی رفع شود.
- ترتیبی اتخاذ شود که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع ، اشیاء زاید و اضافی باشد.
- در صورت لزوم وسایل کمک حرکتی توسط پرستار در اختیار بیمار قرار داده شود و نحوه استفاده از آن آموزش داده شود.
- استفاده از زنگ احضار و بالا بودن نرده های کنار تخت به بیمار و همراه توسط پرستار از ابتدای بستری آموزش داده می شود.
- عدم استفاده از تخت ، برانکار ، میز و کمد کنار تخت بیمار به عنوان تکیه گاه توسط پرستار به بیمار داده می شود.
- در زمان تحویل بیمار به شیفت بعد یا بخش درمانی دیگر به فرد تحویل گیرنده خطر سقوط بیمار را توضیح دهد.
- پرستار میزان ریسک سقوط بیمار را در هر شیفت و یا تغییر وضعیت بالینی بیمار ارزیابی و ثبت نماید و در صورت تغییر به شیفت بعد گزارش دهد.
- به مواردی از جمله وضعیت روحی روانی ، مشکلات حرکتی و تعادلی، بینایی ، شنوایی ، استرس ، NPO بودن بیمار توجه و در صورت امکان این بیماران به نزدیکترین اتاق به ایستگاه پرستاری منتقل گردند .
- علائم بالینی ارتوستاتیک (فشارخون ، نبض و علائم بالینی) بیمارانی که در معرض خطر هیپوولمیک هستند را در وضعیت خوابیده به پشت ، ایستاده (در صورتی که قادر به ایستادن نیست در حالت نشسته با پاهای آویزان) بررسی نماید.
- در زمان OOB شدن بیمار پرستار در کنار بیمار حضور داشته و به مرتب بودن اتاق بیمار و قرار نداشتن اشیاء در مسیر حرکت بیمار توجه نماید.
- در اتاق درمان و یا واحدهای تشخیصی، بیمار در معرض خطر را نباید تنها رها کند.
- نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند ، بر طبق برنامه زمانبندی (به فواصل منظم و به صورت مستمر) رفع شود.
- اینچارج بخش در زمان تحویل و تحول بیمار سالم بودن side rail و خشک بودن کف بخش را بررسی نماید.
- اطمینان از قفل بودن چرخ های تخت بیمار ، برانکار و صندلی چرخدار وقتی در حالت سکون است ، توسط کلیه پرسنل درمانی ، خدمات و بیماربر در حین استفاده صورت گیرد.
- بازدید دوره ای ترمز چرخ تخت ها و برانکارها طبق چک لیست و بر اساس برنامه زمانبندی شده ، به فواصل منظم و به صورت مستمر انجام شود.

نکته: درب اتاق بیماران همیشه باز نگه داشته شود مگر در شرایط خاصی مانند احتیاطات ایزولاسیون و

اقدامات لازم جهت انتقال ایمن بیمار

۱. دستور پزشک و فرم انتقال ایمن در بخش مبدا تکمیل گردد، پروسیجر یا اقدام درمانی مورد نیاز برای بیمار و همراه وی توضیح داده شود.

نکته: علت انتقال به بیمار توضیح داده شود و در صورت نیاز رضایت آگاهانه اخذ گردد.

۲. توجه به نمره Pews، Mews و اقدامات لازم جهت انتقال ایمن بیمار

نکته: از کارکنان بالینی واجد صلاحیت (داشتن آگاهی و مهارت و توانمندی) متناسب با میزان وخامت حال بیمار و نیاز به مراقبت ویژه، در تمام مراحل انتقال استفاده شود.

۳. ایمنی برانکارڈ از نظر سالم بودن تخت، ساید ریل ها و..... کنترل شود.

۴. حریم خصوصی و راحتی بیمار حفظ شود.

