



ب- مراقبت و درمان

ب-۱ مراقبت‌های عمومی بالینی

ب-۱-۱-۱	شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۱-۱-۱*	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دست‌بند به صورت فعال انجام می‌شود.	سطح دو
❖ تهیه دستبند شناسایی در پذیرش ❖ الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده ❖ آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی ❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال ❖ الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه ❖ رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی ❖ چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر ❖ آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند ❖ شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران بستری و تمامی بخش‌ها/ واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپ‌ها و مانند آن‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی بایستی نهادینه شده باشد. تاکید می‌گردد که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد. استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام‌های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است. 📌 ملاک ارزیابی شناسایی بیماران، دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، شناسایی بیماران مجهول‌الهویه نیز بر اساس همین دستورالعمل ۱۰۷۵۷ انجام می‌پذیرد. ➤ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران ۱. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود. ۲. بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرنیت شود. ۳. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود. ۴. هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود. ➤ برخی حیطه‌های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود ۱. دارو دهی به بیماران ۲. فلبوتومی ۳. ترانسفوزیون خون ۴. اقدامات تهاجمی ۵. اعمال جراحی ۶. اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه‌برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج ۷. ترخیص نوزادان ۸. خدمات غیر مستمر مانند مشاوره‌ها ۹. انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و سایر) ۱۰. ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به‌کارگیری نیروها از سایر بخش‌ها در قالب اضافه کار) ۱۱. بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه ۱۲. بیماران تازه وارد اورژانس		



➤ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

۱. تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت‌های کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی
۲. مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی
۳. عدم به کار بستن چک لیست‌های قبل از عمل
۴. عدم رعایت روش‌های صحیح کنترلی
۵. بیماران دارای محدودیت‌های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش‌ها و زبان‌های مختلف
۶. بیماران با سطح هشیاری پایین یا اغما
۷. نوزادان و کودکان، سالمندان (به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر)
۸. بیماران روانپزشکی
۹. افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

➤ روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
۳. اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوءتغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تعریف این خطرات باید در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی و با استفاده از دستورالعمل ابلاغی فوق الذکر، مصوب و به بخش‌ها ابلاغ شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی انجام شود. بنابراین علت انتخاب رنگ زرد برای بیمار (خطر متوجه بیمار) باید مشخص باشد. همچنین لازم است بر روی دستبند شناسایی زرد رنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار/ همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مغل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

در بخش‌های اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی به عمل آمده و بخش‌های ویژه طبق ارزیابی اولیه پرستاری رنگ دستبند تعیین خواهد شد. به منظور پیش گیری از وقوع حوادث تهدید کننده حیات بیمار در تغذیه‌ی مکمل ویریدی و تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. در فرایند انتقال خون نیز بایستی چک همزمان توسط دو نفر از کادر بالینی و با تایید صحت شناسه‌ها، دستورات پزشکی و انطباق آن‌ها با یکدیگر صورت پذیرد. شناسایی صحیح بیماران قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/ درمانی در بیمارستان پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران را تشکیل می‌دهد در صورت عدم نهادینه سازی این مهم در بیمارستان بسیاری از استانداردهای مرتبط با ایمنی و ارتقای کیفیت نیز در رهبری و مدیریت کیفیت بدون نیاز به ارزیابی امتیازی کسب نخواهند نمود. نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد. این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.

ب-۱-۱-۲ * از فن‌آوری‌های نوین جهت شناسایی فعال بیماران استفاده می‌شود. سطح سه

❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال مبتنی بر فن‌آوری‌های نوین

❖ وجود مستند آموزش کارکنان ذیربط از نحوه کاربری فناوری‌های نوین مربوط

➤ فن‌آوری‌های نوین می‌توانند شامل موارد ذیل باشند:

۱. Biometric devices
۲. RFID Chips
۳. Barcodes

در این روش احراز شناسایی صحیح بیماران تابع فرایند مربوطه طبق سنجه ب-۱-۱-۱ و دستورالعمل مورد اشاره است.



سطح	ب-۱-۲ ارزیابی اولیه بیماران با رعایت اصول مراقبتی انجام می‌شود.
سطح دو	ب-۱-۲-۱-۱ پرستاران ارزیابی اولیه بیماران را مطابق ضوابط مربوط انجام می‌دهند.
	❖ آگاهی پرستاران در بخش‌های بستری از نحوه ارزیابی اولیه ❖ انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده ❖ ثبت مشکلات/تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستار
	ارزیابی پرستاری یکی از اجزای مهم مراقبت‌های پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیم‌گیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است. این اقدام در دو جزء تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی انجام می‌گیرد. نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌گردد. ملاک ارزیابی این سنجه ارزیابی بیمار و ثبت مشکلات/تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری است. لذا تکمیل فرم/چک لیست ارزیابی برابر فرم ابلاغی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. البته مصادیق چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری متناسب با عملکرد هر بیمارستان بایستی بررسی شود اما آنچه اعتباربخشی رصد می‌نماید شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار در ارزیابی پرستاری است لذا تکمیل/عدم تکمیل چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری ملاک کسب امتیاز نیست. تا زمان انجام ارزیابی اولیه، ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار از روش معتبر ارزیابی و در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری استفاده شود. در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد ارزیابی پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) نمی‌باشد. درخصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی در اولین مراجعه بیمار به بخش‌های سرپایی در مواردی که بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده و منظم مراجعه می‌نمایند، یک بار ارزیابی اولیه پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود و صرفاً در صورت ایجاد تغییر وضعیت این گروه از بیماران در مراجعه بعدی مجدداً ارزیابی اولیه انجام شود. در غیر این صورت یک بار ارزیابی اولیه کفایت می‌نماید. در خصوص بیماران تحت نظر در اورژانس که پرونده بستری برای آن‌ها تشکیل می‌شود بایستی در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. همچنین در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده سرویس پزشک معالج تشکیل شده است در صورتی که این بیماران بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشند فرم ارزیابی اولیه پرستاری (جامع) تکمیل شود. بدیهی است در این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی اولیه (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) در بخش مقصد نمی‌باشد. ❖ استناد به دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۹/۸۸ / د مورخ ۹۷/۱/۸ در خصوص ارزیابی اولیه پرستاری ❖ شرایط تهدیدکننده ایمنی بر اساس ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷ / د مورخ ۹۵/۵/۱۹ وزارت بهداشت با موضوع رسیدگی به گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات و شناسایی بیماران مستعد خودکشی ❖ اقدامات پیشگیرانه کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران بر اساس ابلاغیه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ / د مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت
سطح دو	ب-۱-۲-۱-۲ ارزیابی اولیه، طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج و پزشکان ذیصلاح انجام می‌شود.
	❖ تعیین و ابلاغ محدوده زمانی مناسب توسط بیمارستان جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک از سوی رئیس/مدیرعامل بیمارستان ❖ انجام ارزیابی‌های اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده/بدو ورود و تکمیل فرم شرح حال با قید مهر و امضای پزشک ❖ برنامه‌ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار بر اساس تشخیص/تشخیص‌های اولیه و ارزیابی اولیه پرستار ❖ ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی توسط پزشک ❖ ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/بستگان قانونی و جلب مشارکت آن‌ها ❖ اجرای برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج
	ارزیابی اولیه پزشک منجر به تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه می‌شود. محدوده زمانی مناسب جهت انجام ارزیابی اولیه پزشک و تکمیل فرم شرح حال توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان با مشاوره مسئول فنی تعیین شود. مشکلات واقعی یا بالقوه بیمار که در ارزیابی اولیه یا براساس تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه شناسایی شده اند بایستی در برنامه مراقبتی طراحی شده از طرف پزشک لحاظ شوند. پزشک وضعیت بیماران پرخطر، نیازمند مراقبت فوری و نیازمند مراقبت حاد را در اولین ارزیابی بیمار شناسایی و در برنامه مراقبتی درمانی طراحی شده لحاظ می‌نماید. انجام هیچ یک از فعالیت‌های یاد شده نبایستی موجب تاخیر/تعطل در ارائه خدمات حیاتی به بیماران بدحال شود. در صورتی که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر و اورژانس قرارداد دارد، هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی مربوط انجام می‌شود. منظور از سرویس تخصصی مربوط، پزشک مقیم با تخصص مرتبط/پزشک آنکال با تخصص مرتبط/در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. ❖ ارزیابی اولیه پزشک شامل اطلاعات موجود در فرم شرح حال می‌باشد که طبق نامه شماره ۱۰۰/۶۲۳۳ مورخ ۸۳/۸/۱۰ سازمان پزشکی قانونی ایران



ب-۱-۳ مراقبت‌های پرستاری به صورت ایمن، بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود.	سطح
ب-۱-۳-۱ ارزیابی و مراقبت‌های پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار انجام می‌شود.	سطح یک
❖ تعیین پرستار مسئول برای هر بیمار در هر نوبت کاری ❖ تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت بجز سرپرستار ❖ معرفی پرستار مسئول بیمار، در شروع هر نوبت کاری به بیمار/ همراه و ثبت نام پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار ❖ ثبت نتایج ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول ❖ ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستار ❖ همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیت پزشک‌ها و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی‌های انجام شده	
توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان به نحوی باشد که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان یکسان و با در نظر گرفتن ویژگی‌ها و سطح بندی مراقبتی بیماران در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند. همچنین برای نوبت‌های کاری عصر و شب تعیین مسئول شیفت ضروری است. 📄 استناد به دستورالعمل مراقبت موردی ابلاغیه شماره ۱۳۹/د/۲۱۵۱ مورخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۹	



