

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: عملیات آتشنشانی در بیمارستان	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: کلیه بخشها
تعاریف:	
محتوای خط مشی:	
چرایی: اقدام موثر و به موقع در هنگام بروز آتشسوزی	
هدف:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ انجام رفتار و عکس العمل در سترز مانبروز حادثه و مدیریت خطر ➤ جلوگیری از خطر آتشسوزی و اطفاء به موقع حریق 	
سیاست:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. ارائه آموزش شهامی مداوم ۲. بکارگیری روش شهامی مناسب جهت جلوگیری از خطر آتشسوزی و اطفاء به موقع حریق 	
مخاطبین: کلیه پرسنل	
امکانات و تسهیلات: ابزار آلات مورد نیاز	
روش اجرایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. راهنمای استفاده از کپسولها و آتشنشانی به همراه اهنو عاآباید در کنار هر کپسول نصب شده است. ۲. عملیات آتشنشانی توسط نیرو و هایتاسیسات انجام میگردد. ۳. هنگام آتشسوزی نیرو و هایتاسیسات، پس از مطلع شدن سرریعابهنقاط مختلف بروز آتش تقسیم شد و عملیات را بهانه جاممیرسانند ۴. جهت آشنایی پرسنل هایتاسیسات و بیماران مبتلایان و هایتاسیسات، تیهو توزیع شده است 5. جهت آشنایی و آموزش کامل پرسنل با سازمان آتشنشانی، مکاتبه شد و کلاس کارگاههای 	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: عملیات آتشنشانی در بیمارستان	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۲	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: کلیه بخشها	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
آموزش برگزار میشود.	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدید های مدیریتی	
منابع: بسته خدمات اتاسیسات و کاتالوگهای مربوطه	
تهیه کننده:	
نیکزاد فلاح	سمت: دبیر کمیته بحران
امضاء:	
تأیید کننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	
ابلاغ کننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: برخورد با شرايط بحراني ناشي از آتشسوزي	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: کلیه بخشها و تاسیسات
تعاریف:	
محتوای خط مشی:	
چرایی	خط مشی
لزوم داشتن یک برنامه کاملاً جهت مقابله با بحران و آشنایی با بر خورد شرايط بحراني ناشي از آتشسوزي هدف انجام رفتار در سندر هنگام شرايط بحراني	
سیاست: تدوین برنامه عملیاتی مناسب جهت فرایند مهار یا مقابله با بحران	
مخاطبین: کلیه پرسنل و پرسنل تاسیسات	
امکانات و تسهیلات: چارت بحران	
روش اجرایی:	
۱. در شرايط بحراني کلیه تصمیمگیریهات توسط گروه ستاد بحران اتخاذ میگردد	
۲. پس از ابلاغ به کلیه گروهها و مسوولین طبق چارت بحران، هر یک به وظایفهاز قبل تعیین شده های که بر ایان آموزش شدی دهاند عمل نمایند	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: بسته خدمات	
تهیه کننده:	
نیکزاد فلاح	سمت: دبیر کمیته بحران
	امضاء:

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: برخورد با شرایط بحرانی ناشی از آتشسوزی

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: کلیه بخشها و تاسیسات
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: پاسخ دهی در موارد بحران	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۲	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: دفترپرستاری، بخش‌های بالینی	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
<p>تعاریف: حادثه ای که بطور طبیعی یا توسط بشر بصورت ناگهانی و یا فراینده بوجود آمده و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید بطوریکه جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد را بحران می گویند.</p> <p>فرآیند انجام تدابیر و اجرایی کردن آن در موارد بحران و خارج از روال عادی را پاسخ دهی در موارد بحران می گویند.</p>	
<p>محتوای خط مشی: مهمترین نکته در ارائه مراقبت های بیمارستانی به قربانیان یک حادثه این است که بیمارستان آماده پذیرش آنها بوده و ملزومات و تجهیزات مورد نیاز را فراهم کرده باشد. همچنین وظایف می بایست از قبل تقسیم شده و به اطلاع افراد رسیده و مانورهای در این زمینه برگزار گردیده باشد تا بتوان در زمان مناسب خدمات و مراقبتهای مناسب را ارائه نمود، از این رو بیمارستان با هدف ساماندهی و هماهنگی درون بخشی و بین بخشی جهت مقابله با بحران و بلایا سیاست مقابله با بحران بر اساس سند مدیریت بحران مرکز را اتخاذ نموده است.</p>	
مخاطبین: کلیه پرسنل پرستاری	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. تعیین اعضا تیم بحران توسط مسئولین بیمارستان و تعیین فلوجارت و تکثیر و نصب آن در دفتر پرستاری و بخش ها در دید کارکنان ۲. انجام مانورهای سالانه جهت یافتن نقاط ضعف ۳. فعال سازی کمیته مدیریت بحران بیمارستان توسط مدیران بیمارستان بلافاصله بعد از اطلاع از رخداد حادثه ۴. اطلاع رسانی به موقع به اعضا توسط مسئول هر تیم و تفویض اختیار 	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: پاسخ دهی در موارد بحران	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفترپرستاری، بخش‌های بالینی
<p>۱. حضور به موقع مسئولین و اعضا تیم</p> <p>۲. حفظ آرامش و خونسردی در محیط درمان</p> <p>۳. دسته بندی بیماران و انجام تریاژ جهت رساندن خدمات به موقع با توجه به اولویتها</p> <p>۴. برقراری ارتباط با مراکز مرجع جهت انتقال و جابجایی بیماران به ترتیب نیاز و اولویت</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سند مدیریت بحران بیمارستان	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: بر خورد هایتشویقی، تنبیهیوانضباطی	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۲	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: دفترپرستاری، بخشهایبالینی	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف:	
محتوای خط مشی: لزوم برقرارینظموانضباطوکاهشخطاهایپر سنلوافزایشدقتپرستل	
هدف:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ شناساییویژگیهایرفتاریافرادجهتتنظیمارتباطبهینه ➤ ارتقاءوبهکارگیریدرپستهایمناسب ➤ تعیینافرادیکهبایدبخدمتآنانپایاندا ➤ ایجادانگیزهکارکنانفعالومنضبطوايجادتفکرجهتبهینهسازینیریویخاطی 	
سیاست: نظارتبرپر سنل- اعطایپاداشمبلغجهتپاداشیاکسر حقوق	
مخاطبین: کلیهپر سنلپرستاری	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
الف (تشویقی)	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. درخواستتوسطپرستاریاسوپروایزر بهدفترپرستاریپیشنهادمیشود ۲. درخواستپرستارتوسطمتر ونبرر سیمیشود ۳. پرسنلموردنظربانظر سوپروایزر انکتبأموردتشویققرار میگردد ۴. باصلاحیدمدیریتآفتشویقیبهفر دمر بو طهاهدامیشودودر پروندهپر سنلدر جمیگردد. 	
ب (تنبیهی)	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. در صورتمشاهدخطااز پرسنلتوسطپرستاریاسوپروایزر بهویتذکر شفاهیدادهمیشود. ۲. در صورتتکرارتذکرکتبیتوسطخدمتایپرستاریدادهمیشود. 	