۵. وجود دستبند شناسایی با مشخصات صحیح بیمار

۶. رعایت نکات کنترل عفونت و بهداشت دست قبل، حین و بعد از انتقال بیمار (بعد از تمیز نمودن ویلچر یا برانکارڈ زیربیمار ملحفه انداخته شود).

۷. توجه به اتصالات و پانسمانهای بیمار

۸. جهت انتقال ایمن بیمار بایستی تنها یک بیمار توسط اسکورتینگ / پرستار منتقل گردد.

۹. همراهی تجهیزات، داروها و ملزومات مناسب و متناسب با وضعیت بیمار در تمام مراحل انتقال (اطمینان از سالم بودن

تجهیزات، نصب در محل مناسب و آماده به کار بودن آنها، وجود کیف اورژانس و) ...

۱۰. ایمنی بیمار هنگام انتقال رعایت شود (بالا بودن ساید ریل، بستن کمر بند ایمنی، اکسیژن، فیکس بودن اتصالات بیمار،

فیکس بودن لاین محیطی یا مرکزی سالم، مناسب بودن وضعیت پانسمان بیمار و) ...

نکته: در زمان اکسیژن درمانی به عدم وجود پارافیلیم بر روی خروجی کپسول اکسیژن دقت شود.

۱۱. حضور فعال پرستار / اسکورتینگ در زمان انتقال به صورت مستمر و ایمن بر بالین بیمار

۱۲. تحویل بیمار در بخش یا واحد مقصد بر اساس a,b,c,d,e (تکمیل فرم انتقال ایمن در واحد مقصد)

نکته: برانکارد و ویلچر بیمار تنها توسط بیماریار جابجا گردد.

نه راه حل ایمنی:

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

- کلیه بخش های بیمارستان لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار داده اند. قرار می دهند.
- روی داروی های مشابه شکلی بایستی بر اساس دستورالعمل های وزارت خانه برچسب های زرد رنگ چسبانده شود تا یک نوع زنگ هشدار برای پرسنل و پزشکان باشد.
- جعبه محتوی ویالها ، آمپولها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در توالی اورژانس با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.

۲. شناسایی صحیح هویت بیمار : شناسایی فعال و مطابقت دستبند شناسایی

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار:

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

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

فرآیند اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارد عبارتند از:

- محل عمل به درستی بایستی توسط پزشک جراح بیمار مشخص شود (محل عمل با پرونده بیمار ، صحبت های خود بیمار ، شرح حال بیمار و تشخیصهای پرستاری تایید شود)
- تایید محل عمل ، شناسایی نوع عمل و شناسایی صحیح بیمار به عنوان نفر دوم در بخش برعهده پرستار می باشد.
- تایید محل عمل ، شناسایی نوع عمل و شناسایی صحیح بیمار به عنوان نفر اول در اطاق عمل به عهده پزشک جراح بیمار می باشد .
- تایید محل عمل ، شناسایی نوع عمل و شناسایی صحیح بیمار به عنوان نفر دوم در اطاق عمل به عهده پرستار سرکولار و اسکراب می باشد .

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت:

به منظور پیش گیری از وقایع ناخواسته ، الزامی است مراحل نسخه پیچی، آماده سازی و تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

نکته : در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند حتما از روش نگارش (Tall Man Lettering) به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی استفاده شود (.استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی ، به عنوان مثال دوپامین DOPamine در مقابل دوبوتامین DOBUTamine)

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات:

- استقرار فرآیند استاندارد تلفیق دارویی
- اخذ اطلاعات دارویی کامل و صحیح بیمار (نام، دوز، راه و دفعات مصرف)
- مقایسه تاریخچه دارویی بیمار با دستور پزشک
- رفع هرگونه ناهمخوانی