سطح یک	ب-۱-۳-۲ * مراقبت‌های پرستاری به صورت مستمر، بدون وقفه، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
	❖ حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات نوبت کاری موظف ❖ ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول ❖ مراقبت و پیشگیری از اتصالات نادرست^۱ کاتترها و لوله‌ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری ❖ شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط ❖ گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آن‌ها ❖ برنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط ❖ تحویل بالینی بیماران در هر شیفت توسط پرستاران طبق دستورالعمل ابلاغی ❖ در نظر گرفتن مهلت مقرر هم پوشانی برای همه‌ی کارکنان درمانی هنگام تحویل نوبت کاری بر اساس دستورالعمل ابلاغی ❖ حضور پرستاران / کمک پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده‌ی شیفت در مدت زمان همپوشانی برای تبادل اطلاعات در مورد بیماران ❖ عدم هرگونه تاخیر/ اختلال در مراقبت‌ها در ساعات تحویل نوبت کاری ❖ اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجرا
	تعیین پرستار جانشین در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید الزامی بوده و تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی انجام شود. سطح بندی و توزیع بیماران برای شیفت بعد توسط مسئول شیفت با هماهنگی مسئول شیفت قبل باتوجه به اطلاع کامل تر از شرایط بیماران، صورت پذیرد. همچنین برای جلوگیری از اختلاف نظر و پوشش کامل مراقبت‌ها در زمان همپوشانی، مدیریت پرستاری، پایان ساعت پوشش هر تیم از کدهای فراخوان را به صورت رسمی ابلاغ نماید. دقت شود جابجایی بیماران بین بخش‌های مختلف حتی الامکان در ساعات تعویض شیفت نباشد مگر در موارد اورژانس که اجتناب ناپذیر است. همچنین موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری و ثبت گزارش مراقبت‌ها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود. در خصوص سطح بندی بیماران روان، بر اساس ضوابط داخلی بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شود. برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند SBAR استفاده می‌شود. با استفاده از تکنیک SBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی‌های تکنیک SBAR محسوب می شود.
	➤ مراحل تکنیک SBAR عبارت است از
	۱. وضعیت^۲ تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه) ۲. سوابق^۳ بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار ۳. ارزیابی^۴ نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید ۴. توصیه‌ها^۵ آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن
	📖 دستورالعمل مراقبت موردی شماره ۱۳۹/د/۲۱۵۱ مورخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۹
	📖 استناد به دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری به شماره ۱۳۹/د/۲۰۹۹ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۰۹
	📖 دستورالعمل شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ د مورخ ۹۳/۶/۱۲

¹ Misconnection

² S(Situation)

³ B(Background)

⁴ A(Assessment)

⁵ R(Recommendation)



سطح یک	ب-۱-۳-۳ * آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود. ❖ شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش‌های مختلف بیمارستان تحت نظارت مسئول فنی و مدیر خدمات پرستاری ❖ آماده سازی بیماران برای مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش ❖ مراقبت و پایش بیماران مستمر حین مداخلات تهاجمی شناسایی شده در هر بخش ❖ مراقبت و پایش بیماران مستمر پس از مداخلات تهاجمی شناسایی شده ❖ آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی مداخلات تهاجمی حداقل شامل اعمال جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپ‌ها و سایر موارد با تشخیص بیمارستان است. به منظور استفاده بهینه از تخت‌های بستری، بایستی به نحوی برنامه‌ریزی شود که تا حد ممکن آمادگی‌های قبل از اعمال جراحی پیش از بستری بیمار ارزیابی و حاصل شود. ➤ نکاتی مهم در خصوص دستورالعمل‌های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن ۱. تدوین، حداقل برای جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپ‌ها، سایر موارد با تشخیص بیمارستان ۲. توجه به جزئیات آمادگی‌ها و مراقبت/پایش‌ها به تفکیک انواع مداخلات تهاجمی در دستورالعمل ۳. آموزش کارکنان و نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل‌های تدوین شده با محوریت مدیریت خدمات پرستاری ۴. استفاده از مفاد دستورالعمل ابلاغی از جمله دستورالعمل جراحی ایمن در تدوین دستورالعمل مربوط ۵. برنامه‌ریزی دقیق پره آپ بیماران از طریق خدمات سرپایی ۶. رعایت فرآیندهای تأیید کننده^۱ مانند چک لیست جراح، به منظور اجتناب از خطاهای ناشی از بیمار اشتباه، طرف اشتباه بدن و پروسیجر اشتباه ۷. اجرای تکنیک‌هایی که از ایجاد خطرات و خطاها می‌کاهد، مانند وقفه در کار، توجیه اولیه، اخذ بازخورد نهایی و بیان دغدغه‌ها و سایر ... ۸. درگیر شدن فعال کارکنان بالینی در فرایند مداخله به عنوان عضو تیم مراقبت سلامت ۹. جلب مشارکت و تعامل فعال و همیشگی با بیمار/خانواده ۱۰. ثبت وقایع از مرحله آماده سازی تا پایان پروسیجر در پرونده بیماران ۱۱. شرکت در فرآیندهای آموزشی بررسی مرگ و میر استفاده از مفاد دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت به شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ استفاده از کتاب "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان بازنگری دوم بخشنامه شماره ۴۰۰ د/۱۱۰۵۶ مورخ ۹۱/۰۸/۲۳" اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری‌های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
--------	--

¹ Verification



سطح یک	ب-۱-۳-۴ * تزریق خون و فراورده‌های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبت‌های مستمر انجام می‌شود.
	- شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی - مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی - مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی - بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی - بررسی تاریخ انقضاء کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی - بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشی پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی - نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی‌های مکرر بر بالین بیمار - توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون - قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار - اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژیلانس
	در کلیه مراحل تزریق خون راهنمای هموویژیلانس ابلاغی از سوی وزارت متبوع رعایت می‌شود. نصب پوستر اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت توصیه می‌شود. اخذ مشارکت فعال از بیمار/خانواده به ویژه در بیماران با تزریق مستمر خون برای انطباق بررسی‌ها با سوابق تزریق خون قبلی کمک کننده است اما ملاک نیست. شناسایی بیمار، دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت
سطح دو	ب-۱-۳-۵ * الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل برنامه‌ریزی و رعایت می‌شوند.
	- شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی در حال انجام در خارج از اتاق عمل بیمارستان - تدوین دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل - آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل - رعایت دقیق الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
	➤ نکاتی مهم در خصوص دستورالعمل‌های رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل ۱. الزامات ایمنی ساختار فیزیکی و محیطی و تضمین وجود تجهیزات حیاتی و ضروری آماده به کار ۲. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ۳. ارزیابی بالینی بیمار به منظور شناسایی وجود آلرژی‌های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی ۴. اخذ رضایت آگاهانه طبق ضوابط مربوط ۵. ارتباط موثر تیم سلامت به منظور تبادل اطلاعات حیاتی ۶. شناسایی صحیح و تامین امنیت تمامی نمونه‌های اخذ شده حین پروسیجرهای تهاجمی ۷. تشخیص سریع احتمال خطر خون ریزی شدید و آمادگی مواجهه موثر با آن ۸. استفاده از روش‌های شناخته شده برای بی‌حسی بیمار و محافظت وی از درد کشیدن ۹. استفاده از راهنماهای بهترین خدمات^۱ جهت انجام پروسیجرهای تهاجمی ۱۰. تضمین ارائه مراقبت‌ها و اقدامات بعد از انجام پروسیجر (تسکین درد، کنترل خونریزی، آرام‌بخشی، ریکاوری) ۱۱. استفاده از مفاد دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت ۱۲. رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت استفاده از راهنماهای بهترین خدمات یکی از بهترین روش‌های کاهش خطاهای ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار و تضمین دریافت درمان صحیح توسط بیمار صحیح به روش صحیح در اقدامات تهاجمی است که شواهد متقاعد کننده‌ای مبنی بر ارتقاء چشمگیر پیامدهای خدمات سلامت ناشی از استفاده متخصصین سلامت از راهنماهای تأیید شده مانند راهنماها، دستورالعمل‌ها و چک لیست‌ها موجود است. شناسایی بیمار، دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت

¹ Best Practices



سطح دو	ب-۱-۳-۶ * مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.
	- تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرایند - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی - رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی
	➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار شیمیایی ۱. لحاظ سابقه دارویی و حساسیت‌های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی ۲. استفاده از ایمن‌ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی داروهای^۱ ۳. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط ۴. انجام مهار شیمیایی صرفاً بر اساس دستور پزشک ۵. ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی ۶. شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می‌گردد ۷. کنترل و ثبت علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده ۸. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و... پایش و کنترل مستمر ۹. قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن ۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی ۱۱. نحوه بررسی وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار ۱۲. تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم^۲ باتوجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هر روز (حداکثر سه بار) توصیه می‌شود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.
سطح دو	ب-۱-۳-۷ * مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.
	- تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرایند - آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی - رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی
	➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار فیزیکی ۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی ۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً بر اساس دستور پزشک و ذکر اندام‌های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک ۳. استفاده از ایمن‌ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام‌ها و اعضای مجاز با روش‌های استاندارد و بدون عوارض ۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندام‌های مهار شده به صورت مستمر ۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط ۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن) ۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم‌های فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و... ۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن ۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته/آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار ۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی ۱۱. ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ۱۲. تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم در مادران باردار بدلیل 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 می‌باشد.