عنوان خط مشی: بر خورد هایتشویقی، تنبیهیوانضباطی

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری، بخش‌های بالینی
<p>۳. در صورت ادامه خط اتوسط مدیریتی مدیر پرستاری تذکر کتبی با در جدر پرونده داده می‌شود.</p> <p>۴. در صورت تکرار با توجه به مراحل بالا اقدامات بعدی شامل کسر حقوق یا اخراج می‌باشد که توسط مدیریتی تصمیم‌گیری می‌شود.</p> <p>۵. وسعت خط در موارد فوق‌الذکر دارد</p> <p>ج (انضباطی و اخلاقی)</p> <p>۱. ارشاد نیر و توسط پرستار</p> <p>۲. در صورت عدم اصلاح رفتار معرفینیر و به مدیر پرستاری توسط پرستار</p> <p>۳. ارشاد نیر و توسط مدیر پرستاری</p> <p>۴. در صورت عدم اصلاح رفتار معرفینیر و به مسوول حراست توسط مدیر پرستاری</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست بیمارستان	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران نیکزاد فلاح
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: دسترس‌یافتن به خدمات تپار اکلینیک در صورتیکه این خدمات در این بیمارستان ارائه نمی‌شوند.	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستار یو کلیه واحدهای درمانی
تعاریف:	
محتوای خط مشی:	
چرایی خط مشی: دسترس‌یافتن به خدمات تپار اکلینیک	
هدف:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ تسریع در روند تشخیص و درمان بیماران ➤ افزایش رضایت مندی بیماران ➤ کاهش عوارض ناشی از تأخیر تشخیص و درمان صحیح 	
سیاست:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. هماهنگی با واحدهای تپار اکلینیک مورد نیاز ۲. توجیه سوپر وایزرینو تیم اعزام 	
مخاطبین: مدیر پرستاری - سوپر وایزر - سرپرستار و مسوول شیفت	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. برای انجام اقدامات تپار اکلینیک، گزیندن دستور پزشک و آماده‌کردن بیمار جهت اقدام تشخیصی توسط پرستار بخش انجام می‌شود. ۲. گرفتن وقت از واحد مر بوطه توسط سوپر وایزر یا پرستار انجام می‌شود. ۳. فراخوانی تیم اعزام (راننده و پرستار) توسط سوپر وایزر ۴. تحویل بیمار از بخش به تیم اعزام و انتقال بیمار به واحد تپار اکلینیک، بیمار بعد از انجام اقدام مر بوطه به بخش بازگردانده می‌شود. 	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: دسترس‌یافتن به خدمات بیمارستانی و درمانی	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۲	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: دفتر پرستاری و کلیه واحدهای درمانی	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
۵	
<p>در صورت ضرورت و تاز سال نمونه، نمونه‌های بیمارستانی توسط پرستار گرفته می‌شود و به‌آزمایشگاه‌های بیرون و توسط همراهی ارائه می‌گردد.</p> <p>ارائه فرستاده می‌شود.</p> <p>در یافتن نتیجه اقدام تشخیصی توسط همراهی و تحویل به بخش مربوطه.</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست‌بیمارستان	
تهیه کننده:	
نیکزاد فلاح	سمت: دبیر کمیته بحران
امضاء:	
تأیید کننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	
ابلاغ کننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: ارزیابی خط‌های ایدار و بیمه‌مک‌ها عتاسیب‌بیمار شده	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش‌های بالینی، دفتر خدمات پرستاری و داروخانه و کمیته‌دار و ود رمان - دفتر بهبود کیفیت
تعاریف:	
محتوای خط مشی:	
چرای خط مشی: برر سیخط‌های ایدار و نیمه‌مک‌ها عتاسیب‌بیمار شده‌اند	
هدف: پیشگیری از تجویز و عوارض داروئی	
سیاست:	
۱. ارزیابی دقیق و فوری خط‌های ایدار و نیمه‌مک‌ها	
۲. ترویج فرهنگ گزارش‌دهی خط‌های بحرانی	
مخاطبین: پرسنل پرستاری، اعضاء کمیته‌دار و و در مامسنو لایمنی بیمار	
امکانات و تسهیلات: فرم دستورالعمل گزارش‌دهی عوارض داروئی	
روش اجرایی:	
۱. خط‌های ایدار و بیدر فرم خط‌های بحرانی یا سامانه ثبت خط‌های بحرانی و سط‌عامل خط‌های ثبت می‌گردد.	
۲. در پایان هر ماه خط‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت جمع‌آوری، تحلیل و به بخش‌ها و مدیران سال می‌گردد.	
۳. نتایج خط‌ها هر سه ماه یکبار توسط مسوول دفتر بهبود کیفیت در کمیته‌دارینت‌خطر به اطلاع اعضاء سند هم یشود	
۴. مصوبات کمیته‌ها جهت اجرابه بخش‌ها پذیربط‌بلا غمی‌گردد.	
۵. خط‌های ایدار و نیک‌ها عتاسیب‌بیمار میشود از طریق سوپروایزر کشیک‌ها اطلاع‌دارینت‌خطر سند هم شود	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: ارزیابی خطاهای دارو و بیمه‌ها با عناصه آسیب‌بهبود بیمار شده