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

- هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، بخش دیگر یا شیفت قبل ، اتصالات را از نظر فیکس بودن، صحت عملکرد، میزان درناژ و out put چک نمایید.
- مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد ثابت نمایید.
- مسیر راه ورودی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت نمایید.
- برچسب گذاری کاتترهای پرخطر (برای مثال: کاتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال)
- در برچسب گذاری اتصالات ، محل برچسب نزدیک به بیمار یا انتهای اتصالات باشد.
- کنترل تاریخ کارگذاری اتصالات با برچسب گذاری صحیح

۸. استفاده صرفا یکبار مصرف از وسایل تزریقات :

- تزریقات ایمن
- به بیماران یا دریافت کننده خدمات آسیبی نرساند.
- به ارائه کنندگان و کارکنان خدمات سلامت صدمه ای نزند.
- پسماندهای ناشی از آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نگردد.
- پس از تزریق اکیدا از درپوش گذاری سرسوزن اجتناب شود . (Scoop در صورت ضرورت به روش یک دستی)
- قبل از دفع از شکستن یا خم کردن سرسوزن اجتناب شود .
- الزامیست سر سوزن و سایر وسایل تیز و برنده مصرف شده یا نشده نظیر بیستوری ، آنژیوکت ها ، شیشه های شکسته سرم ، گایدهای جراحی ، پنس های شکسته ، سرسوزن و... مستقیماً توسط فرد مجری پس از مصرف در ظروف ایمن دفع شود.

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

بهداشت دست به عنوان ساده ترین و مهمترین معیار در پیشگیری از عفونت های بیمارستانی می باشد. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی به مدت 40 تا 60 ثانیه و ضد عفونی دست ها با محصولات ضد میکروبی روش (Hand rub) به مدت 20 تا 30 ثانیه در 5 موقعیت زیر ضروری می باشد:

- قبل از تماس با بیمار
- بلافاصله قبل از انجام کار آسپتیک
- بعد از احتمال تماس با مایعات بدن بیمار
- بعد از تماس با بیمار
- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

اصول صحیح تجویز دارو:

در بین خطاهای درمانی، خطاهای دارویی حجم وقوع بالایی دارند. به منظور کاهش بروز این دسته از خطاها توجه به اصول صحیح تجویز دارو از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. هفت قانون دارو دهی عبارت است از:

۱. داروی صحیح

۲. راه صحیح

۳. زمان صحیح

۴. دوز صحیح

۵. بیمار صحیح

۶. مستند سازی صحیح

۷. حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردارویی داده شده

تعریف فرمولاری دارویی: در حقیقت کتابچه دارویی حاوی لیست داروهای مورد تایید وزارتخانه می باشد که از سوی پزشکان در بیمارستان قابل تجویز می باشد و بیمارستان موظف به تهیه داروهای این لیست می باشد. در این کتابچه اطلاعات مربوط به نام ژنریک داروها، دوز و اشکال دارویی موجود ثبت شده است.

هر بیمارستان فرمولاری دارویی مختص خود را دارد.

فرمولاری دارویی بیمارستان نمازی به صورت یک فایل اکسل از سوی واحد مدیریت دارویی تهیه و در اختیار بخشها قرار گرفته است که علاوه بر فهرست دارویی دارای لیست داروهای ضروری، داروهای یخچالی، داروهای با نام مشابه، داروهای پرخطر، هشدار بالا و فرمولاری وسایل مصرفی می باشد.

داروهای پرخطر "هشدار بالا": داروهایی هستند که هنگام تجویز نیاز به چک مستقل دوگانه دارند و شامل:

۱. داروهای مندرج در لیست ۱۲ گانه

۲. داروهای سیتوتوکسیک

۳. داروهای مخدر

۴. انسولین

۵. داروهای بلاک کننده عصب عضله و بیهوشی تزریقی

نکته: داروهای ۱۲ گانه بایستی از داروخانه دارای برچسب هشدار باشند.