¹ Safe Medication Practice

² PRN



سطح	ب-۱-۴ مراقبت‌های بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر، برنامه‌ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
سطح یک	ب-۱-۴-۱ * عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است. - وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخش‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره آن - وجود خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخش برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک - آشنایی کارکنان بالینی با روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک - اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی / شفاهی و عمل بر اساس آن - حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار - اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است. لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد. از روش <i>Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop</i>. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت/ تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات از روش <i>Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop</i>. در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود. انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد می‌گردد. دستورالعمل شماره ۱۰۷۵۷/۴۰۹۵ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت در خصوص برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار



سطح دو	بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.
	❖ ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به ایشان ❖ توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آن‌ها در تمامی مراحل مراقبت و درمان ❖ حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی ❖ ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر در این سنجش افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)، بیماران مجهول‌الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی^۱، افراد بی‌خانمان و ... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند. در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز دارویی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می‌باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند. بیماران مجهول‌الهویه به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه‌ها و نحوه نام‌گذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. بیماران با اختلال هشیاری به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش‌های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه‌های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران/ مراجعین از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب پذیر هستند. این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره مراقبت می‌تواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود. بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، افراد بی‌خانمان و بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، بایستی ملاحظات دقیقی را مدنظر بگیرد. ➤ پیشگیری از آسیب‌های احتمالی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی برای سایر بیماران/ مراجعین و یا ارائه کنندگان خدمت ۱. تمهیدات لازم در خصوص محل ارائه خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران ۲. تامین ارائه کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی ۳. تامین تمهیدات/ تسهیلات حفاظتی برای ارائه کنندگان خدمت مانند PPE ۴. انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات محل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده ۵. ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب پذیر به نحوی است که شرایط یاد شده تاثیری بر روند مراقبت و درمان آن‌ها نداشته باشد ۶. ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد ۷. عدم استفاده از هرگونه شاخص/ برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران/ مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی تعریف مادران پرخطر مطابق بند ۵ بخشنامه ۴۰۰/۳۰۴۹/د مورخ ۹۰/۲/۱۹

¹ Anti social



سطح دو	بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.
	❖ مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با میزان ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه ❖ آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسک‌های متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس آن‌ها ❖ استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخش‌ها^۱ ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر زخم فشاری ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر خودکشی ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران پلی فارمسی ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض سوء تغذیه ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض خطر ❖ آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیش‌گیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره ❖ تریکس ایمن بیماران پرخطر
	منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی- درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند. ➤ بیماران/ مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است ۱. بیماران در معرض سقوط ۲. زخم فشاری ۳. خودکشی ۴. سوءتغذیه ۵. پلی فارمسی ۶. ترومبوز وریدهای عمقی برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورس^۲، زخم فشاری مقیاس‌هایی پیش‌بینی کننده معتبر مانند برادن^۳ و مانند آن پیشنهاد می‌شود. برای هر یک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب و مدون و با اطلاع و دستور پزشک و پیگیری و اقدامات لازم از سوی پرستار مربوطه هم اقدامات مقابله با ریسک و هم طرح درمان مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجراء می‌شود. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. پلی‌فارمسی به مواردی اطلاق می‌گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می‌نماید. وجود تعریف برای هر یک از این موارد و ابزار تعیین ریسک بیماران در هر یک از این گروه‌ها ضروری است. توصیه می‌شود عنوان گروه/گروه‌های پرخطر که بیمار در آن قرار گرفته (مانند زخم فشاری) بر روی دستبند شناسایی زرد درج گردد. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.
	دستورالعمل ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ با موضوع راهنماهای ایمنی بیمار دستورالعمل ۴۰۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۹۵/۴/۲۷ با موضوع دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی

^۱ مطابق مندرجات و توضیحات سنجه ب-۱-۱-۱

^۲ MORSE Scale

^۳ Braden Scale



سطح	ب-۱-۵ مراقبت‌های پزشکان به صورت ایمن، به موقع و بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود.
سطح یک	ب-۱-۵-۱ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در زمان‌بندی منظم به نحوی است که تعللی در روند مراقبت و درمان بیمار ایجاد نمی‌شود.
	❖ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج در زمان‌بندی منظم و بدون هرگونه تاخیر/ اختلال در روند مراقبت و درمان بیمار
	❖ ویزیت روزانه توسط پزشک ذیصلاح جانشین در زمان مرخصی/ ایام تعطیل
	پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک آنکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.
	➤ برخی اقدامات پزشکی در ویزیت‌های روزانه
	۱. ارزیابی ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و در صورت نیاز بازنگری برنامه بر اساس پاسخ بیمار
	۲. ارزیابی مجدد بیمار به منظور تناسب و کارایی تصمیمات درمانی/ مراقبتی به منظور تایید یا رد تشخیص اولیه
	۳. ثبت دستورات دارویی و مراقبتی و تشخیصی درمانی در برگه دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه سیر بیماری
	۴. ثبت پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی در برگه سیر بیماری
	۵. ثبت وضعیت بهبودی بیماری حداقل به صورت روزانه در برگ سیر بیماری
	۶. ثبت ارزیابی‌های ادواری در برگه سیر بیماری
	۷. ثبت سیر بیماری با یکی از روش‌های مبتنی بر وضعیت یا مبتنی بر مشکل
	۸. مندرجات برگه سیر بیماری باید شامل تاریخ و ساعت، امضا و مهر پزشک
	ثبت سیر بیماری مبتنی بر وضعیت بیمار یک روش سنتی است که ساختار آن به شکل داستان نویسی بوده و تنها اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار ثبت می‌شود. ثبت سیر بیماری مبتنی بر مشکل ^۱ روشی است که اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی و ثبت می‌شود.
	➤ اجزای سیر بیماری مبتنی بر مشکل
	۱. یافته‌های موضوعی ^۲ (تاریخچه)
	۲. یافته‌های هدفمند ^۳ (فیزیکی و نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی)
	۳. فرایند ارزیابی ^۴
	۴. برنامه‌ریزی درمان بیمار بر اساس اطلاعات ^۵ به دست آمده که شامل شناسایی مشکلات (تشخیص) و بررسی پاسخ بیمار به بیماری است.
	ب-۱-۵-۲ * در تمام ساعات شبانه روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به نحوی است که اختلال/ تاخیری در روند درمان ایجاد نمی‌شود.
	❖ تنظیم برنامه و حضور به موقع پزشک متخصص آنکال بر بالین بیماران در هر ساعت از شبانه روز و ایام تعطیلات
	❖ دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت بدون هرگونه اختلال/ تاخیر در روند مراقبت درمان
	پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک آنکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

¹ Problem Oriented Method(POM)

² S: Subjective Data

³ O: Objective Data

⁴ A: Assessment Process

⁵ P: Plan



سطح یک	ب-۱-۵-۳ * مشاوره‌های تخصصی اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود. - ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار - ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره - حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار - انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک - اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج - شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج
	مشاوره‌های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می‌باشد. بدهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی مه‌مور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.
سطح دو	ب-۱-۵-۴ مشاوره‌های تخصصی غیر اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود. - ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره با ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار - ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره - حضور پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار - انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک مشاور - اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج - شروع اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج
	مشاوره‌های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی‌باشد. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های غیر اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های غیر اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می‌شود. برگه مشاوره بایستی مه‌مور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.
سطح دو	ب-۱-۵-۵ اقدامات تشخیصی و درمانی با آگاهی و محوریت پزشک معالج انجام می‌شود. - اطلاع رسانی اقدامات تشخیصی درمانی در خواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور به پزشک معالج - ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک و یا تایید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج در اولین حضور بر بالین بیمار - ثبت تاریخ و ساعت اطلاع دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده بیمار توسط پرستار - انجام تمامی اقدامات تشخیصی درمانی با تایید پزشک معالج
	پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی تحت نظر/ آگاهی و تایید ایشان انجام شود. اقدامات تشخیصی درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه‌ای داشته و تنها پس از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگ دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تاخیر در اقدامات تشخیصی درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که در این صورت پزشکان ذیصلاح مقیم/ انکال در این خصوص تصمیم‌گیری می‌نمایند. در صورت انجام اقدامات فوری و ضروری توسط سایر اعضای تیم درمانی، نتایج در اولین فرصت به پزشک معالج اطلاع داده شود. اقدامات بعدی توسط پزشک معالج هدایت و انجام شود. پزشک جانشین/ ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.



سطح دو	ب-۱-۵-۶ * درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت می‌شود.
	- آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد - اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد - مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن
	در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد. در خصوص استفاده از پمپ‌های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل استاندارد از سوی بیمارستان رعایت شود. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه‌سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده‌های پایانی دستورالعمل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی^۱ و مخدر صورت می‌پذیرد. دستورالعمل به شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ د مورخ ۴/۲۷/۱۳۹۵ با موضوع دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار
سطح سه	ب-۱-۵-۷ پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیماران حاضر می‌شوند.
	- وجود برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم متناسب با نیازهای تخصصی بیماران در بیمارستان - در صورت نیاز بیماران حضور و ارائه خدمت پزشکان متخصص مقیم بلافاصله بر بالین بیماران در هر ساعتی از شبانه روز این سنجش بر اساس دستورالعمل‌های مقیمی برنامه تحول نظام سلامت تنظیم نشده است. هر چند در مصادیقی همسو هستند. هدف از این سنجش که معمولاً در بیمارستان‌های عالی و برتر انتظار استقرار آن می‌رود ارائه خدمات تخصصی پزشکی در بالاترین سطح دانشی و در تمام ساعات شبانه روز است. لذا ضرورتی برای پیاده‌سازی آن در بیمارستانهای معمول کشور که با محدودیت پزشک متخصص مواجه هستند وجود ندارد. در صورت وجود برنامه مقیمی، دستورات تلفنی قابلیت اجرا ندارد و پزشک مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، بایستی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید. ➤ تعداد ونوع تخصص پزشکان مقیم در سطح ایده‌آل الف- بیمارستان‌های جنرال ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال: یک پزشک مقیم از یکی از رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و یا طب اورژانس - از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال: دارای دوتا چهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نظر باشد - بیش از ۲۵۶ تخت فعال: دارای چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی مورد نیاز باشد ب- بیمارستان‌های تک تخصصی - تک تخصصی زنان: دارای سه پزشک مقیم با تخصص‌های زنان، بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق تخصص نوزادان - تک تخصص جراحی غیرزنان: دو پزشک متخصص شامل یک نفر متخصص جراح مربوطه و یک متخصص بیهوشی - تک تخصصی چشم: یک نفر متخصص چشم پزشک - تک تخصصی غیرجراحی: یک نفر متخصص همان رشته در مراکز تروما پزشک مقیم متخصص ارتوپدی مقیم باشد. در مراکز ترومای اصلی مرکز استان باید علاوه بر متخصص مقیم ارتوپدی، دارای پزشک مقیم فوق تخصص جراحی عروق و متخصص جراحی مغز و اعصاب نیز باشند. برنامه پزشکان مقیم بخش‌های مراقبت ویژه^۲ مطابق دستورالعمل مربوطه می‌باشد. حضور پزشک درخانه‌های سازمانی درون محوطه بیمارستان به عنوان پزشک مقیم محسوب نمی‌شود.