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش‌های بالینی، دفتر خدمات پرستار یودار و خانواده کمیته دارو و درمان - دفتر بهبود کیفیت
<p>۶. مدیر پرستار یا دبیر اجرایی کمیته‌ها در خواست تشکیل کمیته فوراً می‌نمایند.</p> <p>۷. کمیته‌ها در اسرع وقت برگزار و تصمیمات اتخاذ شده جهت اجرا به افراد ذیل تسطیحات می‌گردد.</p> <p>در اختیار بخش‌های بالینی قرار می‌گیرد</p> <p>۸. فرم ثبت عوارض ناخواسته دارو و بی‌توسط مسوول ADR .</p> <p>۹. در صورت بروز عوارض ناخواسته دارو و بی‌توسط مسوول در فرم مربوطه ثبت و توسط مسوول ابلاغ شده و توسط مسوول ADR می‌شود.</p> <p>۱۰. فرم‌های ADR - پس از تکمیل و توسط مسوول مربوطه جهت ارسال به مرکز به صندوق پست‌انداخته می‌شود .</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست بیمارستان	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

عنوان خط مشی: ارزیابی و یادآوری هم‌بیمه‌ها و شیک‌ها با عناصه آسیب‌بهبود بیمار شده‌ها

«خط مشی و روش اجرایی»

<p>تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲</p> <p>تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱</p> <p>تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱</p>	<p>کد خط مشی:</p> <p>تعداد صفحات: ۲</p> <p>دامنه خط مشی: دفتر خدمات پرستاری - اتاق عمل - کمیته یار و درمان - دفتر بهبود کیفیت</p>
<p>تعاریف:</p>	
<p>محتوای خط مشی: لزوم بر سر ویر ویداد های مهم بی هو شیکها عثا سبب بیمار شد هاند.</p> <p>هدف:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ پیشگیری از عوارض دار و هادر حین بی هو شی ➤ آماد ه نمودن تجهیز ات و وسائ ل مورد نیاز در زمان ا عمال جراحی <p>سیاست:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ترو ی جفر هنگ گزار شد ه ی خطا 2. ارز ی ابی بیمار قبل از بی هو شی طبق کلی ستج ر ا حیا یمن 	
<p>مخاطبین: مدیر خدمات پرستاری</p> <p>اعضا ء کمیته یار و و در مانو گرو ه بی هو شی و مسؤ ل ایمنی بیمار</p> <p>- مسؤ ل و یر سنل ات ا ق عمل -</p>	
<p>امکانات و تسهیلات:</p>	
<p>روش اجرایی:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. آگاه ی از سابق ه ی حساسی ته ی یار و ین ی بیمار قبل از بی هو شی نمودن ، ت و س ط پر ستار ۲. تکمیل نمودن بر گ ه ی قبل از عمل ت و س ط پر ستار و ذکر موار د حساسی ته ی بیمار ۳. پرسو جوا ز سابق ه ی بی هو شی بیمار و تاریخچه ی ا عمال جراحی و ت و س ط پر ستار ۴. ارز ی ابی بیمار طبق کلی ستج ر ا حیا یمن ت و س ط گرو ه بی هو شی قبل از القان بی هو شی ۵. توج ه بعوارض دار و ها و وضعی ته ی بیمار در حین عمل جراحی ت و س ط تکنی سینی بی هو شی ۶. گزار ش آسبب های جدید نبال بی هو شی بیمار به مدیر پر ستاری ت و س ط مسؤ ل ات ا ق عمل ۷. در خوا ست بر گزار ی فوری کمیته دار و در مان از دبیر ا جرائی کمیته ها ت و س ط مدیر پر ستاری 	

عنوان خط مشی: ارزیابی ویداد های مهم بی هو شیکها عثا سبب بیمار شد هاند

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر خدمات پرستاری - اتاق عمل - کمیته هیاد و درمان - دفتر بهبود کیفیت
۸. برگزار یکمیتهدراسر عوقتوایلاغتصمیماتمخذهبهاکارکناندخیلتوسطمدیربیمارستان	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: آقای فرخی	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست بیمارستان - دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران نیکزاد فلاح
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

عنوان خط مشی: شناسایی بیمار انمجهو لالهویه

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه: _____ خط _____ مشی: دفتر پرستار یو کلیه واحد های درمانی و پاراکلینیکی - مدیریت - نیروی انتظامی - پذیرش
تعاریف:	
محتوای خط مشی:	
چرایی خط مشی : لزوم ارائه خدمات تصحیح به بیمار مجهولالهی و جلوگیری از خطاهای حیران کننده هدف : انجام اقدامات درمانی و تشخیصی صحیح جهت بیمار انجهولالهی و بهبود منظور بازگشت سلامت بیمار سیاست : آموزش و اجرای روش کدگذار بیمار انجهولالهی مخاطبین: پرسنل درمانی و انتظامات و پذیرش	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. توسط پرستار اورژانس بیمار مجهولالهی پذیرش می شود. ۲. توسط سو و پذیرش جهت بیمار تشکیل پرونده داده می شود و علاوه بر شماره پرونده به جای مشخصات بهیوید کد داده می شود. ۳. در صورتیکه بیمار زنده باشد بستهبهنو عتشیصا اقدامات درمانی انجام می شود (اینکار توسط پزشک اورژانس سو پرستار آن انجام می گردد) ۴. اطلاع به پلیس ۱۱۰ توسط مسئول پذیرش صورت می گیرد. ۵. ثبت وضعیت ظاهر بیمار در گزارش پرستاری (پوشش رنگ پوستی هر نشانهای) در صورت بهبودی و در صورت تهوشیار یو عدم فراموشی بیمار، اطلاعات لازم از بیمار گرفته می شود. ۶. در صورت شناسایی بستگان بیمار اطلاع رسانی به آنها توسط پرسنل انجام می شود. 	