۱. کلرید پتاسیم	۴. گلوکونات کلسیم	۷. آتروپین	۱۰. رتپلاز
۲. سولفات منیزیم	۵. هایپرسالین	۸. اپی نفرین	۱۱. هالوپریدول
۳. بیکربنات سدیم	۶. لیدوکائین	۹. هپارین سدیم	۱۲. پروپرانولول

نکته: داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ قرارداد

شوند. جدا سازی الکترولیت های تغلیظ شده از بقیه داروهای پرخطر و همچنین جداسازی KCl از بقیه داروها

- مشخص شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا مثل کلرید پتاسیم، بیکربنات سدیم و غیره با برچسب های قرمز در محل نگهداری
- الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه را هرگز در استوک پرستاری قرار ندهید.

نکاتی مهم در زمینه مصرف ایمن داروهای مولتی دوز:

۱. استفاده از ویالهای چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
۲. به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی بر بالین بیماران باز نشود.
۳. در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود.
۴. ویالهای چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.

اصول مهار فیزیکی و شیمیایی:

انجام مهار شیمیایی و فیزیکی صرفا بر اساس دستور پزشک امکان پذیر است.
اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک باید ذکر شود.

ارزیابی پاسخ به درمان ، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر قبل ، حین و پس از مهار شیمیایی و فیزیکی ارزیابی و ثبت گردد.

سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده به صورت مستمر کنترل و ثبت گردد.

زمان شروع و زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

تکرار مهار شیمیایی و فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک امکان پذیر می باشد و تکرار بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم غیر قابل انجام است.

در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت ، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد ، مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد.

نکته : در صورت بیقراری مادر باردار به هیچ عنوان مهار فیزیکی انجام نگردد و علت ضمیمه ای بررسی و برطرف گردد.

اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیمار / همراه

نتایج معوقه شامل نتیجه تمام تستهای تشخیصی (آزمایشات ، پاتولوژی و تصویر برداری) است که در زمان ترخیص بیمار ، آماده نمی باشد.

- در زمان ترخیص بیمار بایستی سرپرستار یا اینچارج / منشی بخش با چک نمودن پرونده بالینی بیمار (HIS ، کاردکس ، پرونده و خلاصه پرونده بیمار) تست هایی که جواب آنها تا زمان ترخیص آماده نشده در دفتر مخصوص ثبت نماید. سپس زمان مراجعه جهت دریافت جواب تست را به صورت شفاهی به بیمار / همراه بیمار توضیح داده و در فرم آموزش زمان ترخیص ثبت نماید و شماره تماس مورد تأیید بیمار / همراه را در دفتر ثبت نماید .
 - منشی بخش می بایست روزانه دفتر پی گیری نتایج معوقه را چک نموده و بر اساس تاریخ آماده شدن جوابها ، با واحد پاراکلینیک مربوطه تماس گرفته و در صورت آماده بودن جواب تست مورد نظر با شماره تلفن ثبت شده در دفتر جهت حضور و دریافت جواب تماس می گیرد. (باجه جوابدهی)
 - منشی بخش می بایست با بیمار / همراه بیمار تماس گرفته و نتیجه را در دفتر پیگیری نتایج معوقه ثبت نماید.
 - منشی بخش پاتولوژی می بایست پس از آماده شدن جواب آزمایش پاتولوژی با بیمار / همراه تماس گرفته و وی را برای دریافت جواب از باجه جواب دهی راهنمایی نموده و نتیجه تماس را در دفتر پی گیری نتایج معوقه پاتولوژی ثبت نماید .
- یاد آوری :** گزارشهای کتبی تصویربرداری نیز در باجه جوابدهی تحویل داده می شود .
- منشی بخش و مسئول باجه جوابدهی موظف هستند پس از تحویل جواب تست به بیمار / همراه تاریخ تحویل را در لیست پی گیری نتایج معوقه ثبت و از بیمار / همراه امضاء بگیرند .