¹ NSAID

² ICU, NICU, CCU



ب-۱-۶ داروهای بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۶-۱ * داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می‌شوند.	سطح یک
❖ مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده ❖ آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر ❖ تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت‌های مختلف به صورت حفاظت شده ❖ تزریق داروهای نarkotیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان	
➤ نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر ۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. ۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی ۳. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستم‌های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی ۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر ۵. مشخص نمودن داروهای نarkotیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت‌های دارویی ۶. آموزش‌های لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوت‌های مورفین و هیدرومورفین ارائه ۷. نگهداری داروهای نarkotیک و تسکین دهنده‌های درد در داروخانه/ بخش‌های بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده ۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت‌ها ۹. استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی نarkotیک ۱۰. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد ثانی ۱۱. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالین و بلوک موضعی عصب انفوزیه می‌شود ۱۲. رعایت اصول کلی دارو دهی بیمار صحیح - راه مصرف صحیح - زمان صحیح - دوز مصرف صحیح - ثبت صحیح - تجویز صحیح - پاسخ مناسب به دارو 📖 دستورالعمل به شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ د مورخ ۴/۲۷/۱۳۹۵ با موضوع دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتباربخشی، راهنمای داروهای با هشدار بالا همچنین به مصادیق و توضیحات سنجه ب-۱-۶-۲ مراجعه شود.	



سطح یک	ب-۱-۶-۲ * داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.
	❖ نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش ❖ شناسایی داروهای با هشدار بالا در فرمولاری بیمارستان ❖ برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع ❖ تعیین نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمیته درمان دارو بر اساس شواهد معتبر ❖ ابلاغ نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا به تمامی بخش‌های بالینی توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان ❖ رعایت دقیق نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا ❖ تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا ❖ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها بر اساس منابع معتبر زمانی که "داروهای با هشدار بالا"^۱ به اشتباه مورد استفاده قرار می‌گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می‌شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می‌توان از میان آن‌ها، به داروهای ضد انعقاد، نازکوتیک‌ها، اوپوئیدها، انسولین و آرام بخش‌ها اشاره نمود، بیشتر تۆام با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می‌توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث شوند. از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" است. دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" در اتاق آماده‌سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می‌باشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده‌سازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتماً، از روش نگارش^۲ به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین^۳ در مقابل دوباتامین^۴) در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، هفت قانون دارودهی^۵ رعایت شود (طبق توضیحات مندرج ذیل سنجه ب-۱-۶-۴) ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود. در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات داروئی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات داروئی از پرونده به کاردکس/ سامانه اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است. بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد. در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نباید هرگز نبایستی در حالت آزاد^۶ قرار بگیرد. استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا" رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود. آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود. یادآوری مهم! در صورت هرگونه حذف داروهای با هشدار بالا از فرایند برچسب گذاری به دلیل کمبود منابع، امتیازی به این سنجه تعلق نخواهد گرفت و صرفاً بایستی بر اساس منابع علمی معتبر و شواهد بومی تصمیم گیری شود. ❖ اجرای مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰۰/۱۲۸۴۳ د مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷ معاونت درمان وزارت متبوع با موضوع "دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار مرتبط با استانداردهای اعتبار بخشی، راهنمای داروهای با هشدار بالا. ❖ استناد به بخشنامه داروهای پرخطر (هشدار بالا) ۴۰۹/۹۵۶۳ د مورخه ۹۵/۳/۲۶

¹ High Alert Medications

² Tall Man Lettering

³ Dopamine

⁴ Dobutamine.

⁵ 7Rs

⁶ Free Mode



سطح دو	ب-۱-۳ * داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.
	❖ نگهداری ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه ❖ تجویز ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه ❖ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه ❖ جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر ❖ تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت‌های با غلظت بالا با اشکال مشابه ❖ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها ❖ آموزش مستمر کاربران دارویی ذیربط
	تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می‌تواند به لحاظ شباهت در بسته‌بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می‌شود. وجه دیگر از تشابه، شباهت در تلفظ یا به عبارتی املاء و تشابه نوشتاری می‌باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می‌شوند. این تشابه غالباً می‌تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی می‌شود. فلسفه‌ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته‌اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می‌نماید. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می‌شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب‌های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است. ➤ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود ۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری ۲. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه ۳. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه. نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می‌باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره‌ای منظم توسط بخش‌ها بازنگری و به روز شود). برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد. جعبه محتوی ویال‌ها و آمپول‌ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در تراسی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. حین برچسب گذاری بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح الصاق و از چک مستقل دوگانه استفاده شده و به صورت دوره‌ای به روز شود. برقراری ارتباط در خصوص داروهای مشابه باید به صورت شفاف باشد. بدین منظور از روش‌هایی مانند "Read back/Right Down/ Repeat back" و "Close the Loop" می‌توان استفاده کرد. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار ۵ قانون مرتبط به داروها (دارودهی درست) اعمال گردد. به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش^۱ استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی صورت پذیرد. روش و نحوه تحویل موقت خدمات در بخش‌های بستری یا انبارهای دارویی در زمان ترک موقت خدمت مشخص باشد. همچنین بایستی به بیماران و مراقبین آنان آموزش داده شود که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک هستند، شرکت‌های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می‌کنند و معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می‌شوند. به بیماران برگه‌های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام‌های ژنریک و تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی داده شود. با توجه به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط به اسامی و اشکال مشابه دارویی LASA، بیماران به نگهداری فهرستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی‌شان تشویق شوند. به بیماران توضیح داده شود که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند. به منظور رفع ابهامات بیماران، فرصتی برای مرور دستور دارویی آنان با داروساز بیمارستان فراهم شود. بیماران و خانواده آنان به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب شوند. به بیماران آموزش داده شود که در صورت مغایرت داروهای آنان با رژیم دارویی معمولی شان، قبل از مصرف حتماً به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند. در صورتی که داروی بیمار نیاز به ابزار اندازه‌گیری (برای مثال: وجود قاشق یا پیمانه برای شربت‌ها) دارد، در اختیار وی قرار گیرد. هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارودهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. ✍ مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰/۱۲۸۴۳ مورخ ۱۳۹۵/۴/۲۷ معاونت درمان وزارت متبوع با موضوع "دستورالعمل راهنمای ایمنی بیمار و راهنمای داروهای با هشدار بالا.

¹ TALL MAN LETTERING



سطح دو	ب-۱-۴ * دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام می‌شود.
	❖ آموزش هفت قانون دارو دهی به کارکنان ذیربط ❖ رعایت هفت قانون دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار ❖ نظارت بر اجرای بهینه در زمان نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار ❖ اطمینان از عدم وجود حساسیت داروئی قبل از تجویز هر گونه دارو هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. عدم کفایت دانش و آگاهی کادر بالینی درخصوص موارد مصرف، منع مصرف و تداخلات دارویی و نیز عدم توجه به عوامل جسمانی، شناختی، روانی/هیجانی و اجتماعی بیماران مانند آلرژی، بارداری، بیماری‌های همراه، سواد سلامت و سایر داروهای مصرفی آنان از دیگرمنابع و علل خطاهای دارویی ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می‌شوند که با افزایش تعداد داروهای مصرفی بر شدت این مشکل هم‌رو به افزایش است. خطاها می‌تواند شامل نوشتن نسخه برای بیمار اشتباه، دوز اشتباه دارویی، داروی اشتباه، راه اشتباه مصرف یا زمان اشتباه برای دادن دارو به بیمار باشد. دست خط ناخوانا، سوء تفاهم‌ها در محاوره کلامی و کاربرد اختصاراتی که دارای چندین معنا بوده و می‌توانند به صورت نادرست تفسیر شوند باشند، خطاهای ریاضی ناشی از محاسبه اشتباه دوز دارو به علت بی دقتی یا خستگی و هم چنین ناشی از عدم آموزش کافی و نا آشنایی با نحوه کار با حجم‌ها، مقادیر، غلظت‌ها و واحدها و/یا فقدان دسترسی به پارامترهای به روز از سایر علل خطاهای دارویی در ضمن نسخه نویسی داروها محسوب شود. ➤ رعایت گام‌های ذیل توسط داروساز در کاهش خطر خطاهای نسخه پیچی موثر است ۱. اطمینان از ثبت / ورود صحیح نسخه دارویی ۲. تأیید صحت و کامل بودن نسخه دارویی ۳. آگاهی از داروهای با اسامی و اشکال مشابه (داروها با اسامی مشابه مسوول یک سوم خطاهای دارویی می‌باشند) ۴. دقت نظر و توجه به صفرها و اختصارات ۵. سازمان دهی و نظم محیط کاری ۶. در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت و ایجاد وقفه حین کار ۷. تمرکز بر کاهش استرس و ایجاد تعادل در حجم کاری سنگین ۸. صرف وقت به منظور ذخیره و انبارش مناسب داروها ۹. کنترل کامل تمامی نسخ دارویی و ارائه همیشگی مشاوره کامل دارویی به بیمار خطاهای سنتی در فرآیند دادن دارو به بیمار عبارتند از مصرف دوز اشتباه دارو به بیمار اشتباه، راه مصرف اشتباه، در زمان اشتباه یا داروی اشتباه. ندادن دارو بر طبق نسخه دارویی تجویز شده به بیمار و مستند سازی نامناسب و خطاهای محاسباتی / اشتباهات محاسباتی برای داروهای وریدی (برای مثال قطرات / ساعت یا قطرات/دقیقه، ml/h یا ml/min) از اشکال خطاهای مرتبط به این مرحله است. این خطاها می‌توانند ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب، لغزش یا خطای حافظه و عدم توجه/ تمرکز آنی، عدم کنترل روش‌های اجرایی، عدم دقت و خواب آلودگی و نیز شرایط محیط کاری زیر استاندارد و طراحی و بسته بندی داروها باشد. ➤ روش‌هایی برای مصرف ایمن تر داروها جهت توصیه به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمت در حیطه دارویی: ۱. استفاده از اسامی ژنریک ۲. داروهای بیماران را منطبق با نیازهای فردی آنان نسخه نویسی نمایید ۳. اخذ تاریخچه کامل دارویی را بیاموزید و به آن عمل کنید. ۴. درناحیه خود، نام داروهایی را که با خطر بالای وقایع ناخواسته تواف می‌باشند، بدانید ۵. در مورد داروهایی که نسخه نویسی می‌نمایید بیشتر بدانید ۶. از کمک حافظه‌ها استفاده کنید و به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید ➤ دو پیام مهم ایمنی دارویی ۱. داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شوند. ۲. هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی‌دانید چیست، به بیمار ندهید.