عنوان خط مشی: شناسایی بیمار انجهولالهی

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرسنل تاریو کلیه واحدهای درمانی و پاراکلینیکی - مدیریت - نیروی انتظامی - پذیرش
در صورت فوت	
<p>۱. بررسی جیبها و در صورت عدم دریافت کارشناسی از شخص آوردند هم مشخصات و آدرس و تلفن توسط نظامات تیما رستاند دریافت میشود.</p> <p>۲. اطلاع به پلیس ۱۱۰ توسط سوپروایزر انجام میشود.</p> <p>۳. جناز ه تحویل سردخانه میگردد.</p> <p>۴. پس از طی مراحل احوال داری جنازه به پزشک قانونی نیاز طریق مقامات ذیربط تحویل میشود</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: مسوول بخش اورژانس سوپروایزر و مسوول پذیرش	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدید های مدیریتی	
منابع: کتاب مرجع کلیستهای خدمات پرستاری	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

عنوان خط مشی: بیمارانی که مورد ضرب و شتم قرار گرفته اند

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری، بخش‌های بالینی و پاراکلینیک -مدیریت و انتظامات
تعاریف:	
<p>محتوای خط مشی: لزوم حمایت از بیمار انیکهمور دضربو شتمقررارگرفتهاند</p> <p style="text-align: right;">هدف:</p> <p>➤ شناسایی بیمار آنا سبیدید هو ار انه خدمات در مانیه موقعو مناسب جهت آنها</p> <p>➤ احقاق حقوق قانونی بیمار انیکهمور دضربو شتمقررارگرفتهاند</p> <p style="text-align: right;">سیاست:</p> <p>۱. آموزش و توجیه کارکنان پرستاری و انتظامات</p> <p>۲. تنظیم صورتجلسه جهت تصدو مینو مجرو حینتو سطاننظامات</p>	
مخاطبین: پرسنل پرستاری - پرسنل انتظامات - سوپروایزر	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<p>۱. توسط پزشک اورژانس بررسی وضعیت بیمار و معاینه کلیه اندامها از نظر وجود زخم و کبودی و سوختگی انجام می‌گردد.</p> <p>۲. پرستار اورژانس پذیرش بیمار را انجام می‌دهد.</p> <p>۳. تشکیل پرونده جهت بیمار بوسیله مسئول پذیرش انجام میشود.</p> <p>۴. با توجه به شرايط بیمار بستر و انجام اقدامات لازم توسط پرستار و پزشک اورژانس انجام میشود.</p> <p>۵. موارد ضربوشتم توسط پرستار به اطلاع انتظامات بیمارستان رسانده میشود.</p> <p>۶. توسط انتظامات بیمارستان صورتجلسه تنظیم میشود</p> <p>۷. مورد به مدیر بیمارستان توسط سوپروایزر گزارش می‌گردد.</p>	

عنوان خط مشی: بیمار انیکهمور دضربو شتمقررارگرفتهاند

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری، بخش‌های ایبالی نیوپاراکلینیک - مدیریت و انتظامات
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: سرپرستار اورژانس - مسوول انتظامات - سوپروایزر	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست بیمارستان	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران نیکزاد فلاح
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: انجام عملیات تخلیه	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بیمارستان
تعاریف:	
محتوای خط مشی: انجام تخلیه بموقع با کمترین میزان انوار ضوعی و آقبناشیاز بحران	
هدف: انجام رفتار در سترز مانا جرای عملیات تخلیه	
سیاست: برنامه ریزی جهت مواضع خاصمانند زلزله و آتشسوزی بر ایفر ایند تخلیه بیمار انو پرسنلاز ساختمانهای در مانیو غیر در مانیو.	
مخاطبین: پرسنل تاسیسات	
امکانات و تسهیلات: ابزار آلات مورد نیاز و کاتالوگهای مربوطه	
روش اجرایی:	
۱. در هنگام آتشسوزی همکاران واحد نگهبانی نقش را هماهنگ و با یاز نمودن مسیر های تردد و هدایت حادثه دیدگان به محلها	
یتعیینشده را ایفا	
مینمایند	
۲. عملیات تخلیه افراد از بخشها با همکارینیر و های خدماتو بهیار و کمکیهیار انجام میشود و نظارت بر حال بیماران ب	
ر عهد هپر ستار انمیباشد	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: بسته خدمات تاسیسات	
تهیه کننده:	
نیکزاد فلاح	سمت: دبیر کمیته بحران
	امضاء:

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: انجام عملیات تخلیه	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بیمارستان
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان		خط	مشی: ارزیابی و کنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون فرآورددهای خونی، باعث آسیب به بیمار شده‌اند.
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	کد خط مشی: تعداد صفحات: ۳ دامنه خط مشی: آزمایشگاه بخش‌های بالینی و دفتر پرستاری و کمیته انتقال خون - دفتر بهبود کیفیت
تعاریف:			
محتوای خط مشی: حساسیت و توجه ویژه به ترانسفوزیون خون فرآورده‌ها			
هدف:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ پیشگیری از عوارض حین تزریق ➤ انجام صحیح ترانسفوزیون خون 			
سیاست:			
<p>(۱) استقرار هموویژلانس</p> <p>(۲) آموزش کارکنان دخیل</p>			
مخاطبین: کلیه پرسنل و مسئولین بخش‌های بالینی، اعضاء کمیته انتقال خون و مسوولان ایمنی بیمار			
امکانات و تسهیلات: فرم گزارش عوارض خون فرآورده			
روش اجرایی:			
<p>۱. ارزیابی و اولیة بیمار قبل از وصل خون فرآورده توسط پرستار انجام و در فرمت تزریق خون فرآورده ثبت می‌شود.</p> <p>۲. پس از وصل خون فرآورده نیز بیمار توسط پرستار ارزیابی می‌شود.</p> <p>۳. در صورت بروز هرگونه عارضه‌ها خواهی است هضم ناقدها متفوریت توسط پرستار و اطلاع به سوپروایزر کشیک نوع عارضه در فرم ثبت عوارض دارویی ثبت و به بانک خونار سالمی شود.</p>			

عنوان	خط	مشی: ارزیابی و کنش‌های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون
-------	----	--

«خط مشی و روش اجرایی»

خونوفر آورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند.	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: آزمایشگاه بخش های بالینی و دفتر پرستاری و کمیته انتقال خون - دفتر بهبود کیفیت
<p>۴. سوپر وایزر نو عوارض ناشی از ترنسفوزیون را به اطلاع مدیر پرستاری می رساند</p> <p>۵. در صورت عوارض جدی و آسیب رسان به بیمار، مدیر پرستاری از دبیر اجرایی کمیته هادر خواستبر گزار یفور یکمی تهمینماید</p> <p>۶. کمیته هدر اسر عوقتبر گزار و تصمیمات متخذ جهت اجر ابه کار کنان دخیلتو سطم مدیر یتا بلا غمیشود.</p> <p>۷. مسوول بانک خون عارضه ثبت شد هر ابه اطلاع عیز شکم و ویژیلانس می رساند.</p> <p>۸. فرم ثبت عوارض خون نتو سطمیز شکم و ویژیلانس برر سیو پس از تایید تو سطم مسوول بانک خون به پایگاه انتقال خون نارسا میشود.</p> <p>۹. آمار و نو عوارض خونوفر آورده ها هر سه ماه تو سطم مسوول بانک خون جمع آوری، تحلیل و به کمیته انتقال خون گزار ش میشود.</p> <p>۱۰. مداخلات لازم مضموبو جهت اجر اتو سطم مدیر یتبها فر اد ذیر بطا بلا غمی گردد.</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: مسئول آزمایشگاه	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: دستورالعمل - هموویژیلانس	
تهیه کننده:	
نیکزاد فلاح	سمت: دبیر کمیته بحران
امضاء:	

عنوان: خط مشی: ارزیابی و اکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خونوفر آورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند.

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: آزمایشگاه و بخش‌های بالینی و دفتر پرستاری و کمیته انتقال خون دفتر بهبود کیفیت
	تأیید کننده:
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
	ابلاغ کننده:
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: کودکانیک همورد آزار قرار گرفته‌اند	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۳	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: دفتر پرستار یو کلیه واحدهای درمانی - مدیریت - نیروی انتظامی - پذیرش	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف:	
محتوای خط مشی: لزوم حمایت از کودکانیک همورد آزار قرار گرفته‌اند	
هدف:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ شناسایی کودکان آزار دید هواری ائه خدمات در مانیبهمو قعو مناسب جهت آنها ➤ احقاق حقو ققانونیکو دکان آزار دیده 	
سیاست:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. آموزش تو جیه کار کنان پرستاریو انتظامات ۲. تنظیم صور تجلسه جهت کودکان آزار دیده تو سطان نظامات ۳. اطلاع مواری دکو دکان آزار بیهم مقامات بهزیستی 	
مخاطبین: پرسنل درمانیو انتظاماتو پذیرش	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
الف (در صور تداشتن خوانوده	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. توسط پزشک اورژانس بررسیو معاینه اعضا بدن از نظر وجود زخم سوختگیو دریافتش حواله کاملاً انجام می شود. ۲. پرستار اورژانس پذیرش بیمار را انجام می دهد. ۳. مسئول پذیرش جهت بیمار پرونده تشکیل می دهد. ۴. پرستار اورژانس در صور تلزو ممواری دمطر حشد هتو سطبیمار را به اطلاع پزشک میرساند. 	

عنوان خط مشی: کودکانیک همورد آزار قرار گرفته‌اند

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری و کلیه واحدهای درمانی - مدیریت - نیروی انتظامی - پذیرش
<p>۵. اقدامات درمانی توسط پرستار انجام میشود.</p> <p>۶. مراتبها اطلاع دفتر پرستاری و مدیر تیم بیمارستان میرسد.</p> <p>۷. توسط نیر و یان نظامی سر حکاملاز خانواد هیبمارگرفتهو صور تجلسه تنظیم میشود</p> <p>۸. کودکانیکها از طرف خانواد همور دآز ارقرار گرفتهاند به بهزیست ساط اعداد همیشه</p> <p>ب (کودکانفاقد خانواده</p> <p>۱. پزشک اورژانس برر سیو معاینهها عضابدناز نظر وجود زخم، کبودی، سوختگی و دریافت شرح حال کامل انجام میدهد.</p> <p>۲. پرستار اورژانس پذیرش بیمار و تشکیل پرونده جهت بستری توسط مسؤل اورژانس انجام میشود.</p> <p>۳. پرستار اقدامات درمانی لازم را انجام میدهد.</p> <p>۴. اطلاع بنیر و یان نظامی توسط مسؤل شیفت انجام میشود.</p> <p>۵. مسؤل پذیرش مشخصات کامل از شخص آوردند و کد به بیمارستان را ثبت نماید.</p> <p>۶. پرستار، مصاحبها کد در صورتهو شیار بودنوقادر به تکلم بودنرا انجام میدهد.</p> <p>۷. اطلاع به مدیر تیم بیمارستان توسط سوپر وایزر انجام میشود.</p> <p>۸. موارد کد از اربها اطلاع به زیست سر ساند همیشه</p> <p>۹. در صورتهو دیدیگیر یوتر خیصتو سطب به زیست صورتمیگیرد.</p>	
مسؤل آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: سرپرستار - مسؤل انتظامات - سوپر وایزر	