- منشی بخش در صورت عدم پاسخ از سوی بیمار پس از ۳ مرتبه تماس تلفنی، بایستی به پزشک معالج مربوطه اطلاع داده و نتیجه تماس را در دفتر مربوطه ثبت نماید.
- گزارش های کتبی رادیولوژی و جواب پاتولوژی در باجه "جواب دهی" مستقر در حیاط بیمارستان جنب مهد کودک تحویل داده می شود.
- نکته: زمانیکه بیمار از بخش بستری جهت انجام پروسیجر به واحدهای پاراکلینیک منتقل می شود، در صورت گرفتن نمونه از بیمار حین انجام پروسیجر، مسئول / پرسنل واحد پاراکلینیک بایستی به بخش مربوطه اطلاع دهد و در صورت آماده نشدن جواب نمونه تا زمان ترخیص، پیگیری نتیجه معوقه با بخش بستری بیمار است.

مقادیر بحرانی (Panic Value, Critical Values)

به مواردی از نتایج تستهای پاراکلینیک اطلاق می گردد که در صورت عدم اقدام و اطلاع سریع ممکن است منجر به آسیب جدی به بیمار شده و یا حتی بیمار را در معرض خطر مرگ قرار دهد.

نکته: پرسنل پذیرش آزمایشگاه موظف است در صورت پذیرش آزمایش های اورژانسی، بلافاصله نمونه بیمار و فرم پذیرش آن را به بخش مورد نظر در آزمایشگاه ارسال نماید.
پرسنل بخش های آزمایشگاه موظف به انجام آزمایش های اورژانسی در مدت زمان تعیین شده می باشند.
تبصره: در صورت هر گونه اشکال در نمونه گیری و رد نمونه در آزمایشگاه، پرسنل آزمایشگاه موظف به تماس با بخش بستری و گزارش می باشد. گزارش باید در دفتر مخصوص با ذکر تاریخ، زمان، نام خبردهنده، خبرگیرنده، نام بیمار و تست درخواستی، ثبت گردد.

نحوه خبردهی مقادیر بحرانی به بخش مربوطه چگونه است؟

در صورت وجود مقادیر بحرانی در نتایج بیماران بستری، پرسنل آزمایشگاه/رادیولوژی ابتدا باید با استفاده از خطوط تلفن آزاد یکطرفه (Red Line) به بخش اطلاع داده، سپس جهت تایید صحت نتیجه، آزمایش را تکرار نماید و در صورت تغییر در جواب، نتیجه جدید را به بخش مربوطه اطلاع دهد. (خبر- تکرار - خبر)

روش چهار مرحله ای خبردهی Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop

روش چهار مرحله ای روش تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و کادر بالینی می باشد.

۱- اطلاع به پزشک، اینچارج بخش مورد نظرو یا پرستار از طریق خطوط آزاد تلفنی (تأکید گردد که می خواهیم یک مورد بحرانی را جهت بیمار..... گزارش کنیم.)

۲- بازخوانی شنیده توسط خبرگیرنده در بخش بالینی

۳- یادداشت شنیده توسط خبرگیرنده در بخش بالینی

۴- بازخوانی یادداشت توسط خبرگیرنده در بخش بالینی

تجزیه و تحلیل علل ریشه ای خطا ("RCA" Root Cause Analysis)

- بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علل واقعی یک مسأله و کلیه عوامل مسبب بروز حادثه می باشد. تحلیل ریشه ای فراتر از درگیر کردن فرد یا اشخاص است و علل زمینه ای و محیطی را نیز در بر می گیرد.
- علل ریشه ای مهمترین عامل بروز حادثه می باشد که اصلاح یا حذف آنها از بروز مجدد یک موقعیت ، مثلاً بروز یک خطا در فرآیند جلوگیری خواهد کرد.
- علت ریشه ای علتی است که اگر برطرف گردد مسأله شناسایی شده یا به طور کامل حذف می شود یا این که میزان وقوع آن تا حد چشمگیری کاهش می یابد. (هم در داخل بخش ها هم در سطح کل سازمان)
- هدف از انجام RCA یادگیری از ریسک ها (رویدادهای ناگوار و فاجعه آمیز) با هدف حذف یا کاهش میزان احتمال یا شدت پیامد بروز آنها در آینده می باشد .