سطح دو	ب-۱-۵ * تلفیق دارویی بیماران برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال ❖ تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی ❖ ایجاد کامل‌ترین و صحیح‌ترین فهرست دارویی "بهترین تاریخچه دارویی ممکن" ❖ مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانی‌های احتمالی و رفع آن ❖ رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق دارویی در تمام مراحل ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می‌تواند رخ دهد که بر اساس شواهد، هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱/۵ میلیون نفر می‌گردد و فقط در کشور آمریکا تحمیل هزینه‌ای معادل ۳/۵ میلیون دلار تحمیل می‌نماید. بالغ بر ۵۶٪ خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می‌شود. در ۴۶٪ مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/بیمارستان رخ می‌دهد. از طرفی واکنش ناخواسته دارویی که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می‌تواند ناشی از تأثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد ۵۰٪ تا ۶۰٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیارحائز اهمیت است. تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی را افزایش می‌دهد. سن بیمار، شدت بیماری، ژنتیک، بیماری‌ها (نقص عملکردی کبدی یا کلیوی)، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تأثیرگذار بر بروز تداخلات دارویی هستند. تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می‌گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم‌گیری برای دستور مناسب‌ترین دارو برای بیمار می‌نماید. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می‌نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می‌شود. ➤ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند ۱. داروهای نسخه شده ۲. ویتامین‌ها ۳. داروهای روی پیشخوان^۱ یا همان داروهایی که خرید و مصرف آن‌ها نیاز به تجویز پزشک ندارد. ۴. مواد تشخیصی و کنتراست‌ها ۵. تغذیه مکمل ۶. فرآورده‌های خونی ۷. مایعات وریدی ۸. مواد غذایی ۹. داروهای گیاهی اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می‌باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می‌تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان‌های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی دیصلاح انجام می‌شود. ✍ اجرای مفاد دستورالعمل به شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷ مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۲ با موضوع "راهنمای ایمنی بیمار، راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات، ملاک ارزیابی این سنجه است.

¹ Over The Counter (OTC)



ب-۱-۷ ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران بر اساس ضوابط مربوط صورت می‌پذیرد.	سطح
ب-۱-۷-۱ وضعیت تغذیه‌ای بیماران توسط پزشک تعیین تکلیف شده و بر اساس آن برنامه‌ریزی و عمل می‌شود.	سطح یک
❖ تعیین تکلیف نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک ❖ ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پر کالری و سایر ❖ اطلاع رسانی نوع رژیم غذایی بیمار در زمان مقرر به واحد تغذیه توسط پرستار ❖ چیدن سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی نوشته شده هفتگی یا ماهیانه ❖ مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده ❖ الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش - نام بیمار - نوع رژیم غذایی برای غذاهای رژیمی	
دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده بیماران ثبت و توسط پرستار یا منشی بخش در زمان مقرر و حداکثر قبل از وعده غذایی بعدی در سامانه اطلاعات بیمارستانی یا Diet Sheet وارد می‌شود و مبنای سفارش غذا به تفکیک بیماران است. در صورتیکه برای بیمار ارزیابی تخصصی تغذیه طبق درخواست پزشک انجام شود در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت می‌گردد. (مهر و امضا پزشک در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نشان دهنده موافقت پزشک با دستور پیشنهادی مشاور تغذیه است. نوع رژیم غذایی با روش پخت و یا روش تغذیه متفاوت است. به طور مثال پوره یا مایعات بیانگر نوع رژیم غذایی نمی باشد و یا گاوژ نشان دهنده روش تغذیه بوده و باید مشخص شود گاوژ استاندارد منظور است یا گاوژ دیابتی یا سایر موارد. انواع رژیم‌های غذایی شایع در بیمارستان توسط کارشناس تغذیه در سامانه اطلاعات بیمارستانی تعریف می‌شود. کارشناس تغذیه فهرست اطلاعات رژیم غذایی بیماران را از سامانه اطلاعات بیمارستانی دریافت می‌نماید. چیدن سینی غذای بیماران مطابق با فهرست مذکور و برنامه غذایی نوشته شده (هفتگی یا ماهیانه) بیمارستان انجام و توزیع می‌شود. رژیم غذایی معمولی، رژیم غذایی دیابتی، رژیم غذایی پر پروتئین - به تفکیک روزهای هفته که برای هر کدام آنالیز یا جیره غذایی مشخص شده‌ای وجود دارد و براساس آن آشپز اقدام به سرو غذا می‌کند. در توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل غذاهای رژیمی، باید برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش - نام بیمار - نوع رژیم (داشته باشد. در توزیع غذا به روش نیمه متمرکز نیاز به وجود برچسب غذاهای رژیمی نیست و مطابق با فهرست رژیم غذایی استخراج شده از سامانه اطلاعات بیمارستانی بر بالین بیمار توزیع می‌شود. قبل از توزیع غذا در بخش فهرست غذایی بیماران توسط پرستار مسئول شیفت تطابق و مورد تأیید قرار می‌گیرد. در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار، باید موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاور تغذیه اطلاع رسانی نماید. بیمارانی که ارزیابی تخصصی شده و غذای خود را مصرف نکرده و یا به هر علت قادر به مصرف غذای خود به طور کامل نیستند، توسط مشاور تغذیه پیگیری و برای تغذیه آنان تصمیم گیری خواهد شد. اطلاع رسانی سرپرستار نوبت کاری یا منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند به مشاوره، قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری بایستی صورت پذیرد. قرار دادن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای در پرونده بیماران مشاوره شده، الزامی است. فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای هر فرد در هر نوبت بستری فقط یکبار تکمیل شده و مشاور تغذیه موظف به مهر نمودن آن در اولین ویزیت بیمار و فرم پی‌گیری وضعیت تغذیه در هر نوبت ویزیت است. وجود ترازو و قد سنج سالم و کالیبره (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در کلیه بخش‌ها ضروریست و بایستی با روش‌های دقیق و علمی وزن و قد بیمار ثبت شده باشد. استفاده از روش‌های علمی تخمین وزن و قد صرفاً برای بیمارانی انجام می‌شود که امکان ایستادن بدلیل عدم هوشیاری، بد حالی، فلج خمیدگی یا قوز پشت میسر نباشد انجام می‌شود. در ایستگاه پرستاری کلیه بخش‌ها می بایست نمودار BMI بزرگسالان، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای افراد بالای ۶۵ سال، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای جانبازان، افراد دارای نقص عضو و معلولین جداول علمی تخمین قد و زن به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه‌ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد. این جداول مطابق با پیوست‌های کتاب دستورالعمل‌های ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان (ویژه بزرگسالان) تهیه شود. عدم وجود ترازو و قد سنج استاندارد در بخش و یا محل قرار گیری نامناسب ترازو و یا قد سنج نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح تغذیه ای می باشد (برای بیمارانی که قادر به ایستادن هستند)، و در صورت درج وزن تخمینی به دلیل عدم وجود ترازو قد سنج برای این بیماران قابل قبول نیست. برای آندسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی باشند از روش‌های علمی تخمین وزن و قد استفاده شود. بنابر این چارت و جداول مربوطه باید در ایستگاه پرستاری در دسترس پرستاران قرار گیرد. برگه ارزیابی تخصصی تغذیه می بایست به طور کامل تکمیل گردد. در صورت پایین بودن سطح هوشیاری بیمار و عدم حضور همراه، سابقه مصرف اخیر مکمل‌های غذایی و دارویی، حساسیت غذایی یا دارویی، اطلاعات تغییرات وزن اخیر، تاریخچه مختصر رژیم غذایی، وجود ادم دسترسی به این اطلاعات میسر نخواهد بود. مشاور تغذیه به تمامی دانش آموختگان تغذیه با یکی از مدارک تحصیلی لیسانس تغذیه، فوق لیسانس (اعم از تغذیه، علوم بهداشتی در تغذیه و تغذیه بالینی) و دکترای تخصصی تغذیه (اعم از PHD. MD PHD) اطلاق می‌شود.	



ب-۷-۲	بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود. سطح دو
	❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه بزرگسالان و کودکان^۱ ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در اولین ویزیت ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص با تکمیل فرم پیگیری تغذیه ❖ ارزیابی مجدد تغذیه‌ای بیماران در فواصل زمانی معین و یا در صورت تغییر روش تغذیه، نوع رژیم غذایی بیمار و یا دستور پزشک معالج
	تغذیه حمایتی، تغذیه دهانی، تغذیه وریدی به همراه نوع رژیم مانند دیابتی، اورمیک و سایر موارد بایستی توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه بزرگسالان و کودکان تعیین تکلیف شود. اطلاع رسانی لازم به مشاور تغذیه، بایستی قبل از وعده غذایی اصلی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری صورت پذیرد. ملاک ارزیابی تاریخ تکمیل نمودن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاور تغذیه و زمان ارجاع بیمار می باشد. اطلاع رسانی به موقع به مشاور تغذیه از اهم موضوعات است. لذا عدم اطلاع رسانی به موقع بخش به مشاور تغذیه به معنی عدم اجرای صحیح آن است. وجود برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در پرونده بیمار ملاک ارزیابی نبوده و حداقل تکمیل بخش‌های ارزیابی‌های تن سنجی و تنظیم رژیم غذایی مد نظر است. بخش ارزیابی تغذیه ای در شیت‌های بخش‌های ویژه بایستی توسط پرستار تکمیل شود. مشاور تغذیه با مراجعه به گزارش پرستاری و شیت پرستاری امکان ارزیابی صحیحی از وضعیت تغذیه بیمار خواهد داشت. پیگیری وضعیت تغذیه بیماران مشاوره شده با تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار در فواصل زمانی مشخص ۳ تا ۵ روزه انجام می‌شود و در صورت ماندگاری بیماران بخش ویژه تا ۳ روز و بیماران معمولی تا ۷ روز نیاز به تکمیل فرم پیگیری/ مجدد تغذیه ای است. البته در موارد تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاوژ این زمان ممکن است کوتاه تر باشد. برای آندسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی باشند از روش‌های علمی تخمین وزن و قد (مطابق دستور العمل‌های ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان) استفاده شود بنابر این چارت و جداول مربوطه باید در ایستگاه پرستاری در دسترس پرستاران قرار گیرد. محلول‌های گاوژ دریافت شده می بایست دارای برچسب مشخصات (حداقل شامل: نام بخش- نام بیمار- نوع گاوژ -ساعت تهیه) باشند.
ب-۷-۳	بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود. سطح دو
	❖ شناسایی بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان توسط پزشک در همه بخش‌های بستری ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی
	پس از اطلاع رسانی توسط بخش، مشاور تغذیه حداکثر تا ۲۴ ساعت بایستی فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای بیمار را تکمیل شده باشد. وجود برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در پرونده بیمار کافی نیست و بایستی برگه ارزیابی تخصصی تغذیه به طور کامل تکمیل شده و در نهایت ملاک ارزیابی این استاندارد مطابقت غذای سرو شده برای بیمار با رژیم ثبت شده در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه و غذای ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان است. برای بیماران جدید تحت دیالیز در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک، مشاوره تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام و رژیم غذایی بیمار را تنظیم می نماید. رژیم غذایی درمانی تنظیم شده جهت اجرا در بیمارستان و همچنین در صورت تایید پزشک معالج در منزل تداوم می یابد. پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص متناسب با شرایط بیمار و دستور پزشک معالج با تکمیل فرم پیگیری تغذیه انجام می‌شود. مشاوره تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری/ تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک، انجام می‌شود.