عنوان خط مشی: کودکانیک همور دآز ارقرار گرفتهاند

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری و کلیه واحدهای درمانی - مدیریت - نیروی انتظامی - پذیرش
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازندهای مدیریتی	
منابع: کتاب مرجع کلیستهای خدمات پرستاری	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران نیکزاد فلاح
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان دکتر سعید حمزه ای

عنوان خط مشی: نحوه گزارش دهی خطاها

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بیمارستان
تعاریف:	
منظور از خطا اعمال غیر عمدی و ناخواسته کادر بیمارستانی است که مطابق با استانداردها در مانیتورینگ و میتواندن منجر به صدمه جانی، مالی یا روانی بیمار شود،	
محتوای	
خط <p>خط مشی: هدف از تدوین این سند، اعلام خط مشیها، اهداف و روشهای اجرایی کنترلی مرتبط با نحوه گزارش شدن خطاهای می باشد. به منظور یکسان سازی عملکردهای کلینیک، سند در مانیتورینگ پاراکلینیک، پذیرش، تشخیص و درمان بیمار اندر مورد تحو ه گزارش شدن خطاهای می باشد.</p>	
مخاطبین: کلیه سوپر وایزران، سرپرستان، پرستاران و پزشکان بخشهای مختلف، کادر آزمایشگاه، رادیولوژی، ط بفریزیکی، درمانگاه	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<p>۱. باید کلیه اقدامات انجام گرفته بر ایمددجو از بدو ورود تا زمان ترخیص و پس از آن از نظر امکان بروز خطا بررسی و پایش شود که در این امر کلیه مسئولین اعزام مدیر پرستاری، سوپر وایزران و واحد های درمانی و پاراکلینیک، سرپرستان، مسئولین شیفتها و معاونت آموزش و درمان در مانو روسای بخشها و رزیدنتها باید همکاری نمایند.</p>	
<p>۲. باید میرهای رخداد در مرکز از جهت بروز احتمال خطا در کمیته همگرمیر مرکز بررسی شود در صورت وجود ابهام از پزشک مربوطه عوتمیشود تا در کمیته حاضر شده و گزارش کتبی نظر خود را در زمینهنکات نیازمند به توضیح به کمیتهارسان نماید</p>	
<p>۳. باید کلیه پرستار مانیتورینگ در این خط مشی آموزش شلازمرابینند،</p>	
<p>۴. باید این خط مشی بر کلیه مخاطبین قابل دسترس باشد</p>	

«خط مشی و روش اجرایی»

۵. در زمان بروز خطا و حادثه، پرستار مربوطه بیمار را از نظر صدمات احتمالی بررسی نماید.

عنوان خط مشی: نحوه گزارش دهی خطاها

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بیمارستان

۶. پس

از برر سیحتی در صورت عدم وجود علائم ظاهر ی صدمه، به پز شکر بو طه جهت ویز یت بیمار اطلاع رسانی میشود

۷. بیمار توسط پز شکر بو طه ویز یت شد هو اقدامات لازم بر حسب مور د صدمه اعماز اقدامات تشخیصی در م انیانجام میشود.

۸. شرح حادثه و خطای بو د آمد هلا و هبر اطلاع رسانی شفا هی به سو پرو ایزر مر بو طه، در فر م مخصوص حادثه با

احتمالی و راه حل های پیش نهادی بر ای پیش گیری از آن توسط پرستار و پز شکر بو طه ذکر شد هو امضا میشود.

۹. فر م مربوطه دفتر پرستار یار سال میشود

۱۰. شرح حادثه و نتایج اقدامات انجام شد هو وضعیت بالینی بیمار در پر وند هو یت ثبت میگردد.

۱۱. شرح مختصر حادثه پیش آمد هو نتایج اقدامات به هم راهان بیمار نیز توسط پز شکیا سر پرستار گزار شد اد همی شود

۱۲. ضمن گزار ش شفا هی به مدیر پرستار یدر طی گزار ش تحو یشیف تو شر حاقدا مات انجام شد هو نتایج حاصله، فر م ها

توسط سو پرو ایزر مر بو طه برر سی، تجزیه و تحلی ل شد هو نتایج هلا و هبر اطلاع رسانی به مدیر پرستاری، جهت برر سینهایی در کمیته ایمنی تحو یل مدیر ایمنی مرکز میشود.