مثالهایی از عوامل دخیل در وقوع یک حادثه:

- عوامل مرتبط با بیمار
- عوامل شخصی
- عوامل مرتبط با وظیفه
- عوامل ارتباطی
- عوامل اجتماعی و مرتبط با تیم
- عوامل مرتبط با آموزش
- عوامل مرتبط با منابع و تجهیزات
- عوامل مرتبط با شرایط کاری
- عوامل مدیریتی و سازمانی

راندهای واحد ایمنی به سه صورت انجام می گیرد:

۱. راندهای میدانی
۲. راندهای اعتبار بخشی
۳. راندهای مدیریتی (walk round)

- راندهای میدانی:

این برنامه به صورت ماهانه انجام شده و بخش های مختلف بیمارستان بر اساس چک لیستی که از قبل تهیه گردیده، در محورهای مختلفی شامل: شناسایی بیمار، ترالی اورژانس، داروهای، نه راه حل ایمنی و مراقبت های عمومی مورد ارزیابی قرار می گیرند. در پایان به منظور انجام اقدامات اصلاحی یک نسخه از نتیجه این ارزیابی در اختیار سرپرستار بخش قرار می گیرد.

- راندهای اعتبار بخشی:

در این برنامه نظارتی، بخش ها بر اساس استانداردهای تدوین شده در کتاب اعتبار بخشی بررسی شده و تطابق اقدامات بالینی صورت گرفته با سنجه های تعیین شده در کتاب مورد ارزیابی قرار می گیرند.

- راندهای مدیریتی ایمنی بیمار (walk round):

- با توجه به ضرورت نهادینه سازی و ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، بازدید مدیریتی ایمنی بیمار (Walk Round) حضور مدیران ارشد بیمارستان شامل: رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، رئیس گروه بالینی، رئیس خدمات پرستاری بیمارستان (مترون بیمارستان)، مسئول و سوپروایزر بخش و مسئولین واحد ها بر حسب مورد (فنی، داروخانه، تجهیزات پزشکی، فناوری اطلاعات، انتظامات و ...)، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، انجام می پذیرد. این راند بدون چک لیست و با تعیین وقت قبلی صورت می گیرد.
- کارکنان می توانند طی صحبت های غیر رسمی در ارتباط با موضوعات ایمنی مشکلات و پیشنهادات خود را مطرح نمایند.
- دستورالعمل انجام راندهای مدیریتی ایمنی بیمار از قرار زیر است:
- بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بایستی در طول سال حداقل یک بار در هفته (هر بخش یکبار در سال راند شود) و به صورت مستمر صورت پذیرد. برنامه ریزی آن از طرف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی انجام و همراه با دستورالعمل و فرم اولیه بازدید مدیریتی به اعضای تیم و مسئولین بخشها ارسال می گردد.
- فرم اولیه بازدید مدیریتی ایمنی بیمار با مشارکت سرپرستار، همکاران پرستار و پزشک بخش تکمیل می گردد. فرم در روز انجام بازدید به مدیر ایمنی بالینی تحویل داده می شود.
- نام افراد پیشنهاد دهنده بخش با ذکر ایمیل و شماره تماس ثبت می گردد.
- فرم صورتجلسه واک راند پس از واک راند به بخش ارسال می گردد. فرم مربوطه به نحو مقتضی به اطلاع همه کارکنان بخش رسانیده می شود. سرپرستار بخش موظف است به مدت ۲ هفته پس از انجام واک راند، نتایج پیگیری و انجام مصوبه ها را به واحد ایمنی اعلام نماید.

"سعادت‌مند کسی است که از هر اشتباه و خطایی که از او سر می زند، تجربه ای جدید به دست آورد. " (سقراط)