^۱ ICU-PICU



سطح دو	ب-۱-۷-۴ ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	❖ شناسایی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی در ارزیابی اولیه ماما/پزشک ❖ شناسایی کودکان پرخطر در معرض سوءتغذیه، سوختگی، کلیوی، سرطانی در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی توسط پزشک در همه بخش‌های بستری ❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی کودکان پرخطر در معرض سوءتغذیه، سوختگی، کلیوی، سرطانی توسط پزشک ❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره‌های مادران باردار و اطفال توسط ماما/پرستار به مشاور تغذیه ❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای مادر باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ انجام ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی اطفال با استفاده از منحنی‌های رشد ❖ بررسی/تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک ❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده اطفال طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ نظارت ماما بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده مادران باردار طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و مورد تایید پزشک ❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی
	اولویت زمانی در ارزیابی تخصصی تغذیه و انجام مشاوره برای مادران باردار مبتلا به دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی در نظر گرفته شده و رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود. از منحنی‌های استاندارد وزن گیری مادران باردار جهت تعیین وضعیت ابتلا به سوء تغذیه توسط مشاور تغذیه استفاده می‌شود. تنظیم رژیم غذایی برای مادران باردار در موارد دیابت اکلامپسی و پره اکلامپسی توسط مشاور تغذیه انجام می‌شود. تایید و ثبت نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مادر باردار توسط پزشک ثبت مهر و امضاء در پرونده بیمار انجام می‌شود. در موارد درخواست مشاوره از سوی پزشک، علاوه بر تکمیل فرم ارزیابی تخصصی لازم است برگه درخواست مشاوره نیز تکمیل گردد. همچنین پرستار بیمار بایستی مصرف غذا توسط بیمار را بررسی و در صورت بی اشتها یا عدم تمایل به غذا به مشاور تغذیه اطلاع دهد. با توجه به عدم وجود فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ویژه مادر باردار از فرم‌های ارزیابی تخصصی تغذیه بزرگسال استفاده شود. مشاوره تغذیه اطفال با اولویت زمانی برای اطفال مبتلا به سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، سلیاک و بیماری‌های متابولیک مادرزادی و بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری/تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک، انجام می‌شود. کودک و نوجوان به تمامی افرادی اطلاق می‌گردد که در محدوده سنی ۱ ماه تا پایان ۱۸ سال قراردارند. در ایستگاه پرستاری بخش‌هایی که کودک و یا نوجوان بستری می‌شوند بایستی نمودارهای محاسبه BMI بر حسب سن ۵ تا پایان ۱۸ سال (Z-scores) به تفکیک جنس و نمودارهای وزن بر حسب قد کودک زیر ۵ سال (Z-scores) (مطابق با پیوست‌های دستورالعمل و فرم‌های ارزیابی تغذیه ای کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان سال ۱۳۹۷) به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد. در بخش‌هایی که زنان باردار بستری می‌شوند نمودار و جداول وزن گیری دوران بارداری برای مادران بالاتر از ۱۹ سال و نمودار و جداول وزن گیری دوران بارداری برای مادران نوجوان - تک قلوئی بر اساس BMI قبل از بارداری (Z-scores) ۱۰ تا تا پایان ۱۸ سال (مطابق با پیوست‌های کتاب دستورالعمل‌های ارزیابی و پیگیری تغذیه ای بیماران بستری در بیمارستان ویژه بزرگسالان) به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه‌ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد. عدم وجود ترازو و قد سنج استاندارد و کالیبره (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در بخش و یا محل قرار گیری نامناسب ترازو و یا قد سنج نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح تغذیه ای می‌باشد. (برای بیمارانی که قادر به ایستادن هستند)، و در صورت درج وزن تخمینی به دلیل عدم وجود ترازو قد سنج برای این بیماران نمره ای در بر نخواهد داشت. برای آندسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی‌باشند از روش‌های علمی تخمین وزن و قد استفاده شود بنابر این چارت و جداول مربوطه باید در ایستگاه پرستاری در دسترس پرستاران قرار گرفته باشد.



سطح سه	ب-۱-۷-۵ ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه‌های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	- شناسایی ۱۸ بیماری اولویت دار برای ارزیابی تخصصی تغذیه طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در مرحله ارزیابی اولیه پرستار و پزشک - ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک در همه بخش‌های بستری - اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه - انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه - بررسی/ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک - اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک - نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک - نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک - پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی
	ارزیابی تخصصی تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک برای بیماران واجد ۱۸ بیماری اولویت دار انجام شده (با تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه) و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود. ۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هردلیل (NPO- نیاز به تغذیه انترال و پرانترال)، دیابت/ دیابت کنترل نشده در بخش‌های جراحی، فشار خون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، سوختگی، سکت، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری‌های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن^۱ بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است. تمامی بیماران مشاوره تغذیه شده (به جز تغذیه انترال و پرانترال) می‌بایست رژیم مکتوب داشته باشند. همچنین توصیه می‌گردد ۱۸ بیماری الویت دار مشاوره تغذیه به نحو موثر به اطلاع پزشکان رسانده شود. بیماران با دیابت کنترل نشده جز موارد ضروری برای مشاوره تغذیه می‌باشد.
سطح سه	ب-۱-۷-۶ کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه‌ای را بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آورد.
	- بررسی پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه ای در فواصل منظم توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخص‌های تن‌سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی - تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه به بیمار طبق دستور پزشک - در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی و بازنگری مراقبت‌های تغذیه ای بیماران
	پاسخ بیمار به مراقبت‌های تغذیه ای توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخص‌های تن‌سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی انجام می‌شود. تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه براساس تغییر وضعیت تغذیه بیمار طبق دستور پزشک نیز انجام می‌شود. (این موارد باید توسط بخش به مشاور تغذیه اطلاع رسانی گردد). تکمیل فرم‌های پیگیری وضعیت تغذیه در بخش‌های ویژه ۳ تا ۵ روز و در سایر بخش‌ها حداکثر یک هفته پس از اولین ویزیت تغذیه ای، در مواردی هم به تشخیص خود مشاور تغذیه ممکن است تا ثابت شدن وضعیت تغذیه بیمار نیاز به پیگیری روزانه داشته باشد. توصیه می‌شود راهکارهایی جهت پیگیری مراقبت‌های تغذیه ای پس از ترخیص در دوران نقاهت برنامه‌ریزی و انجام شود.

¹ COPD



ب-۱-۸ روند تغذیه بیماران تحت نظارت‌های فنی و تخصصی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب-۱-۸-۱ رعایت اصول تغذیه‌ای در طبخ و توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه بوده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح یک
❖ بررسی کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده در هنگام ورود از لحاظ تغذیه‌ای ❖ نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده سازی مواد غذایی ❖ نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته بندی غذای بیماران ❖ نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا ❖ وجود ترالی‌های گرم خانه دار حمل غذا با شرایط استاندارد ❖ تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم	
منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی متصدی غذا با نظارت کارشناس تغذیه در مراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته بندی، توزیع و سرو غذا در نوبت‌های کاری مختلف (صبح و عصر) می‌باشد. مواد غذایی می‌بایست در ساعات اداری وارد بیمارستان شوند. وسایل و امکانات سالم و استاندارد برای طبخ غذا تامین شود. همچنین برنامه‌ای مشخص برای تعویض و یا سرویس دوره‌ای تجهیزات و ابزار طبخ غذا/جایگزینی و تعویض موارد فرسوده، زیر نظر کارشناس تغذیه با تایید ریاست/مدیریت بیمارستان وجود داشته باشد. برای سنجش کمیت مناسب غذا توزین اتفاقی غذاها توسط متصدی غذا و با نظارت کارشناس تغذیه انجام می‌شود. همچنین عدم نگهداری مواد غذایی داغ در ظروف پلاستیکی، ظروف ترک خورده، شکسته و لب پر، عدم استفاده از ظروف مستعمل و زنگ زده مورد تاکید است.	
➤ شیوه‌های توزیع غذا ۱. توزیع غذا به روش مرکزی، غذا در آشپزخانه بسته بندی شده و با درپوش مناسب داخل ترالی گرمخانه دار قرار داده می‌شوند و به بخش منتقل می‌شود. ۲. توزیع غذا به روش نیمه متمرکز، غذا در ترالی‌های بن‌ماری دار قرار داده می‌شود و در بالین بیمار طبق فهرست سامانه اطلاعات بیمارستانی و مطابق با رژیم غذایی هر بیمار توزیع می‌شود. در شیوه توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل در خصوص غذاهای رژیمی، بایستی برچسب مشخصات، شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم، استفاده شود.	