مسئول آموزش خط مشی: مسئولین واحدها

پاسخگویی اجرایی خط مشی: مترون بیمارستان

مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: دفتر پرستاری

«خط مشی و روش اجرایی»

منابع: -استانداردهای اعتباربخشی، ارسالی از وزارت بهداشت سال ۹۰
-استانداردهای کمیته بالینیو ایمنی بیمار ارسالی از معاونت درمان و وزارت بهداشت، سال ۸۹ و

عنوان خط مشی: نحوه گزارش دهی خطاها	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات:
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی:
-مصوبات کمیته ایمنی بیمار	
تهیه کنندگان:	
امضاء:	سمت: مسئول ایمنی بیمار
امضاء:	سمت: هماهنگ کننده ایمنی بیمار
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: دستورالعمل مدیریت خطر در اتفاقات ناخواسته	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۱
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: کلیه واحدهای بیمارستان
تعاریف:	
محتوای خط مشی: کاهش آسیب‌های کارکنان در محیط بیمارستان و ایجاد محیط کار ایمن مطلوب.	
هدف: پیشگیری از خسار مالی و جانی به پرسنل و تاسیس بیمارستان.	
سیاست: ارائه خدمات لازم، مطلوب و بوم‌موقع به پرسنل.	
مخاطبین: کلیه پرسنل بیمارستان	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
۱. ارائه دستورالعمل به کلیه بخش‌های بیمارستان.	
۲. آموزش شبیه‌سازی در خصوص نحوه برخورد در رابط‌ها و اتفاقات ناخواسته.	
۳. در صورت بروز نقص‌ها گزارش به تاسیسات.	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: دبیر کمیته بحران	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست داخلی بیمارستان	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

«خط مشی و روش اجرایی»

ابلاغ کننده:	دکتر سعید حمزه ای
سمت:	رئیس بیمارستان
امضاء:	

عنوان خط مشی: ارزیابیمرگومیر هایغیر منتظره	
کد خط مشی:	تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۳	تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخش‌های بالینی و کمیته‌های مرگومیر	تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف:	
محتوای خط مشی: تجزیه و تحلیل علل مرگومیر هایغیر منتظره	
هدف:	
<ul style="list-style-type: none"> ➢ پیشگیری از قصور‌های انجام‌شده حین عملیات احیاء ➢ پیشگیری از تبعات و عوارض قانونیکه هنگام مرگ‌گیری از قصور‌های انجام‌شده حین عملیات احیاء ➢ مرگومیر هایغیر منتظره را یک‌کادر در مان‌بوجو دم‌آید ➢ پیشگیری از خطاهای پزشکی ➢ پیشگیری از تکرار اشتباهات 	
سیاست:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. تشکیل کمیته‌های مرگومیر ۲. نمودن مرگومیر هایغیر منتظره RCA 	
مخاطبین: مسئولین بخش‌های بالینی و اعضاء کمیته‌های مرگومیر	
امکانات و تسهیلات:	
روش اجرایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. مرگومیر هایغیر منتظره توسط دبیر کمیته‌های مرگومیر و مسئولین بخش‌های بالینی شناسایی می‌شود ۲. پرونده‌های مورد نظر بررسی و فرم خلاصه پرونده مرگومیر هایغیر منتظره ((تکمیل می‌گردد 	

«خط مشی و روش اجرایی»

۳. از اعضا ثابت کمیته و افراد دخیل در پروند هجتهشتر کتدر کمیته، دعوت بعمل میاید

عنوان خط مشی: ارزیابی میرهای غیر منتظره

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای بالینی و کمیته های میر گو میر

۴. نظرات اعضا در کمیته مطر حو موارد برر سیمی گردد
۵. ارزیابی های دقیق انجام و موضوع عت تحلیل می گردد
۶. پس از علت یابیر ا هکار های مناسبار انهمی گردد
۷. جهت رفع مو انوعو پیشگیری از تکرار اشتباهات مداخلات اصلاحی از مطر احو ا عمال می گردند.
۸. تمام پرونده های میر گو میر مطر حشد در کمیته RCA میشوند
۹. کمیته میر گو میر زیر شاخه کمیته میر گو میر غیر منتظره هماهنگی برگزار می گردد
۱۰. کمیته میر گو میر کو دکان 1 تا 59 ماهه، زیر شاخه کمیته میر گو میر غیر منتظره، هر 3 ماه یکبار برگزار می گردد
۱۱. کمیته میر گو میر پر هنتا ل زیر شاخه کمیته میر گو میر غیر منتظره، ماهانه برگزار می گردد
۱۲. کمیته های احیاء نوزادان زیر شاخه کمیته میر گو میر غیر منتظره، 2 بار در ماه برگزار می گردد
۱۳. به افراد دخیل جهت پیشگیری از تکرار اشتباهات و انهدرو بسایت بیمارستان، به بخشها.
۱۴. اعلام نتایج RCA

مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان

پاسخگویی اجرایی خط مشی: مترون

مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی

منابع: سنج کمیته ها

عنوان خط مشی: ارزیابی میرهای غیر منتظره

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش‌های بالینی و کمیته‌های مرگومیر
امضاء:	تهیه کننده: نیکزاد فلاح
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
امضاء:	تأیید کننده: دکتر سعید حمزه ای
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	ابلاغ کننده: دکتر سعید حمزه ای
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: عدم به کار گیری مجدد دو سایلیکبار مصرف

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه:	تعداد صفحات: ۲
۹۲/۱۲/۱۱	دامنه: خط
تاریخ بازنگری ثانویه:	مشی: دفتر پرستاری، کلیه واحد های درمانی و پاراکلینیکی، کنترل عفونت
۹۳/۰۹/۱۱	

تعاریف:

محتوای خط مشی:

چرایی: لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان

هدف:

➤ ارتقاء ایمنی بیمارانو کارکنانو مراقتباز سلامتیانان

➤ کاهش میزان عفونت

➤ صرفه جویی در وقت و هزینه (شستشوی ضد عفونی و چک کردن اتوکلاو و سایل)

سیاست:

۱. تامین و در اختیار گذار یوسایلیکبار مصرفی به اندازه کافی

۲. آموزش و اجرای دستورالعمل تر یقاتایمن

مخاطبین: پرسنل پرستاری و پاراکلینیک

امکانات و تسهیلات: وسایل مصرفی پزشکی

روش اجرایی:

۱. وسایل مصرفی یکبار مصرف (شامل)

سرنگها، کاتترها، ماسکها و ایرویولولتر اشتهو غیره) میباشد که هر پرستار هر بخش به تعداد کافی تهیه و در اختیار پرسنل قرار میدهد.