ب-۸-۲ *	تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (گاوژ) با رعایت اصول بهداشتی و ضوابط مربوط و تحت برنامه‌ریزی کارشناس تغذیه اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی بیماران نیازمند به حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاوژ) ❖ ثبت بیماران نیازمند به حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاوژ) در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط پرستار در هر نوبت کاری و براساس دستور پزشک ❖ تنظیم برنامه گاوژ / تغذیه انترال بیمار توسط مشاور تغذیه و ثبت در برگه ارزیابی تخصصی تغذیه ❖ آماده سازی و تهیه محلول گاوژ با رعایت اصول بهداشتی ❖ انجام گاوژ / تغذیه انترال برای بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق رژیم غذایی تنظیم شده ❖ نظارت کارشناس تغذیه بر مراحل تهیه، توزیع و نوع ظروف تغذیه انترال/گاوژ ❖ تدوین برنامه بهبود/انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم		
در تغذیه روده‌ای و گاوژ بیماران، میزان نیاز بیمار باید بر اساس ارزیابی‌های انجام شده که در فرم‌های تغذیه‌ای موجود در پرونده بیماران ثبت میگردد توسط کارشناس تغذیه بررسی و برآورد می‌شود. در صورت هرگونه تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک (به طور مثال از انترال به تغذیه دهانی یا از تغذیه دهانی به NPO و ...)، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع تغذیه انترال/گاوژ، توسط پرستار به مشاور تغذیه جهت تنظیم رژیم جدید اطلاع رسانی شود. حداقل دو نوع گاوژ تجاری (استاندارد و پر پروتئین) برای بیماران بستری واجد شرایط بایستی در دسترس باشد. محلول گاوژ مورد نیاز در بخش، بایستی با ثبت درخواست در سامانه اطلاعات بیمارستان یا بصورت مکتوب، دریافت گردد. منظور از رعایت اصول بهداشتی مطابق با دستور العمل "سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌ها" است. ➤ نکات مهم در خصوص تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاوژ) ۱. تا زمانیکه بیمار توسط مشاور تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه نشده است مبنای درخواست گاوژ دستور پزشک است. ۲. در صورت استفاده از گاوژ تجاری آماده‌سازی در اتاق گاوژ و یا محیط تمیز با شرایط دور از آلودگی و عفونت در مجاورت بخش‌های مراقبت ویژه انجام شود. ۳. وجود هرگونه گاوژ دستی تهیه شده توسط همراه بیمار و یا هر نوع آبیومنه نشان دهنده عدم مراقبت صحیح تغذیه‌ای بیمار است. ۴. محلول‌های گاوژ دریافت شده می‌بایست دارای برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش، نام بیمار، نوع تغذیه انترال/گاوژ، تاریخ و ساعت تهیه باشند. ۵. اولویت با تهیه و تامین گاوژهای صنعتی می‌باشد و تنها در شرایط بحران و یا تشخیص مشاور تغذیه از گاوژ دست ساز استفاده می‌شود. ۶. در صورت استفاده از فرمولا تجاری می‌توان توسط پرستار آموزش دیده و در اتاق تمیز آماده سازی و استفاده شود. ۷. به هیچ عنوان از گاوژ دست ساز تهیه شده توسط همراه بیمار استفاده نشود. ۸. فرمولای تجاری آماده بسته به نیاز بیمار باید در زمان مورد نیاز توسط پرستار آموزش دیده در محیطی تمیز تهیه شود. ۹. توزیع محلول گاوژ در ظروف استاندارد و مجاز (یکبار مصرف گیاهی درب دار) به بخش‌های مورد نیاز صورت پذیرد. ۱۰. در صورت استفاده از محلول آماده گاوژ استاندارد تجاری، نیازی به استفاده از ظروف یک بار مصرف گیاهی نیست. ۱۱. استفاده از ظروف ویژه ارائه شده توسط شرکت تولید کننده فرمولا (لیوان‌های Shaker) بلامانع است. ۱۲. ثبت برچسب مشخصات بیمار بر روی ظرف گاوژ با تاریخ و ساعت تهیه آن ضروری است. ۱۳. توزیع گاوژ توسط متصدی توزیع غذا به بخش‌ها حداقل دو بار در روز صورت پذیرد. ۱۴. در صورت عدم تحمل گاوژ می‌بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود. ۱۵. در صورت تغییر روش تغذیه توسط پزشک می‌بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود. ۱۶. اصول بهداشتی تهیه محلول گاوژ مطابق طبق دستورالعمل^۱ مربوط رعایت شود. ۱۷. بیماران نیازمند استفاده مصرف محلول گاوژ از سطح ایمنی پایین تری دارند و رعایت استانداردهای بهداشتی و ارائه آموزش‌های لازم ضروری است^۲. وجود فضای مجزا مندرج در کتاب ضوابط خدمات غذایی در مجاورت آشپزخانه با رعایت اصول بهداشتی برای تهیه تغذیه انترال/گاوژ دستی با امکانات لازم شامل دستگاه مخلوط کننده، ترازو، سینک ظرفشویی، سطل زباله درب دار، ظروف یک بار مصرفی گیاهی بایستی پیش بینی و فراهم شود. امکانات مشروحه بایستی به صورت اختصاصی صرفا برای آماده سازی تغذیه انترال/گاوژ دستی استفاده شود.		

^۱ دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی طبخ از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خورده‌نی و آشامیدنی

^۲ کتاب سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستانهای کشور- سال ۹۷



ب-۱-۸-۳	تنوع غذا و توزیع میان وعده برای بیماران با رویکرد حمایت تغذیه ای بیماران برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح سه
- وجود فهرست متنوع غذا شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده، به تفکیک برای همه رژیم‌های غذایی معمولی - وجود فهرست انتخاب غذایی شامل حداقل دو انتخاب برای رژیم‌های غذایی درمانی در هر وعده - آگاهی بیماران از وجود و امکان انتخاب غذا در هر وعده - توزیع سرو غذای بیماران بر اساس انتخاب آن‌ها - تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان وعده حداقل شامل مادران باردار، کودکان، بیماران دیابتیک - توزیع میان وعده‌ها و غذاهای گرم قبل و پس از ساعت عادی سرو غذا - نظارت بر اجرای صحیح تنوع غذایی و توزیع میان وعده توسط کارشناس تغذیه با همکاری مسئول توزیع غذا - تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم		
برنامه غذایی باید برای انواع رژیم‌های غذایی قابلیت اجرایی داشته باشد. مسئول توزیع غذا از بیماران نوع غذای انتخابی را بر اساس برنامه غذایی بیمارستان قبل از وعده اصلی غذایی یا روزانه سوال نموده و برای رژیم‌های غذایی درمانی مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی و سایر رژیم‌ها بسته به بیماری‌های شایع بستری در بیمارستان به تشخیص کارشناس تغذیه تنظیم می‌شود. در بیمارستان‌هایی که مدت اقامت بیمار زیر ۲۴ ساعت می‌باشد و فقط یک وعده در بیمارستان حضور دارند و بیمارستان‌های روانپزشکی این سنجه ارزیابی نمی‌شود. در برنامه غذایی وعده اصلی و میان وعده‌ها ذکر شده باشد برنامه غذایی ویژه کودکان و سالمندان وجود داشته باشد. میان وعده شامل مقدار کمی از غذاست و می‌تواند بخش قابل توجهی از نیازهای تغذیه ای فرد را تا ۱۵۹ کیلوکالری تامین نماید. (شامل: شیر، میوه، فرنی، کیک، بیسکویت و...) جای به تنهایی به عنوان میان وعده محسوب نشده و فاقد ارزش غذایی است. بین توزیع وعده اصلی و میان وعده باید حداقل دو ساعت فاصله زمانی باشد و حداقل دو نوبت متناسب با رژیم غذایی بیماران ارائه شود. کارشناس تغذیه بایستی برنامه‌ای مشخص برای توزیع میان وعده و همچنین تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان وعده رژیم‌های درمانی مانند کتوژنیک، دیابتیک - کلیوی و سایر رژیم‌ها بسته به بیماری‌های شایع بستری در بیمارستان داشته باشد و بر انجام آن نظارت نماید.		
ب-۱-۹	بیمارستان از تامین خدمات توانبخشی برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
ب-۱-۹-۱	نیازهای توانبخشی بیماران شناسایی و برنامه‌ریزی می‌شود.	سطح دو
- شناسایی، برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت توانبخشی برای بیماران دارای ناتوانی جسمی - شناسایی، برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت توانبخشی برای بیماران دارای ناتوانی ذهنی لازم است معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی برای بیماران بستری، تعیین شده و کارکنان درمانی از آن‌ها آگاهی داشته باشند. همچنین بایستی نیازهای توانبخشی بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می‌کنند، شناسایی شود. خدمات توانبخشی حداقل شامل فیزیوتراپی، طب فیزیکی، روانشناسی بالینی، خدمات کاردرمانی، گفتاردرمانی، اپتومتری و ادیومتری حسب سرویس تخصصی فعال بیمارستان و نیاز بیماران بایستی تامین شود. ➤ ازجمله معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی شامل ۱. بیماران پیش‌رونده مغز اعصاب با ناتوانی جسمی - حرکتی و یا اختلال شناختی ۲. بیماران سکتة مغزی فاز تحت حاد ۳. بیماران آسیب‌های نخاعی و آسیب‌های مغزی تحت حاد ۴. کودکان با کم توانی ذهنی - حرکتی ۵. بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می‌کنند ۶. بیماران در مرحله تحت حاد با علائم حیاتی پایدار که نیازمند مراقبت پزشکی و پرستاری ۲۴ ساعته ۷. بیماران با آسیب روحی شدید/ ناگهانی ۸. بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم توانی جسمی		