۲. نواز مفوق پساز استفاد هجمعا وریو معدوم میشود این امر توسط کلیه پرسنل انجام میشود.

۳. نواز مصرف شد هتوسط پرستار بیمار ثبت در سیستم و از طریق داروخانه جایگزین میشود.

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: عدم به کار گیری مجدد و سایلیکبار مصرف	
تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه: ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۲
تاریخ بازنگری ثانویه: ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: دفتر پرستاری، کلیه واحد های درمانی و پاراکلینیکی، کنترل عفونت
<p>۴. خدمات عمومی پس از پر شدن از ظرفیت و سفیدی پاکس (با ذکر تاریخ و نام بخش نظیر و فرآیند و جمعاً و ریو معدوم می نماید)</p> <p>۵. آنژیوکتها و اسکاپویننیز 48 تا 72 ساعت داخل رگ میماند</p> <p>۶. ماسکها، لوله تراشه و غیره نیز بلافاصله پس از استفاده داخل کیسه زرد قرار داده میشود و معدوم میشود</p> <p>۸. هیچیک از وسایل یکبار مصرف جهت بیمار دیگر یا استفاده نمیشود</p> <p>۹. لوازم یکبار مصرف هر شیفت باید معدوم شود.</p> <p>۱۰. در مورد لوازم یکبار مصرف در اتاق عمل و بخش ویژه CCU مانند لوله های ابروی نیتلاتور و غیره همی باشد (جهت یک بیمار و پس از مصرف باید معدوم شود)</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مترون	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: سوپروایزر کنترل عفونت، سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدهی های مدیریتی	
منابع: دستورالعمل تریقات ایمن	
تهیه کننده:	
امضاء:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	
تأیید کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	
ابلاغ کننده:	
امضاء:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	

«خط مشی و روش اجرایی»

عنوان خط مشی: ارزیابی تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبلی و بعد از عمل بر اساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه:	تعداد صفحات: ۲
۹۲/۱۲/۱۱	دامنه: خط
تاریخ بازنگری ثانویه:	مشی: دفتر خدمات پرستاری و آزمایشگاه و اتاق عمل و مدیریت و ریاست بیمارستان و
۹۳/۰۹/۱۱	میتهمرگو میر

تعاریف:

محتوای خط مشی:

ارزیابی دقیق و فوری تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبلی و بعد از عمل بر اساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی، توسط کمیته مرگومیر

عوارض، آسیب‌شناسی و نوسو جیب‌های بیمارستان و با حضور نماینده‌ها و هیات پاتولوژی و مسنولایمینیوم در بیمارستان

هدف:

➤ جلوگیری از انجام عمل‌های حید و ناندیکاسیون

➤ پیگیری وضعیت در مانیبیمار بعد از عمل جراحی

سیاست:

۱. شناسایی و ارزیابی تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبلی و بعد از عمل

۲. طراحی و اعمال مداخلات اصلاحی لازم

۳. تکمیل نمودن فرم‌های قبلی و بعد از عمل

مخاطبین: مدیر خدمات پرستاری و مسنول آزمایشگاه و مسنول پروپرتا و قاعملو مدیریت و ریاست بیمارستان و کارشناسان

منیو اعضاء کمیته مرگومیر و پزشک معالج

امکانات و تسهیلات:

روش اجرایی:

۱. تکمیل برگه‌ی (قبل از عمل توسط پرستار) که دارایت تشخیص باشد.

عنوان خط مشی: ارزیابی تفاوت‌های مهم بین تشخیص قبلی و بعد از عمل بر اساس یافته‌های پاتولوژی و جراحی

«خط مشی و روش اجرایی»

تاریخ تدوین: ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی:
تاریخ بازنگری اولیه:	تعداد صفحات: ۲
۹۲/۱۲/۱۱	دامنه: _____ ه _____ خ _____ ط
تاریخ بازنگری ثانویه:	مشی: دفتر خدمات پرستاری و آژ مایشگاه و اتاق عمل و مدیریت و توریست بیمارستان و کمیته
۹۳/۰۹/۱۱	یمرگو میر
<p>۲. تکمیل نمودن برگه پیشرفت عملیات و سطیض شکمعالج (بعد از عمل جراحی)</p> <p>۴. ذکر موارد خاص جهت پیگیری و اقدامات لازم بعد از عمل جراحی و سطیض شکمعالج</p> <p>۵. ارجاع موارد خاص از جمله نمونه برداری بیهاژ مایشگاه پاتولوژی جهت پیشگیری از عوارض بعد از عملیات و سطیض شکمعالج</p> <p>۶. اعلام نتایج آژ مایشات پاتولوژی به پزشک معالج و سطیض و آژ مایشگاه</p> <p>۷. اعلام موارد تشخیصی متفاوت و تبیین کمیته یمرگو میر توسط سطیض و اتاق عمل</p> <p>۸. طرح موارد تشخیصی متفاوت و قبل و بعد عمل جراحی و کمیته یمرگو میر توسط مدیر کمیته در اسر عوقت</p> <p>۹. اعمال مداخلات اصلاحی لازم توسط مدیر یا منصوبان کمیته یمرگو میر</p>	
مسئول آموزش خط مشی: مدیریت بیمارستان	
پاسخگویی اجرایی خط مشی: مسئول اتاق عمل	
مکانیسم نظارت بر اجرای خط مشی: بازدیدهای مدیریتی	
منابع: سیاست بیمارستان	
تهیه کننده:	سمت: دبیر کمیته بحران
نیکزاد فلاح	امضاء:
تأیید کننده:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	امضاء:
ابلاغ کننده:	سمت: رئیس بیمارستان
دکتر سعید حمزه ای	امضاء:

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.