ب-۹-۲	نیازهای توانبخشی بیماران، توسط تأمین کننده داخل/ خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می‌شود.	سطح دو
❖ ارائه خدمات فیزیو تراپی شناسایی شده با رعایت استانداردهای مربوط در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل حداقل در دو شیفت صبح و عصر ❖ تأمین مشاوره‌های تخصصی طب فیزیکی جهت طرح درمان و هماهنگی در برنامه‌های توانبخشی با رعایت استانداردهای مربوط ❖ تأمین نیازهای بیماران به مداخلات کاردرمانی با رعایت استانداردهای مربوط ❖ تأمین نیازهای بیماران به مداخلات گفتاردرمانی، با رعایت استانداردهای مربوط ❖ تأمین ارتوزها و پروتزهای مورد نیاز بیماران تحت استانداردهای ارتوپدی فنی ❖ تأمین نیازهای بیماران به اپتومتری رعایت استانداردهای مربوط ❖ تأمین نیازهای بیماران به ارزیابی و توانبخشی شنوایی با رعایت استانداردهای مربوط ❖ تأمین خدمات روانشناسی بالینی با رعایت الزامات مربوط ❖ ثبت نتایج ارزیابی بیمار در شروع مراقبت، اقدامات انجام شده و میزان پیشرفت و محدودیت‌های احتمالی هر یک از درمان‌های توانبخشی در پرونده پزشکی بیمار ❖ امکان دسترسی آسان به خدمات توانبخشی بر بالین بیمار یا به بخش توانبخشی، با رعایت الزامات و استانداردهای مربوط و بدون اضطراب و رنج بیمار ❖ وجود تجهیزات و امکانات مورد نیاز جهت انجام خدمات توانبخشی و رعایت موازین و اصول ایمنی بیمار و کارکنان ❖ ارزیابی تأثیر توان بخشی بر روی بیماران شناسایی شده در بخش و ثبت نتایج در پرونده پزشکی بیمار ❖ اخذ مشارکت از بیماران و تعیین نیازهای آموزش خود مراقبتی بیماران نیازمند به مراقبت توان بخشی		
تمامی نیازهای توانبخشی بیماران بایستی توسط بیمارستان یا از طریق خرید خدمات توسط تأمین کننده خارج از بیمارستان در بالین بیماران و داخل بیمارستان با رعایت استانداردهای مربوط تأمین شود. لازم به ذکر است شرایط بالینی بیماران یا شرایط بیمارستان و عدم فعالیت بخش‌های توانبخشی در بیمارستان مانع از ارائه خدمات توان بخشی نیست. در صورت برون سپاری خدمات توان بخشی وجود کارشناس توانبخشی به عنوان ناظر فنی در قرارداد منعقد ضروری است. نقل و انتقال ایمن بیماران از بخش به واحدهای توان بخشی و بالعکس انجام می‌شود و برنامه پیشگیری به منظور جلوگیری از خطر سقوط بیماران وجود دارد و اجرا می‌شود. آموزش‌های خود مراقبتی بیمار به منظور پیشگیری از خطر زخم بستر و سقوط در بخش توسط پرستار مسئول بیمار اجرا می‌گردد. بررسی و تحلیل علل رخداد سقوط و زخم بستر در بیماران دریافت کننده مراقبت توانبخشی انجام می‌گردد. کارشناسان توانبخشی به موقع بر بالین بیماران حضور می‌یابند. پس از دریافت درخواست از بخش‌های بالینی ارائه خدمات از نظر دفعات، زمان اجرا و ناحیه بازتوانی طبق دستور پزشک برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. انجام خدمات توانبخشی درخواستی جهت بیماران به صورت روزانه و براساس درخواست اعلام شده در سامانه اطلاعات بیمارستان صورت می‌پذیرد. تمام موارد مربوط به نتایج ارزیابی بیمار در شروع هر یک از درمان‌های توانبخشی، محدودیت‌های بیمار جهت یادآوری به کادر مراقبتی، برنامه درمان، ارزشیابی درمان ارائه شده (درصد بهبود حاصل شده به بهبود قابل انتظار پزشک معالج)، توصیه‌های بعد از ترخیص، توسط کارشناس مربوطه توانبخشی در پرونده بیمار ثبت می‌شود.		
ب-۹-۳	خدمات توانبخشی مورد نیاز بیماران در تمام نوبت‌های کاری و ایام هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل بدون وقفه ارائه می‌شود.	سطح سه
❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای غیر تعطیل هفته حداقل در دو نوبت کاری صبح و عصر ❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای تعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبت‌های کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات روانشناسی بالینی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبت‌های کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبت‌های کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبت‌های کاری صبح یا عصر ❖ ارائه خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبت‌های کاری صبح یا عصر		
ارائه خدمت توان بخشی حداقل سه ساعت در روز به مدت ۵ روز متوالی در هفته یا پانزده ساعت به طور متناوب در هفته معمولاً برنامه‌ریزی می‌شود.		



ب-۱-۱۰ آموزش بیماران، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن اجرا می‌شود.	سطح
ب-۱-۱۰-۱ در بدو ورود و مراحل تشخیص و درمان، توضیحات و آموزش‌های لازم به بیمار/ همراه ارائه می‌شود.	سطح یک
❖ تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط رئیس بخش و سرپرستار، همسو با سیاست‌های آموزشی مدیرپرستاری ❖ تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار ❖ تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار/همراه ❖ ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک به صورت شفاهی ❖ ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری ❖ ارائه توضیحات و آموزش در صورت لزوم توسط سایر کارکنان بالینی و ثبت در برگه مشاوره در موارد بازتوانی	
آموزش‌ها در بدو ورود به بخش توسط پرستار حداقل شامل آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار است. شیوه‌های آموزش حداقل شامل انواع آموزش چهره به چهره - کارگروهی - فیلم - پوستر - پمفلت یا سایر رسانه‌های آموزشی است. منظور از سایر کارکنان بالینی، فیزیوتراپ، کارشناس تغذیه، رسیپراتوریست، نمونه بردار آزمایشگاه، روانشناس بالینی و سایر زیر گروه‌های پزشکی است.	
➤ حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری ۱. اطلاعات قابل فهم در باره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن ۲. مراحل و طول مدت احتمالی درمان ۳. وجود درمان‌های جایگزین احتمالی ۴. عوارض درمان یا عدم درمان ۵. داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آن‌ها ۶. تغذیه و رژیم درمانی ۷. بازتوانی ۸. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی	
➤ حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری ۱. افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض ۲. پوزیشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل ۳. محدوده/ محدودیت‌های فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل ۴. نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد ۵. مراقبت‌ها/ محدودیت‌های حرکتی با ذکر دلایل ۶. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی	



سطح دو	ب-۱-۱۰-۲ آموزش‌های خود مراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می‌شود.
	❖ تدوین دستورالعمل‌های خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی ❖ ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار بر اساس دستورالعمل ❖ ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری توسط پزشک بر اساس دستورالعمل ❖ ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل ❖ ارائه آموزش‌های خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعمل خودمراقبتی مجموعه‌ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزش‌های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده‌اش حفاظت نماید. آموزش‌های خود مراقبتی متوجه و متمرکز بر تغییر روش زندگی و آموزش اثر بخش در حیطه‌های نگرشی و ترک عادت‌های مضر برای سلامت و تمرین و استمرار در اتخاذ روش‌های بهداشتی، تغذیه‌ای، فیزیکی، ذهنی/ روانی و سایر رفتارهای شخصی برای زندگی سالم تر و حمایت از برنامه‌های پیشگیری و درمان و بهبود شاخص امید به زندگی و کاهش هزینه‌های سلامت در جامعه است. آموزش‌های خود مراقبتی محل اصلی ایفای نقش بیمارستان در بحث ارتقای سلامت بیماران است. نیازسنجی دقیق و برنامه‌ریزی صحیح و اجرای اثر بخش آموزش‌های خودمراقبتی متضمن اثربخشی بسیاری از هزینه‌های صرف شده برای درمان بیماران نیز هست. خودمراقبتی یک باور و مهارت انطباق بیمار با شرایط جدید زندگی است. از این منظر آموزش‌های خودمراقبتی بسیار پیچیده‌تر از آموزش‌های عمومی بدو ورود و حین بستری در زمینه بیماری است. لذا انتظار می‌رود بیمارستان به عنوان یکی از مهمترین و تاثیر گذارترین سازمان‌های سلامت محور در این زمینه برنامه‌های آموزشی موثر و مبتنی بر شواهد طراحی و ارائه نماید. برای این مهم لازم است، دستورالعمل‌های آموزش خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی تدوین شده و بر اساس آن آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص ارائه شود. ارائه آموزش‌های خود مراقبتی ترخیص، ساعاتی زودتر از زمان ترخیص و در راستای آموزش‌های خود مراقبتی حین بستری ارائه شود. ➤ تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی متشکل اعضای ذیل برای برنامه‌ریزی و اجرای دقیق آموزش بیماران توصیه می‌شود ۱. رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان) ۲. سرپرستار بخش ۳. سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت ۴. مسئول آموزش به بیمار یادآوری بسیار مهم! آموزش بیمار بخشی از مراقبت‌های پزشکی و پرستاری است و به هیچ وجه نبایستی با تعیین مسئول آموزش بیمار، این مأموریت مهم از وظایف تک تک پزشکان و پرستاران خارج شود. این مهم در امر پیشگیری و کنترل عفونت، ایمنی بیمار، کنترل کیفیت و سایر اصول مراقبت و درمان هم می‌شود. این مسئولان صرفاً ناظر و هماهنگ کننده کیفیت هستند و استقرار کیفیت و ارائه خدمات با کیفیت وظیفه تک تک کارکنان شاغل در امر مراقبت و درمان بیماران است. در صورت اثبات رویه غلط مسئولیت اجرای این نوع مأموریت‌ها توسط یک فرد معین در بیمارستان بسیاری از استانداردهای مرتبط امتیازی کسب نخواهند نمود.



سطح سه	ب-۱-۱۰-۳ اثربخشی آموزش‌های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	❖ تعیین مسئول آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی و صدور ابلاغ، از سوی مدیر خدمات پرستاری ❖ نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر اجرای دقیق آموزش برنامه‌های خود مراقبتی توسط پزشک و پرستار در مراحل بستری و ترخیص بیمار ❖ نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزش‌های بدو ورود و حین بستری توسط پزشک و پرستار ❖ نظارت مستمر سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و عملکرد مسئول آموزش به بیمار از طریق بازدیدهای سرزده و ارزیابی اثربخشی آموزش بیماران ❖ ارزیابی میزان اثر بخشی آموزش از طریق بررسی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش‌های دریافتی در زمینه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی ❖ ارسال گزارش به مدیریت پرستاری در خصوص میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خود مراقبتی ارائه شده به بیماران توسط سرپرستار ❖ طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه ارتقای اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خودمراقبتی بیماران
	فرایند آموزش به بیماران با محوریت و سیاست گذاری مدیریت خدمات پرستاری برنامه‌ریزی و با هدایت، برنامه‌ریزی و نظارت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت مسئول آموزش بخش، سرپرستار و تمامی پرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی اجرا می‌شود. در همین راستا و به منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفیت آموزش بیماران، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان در هر بخش بالینی مسئول آموزش بیمار تعیین می‌شود. سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت در تعامل مستمر با ایشان بوده و با هماهنگی سرپرستاران و روسای بخش، روند آموزش عمومی و خود مراقبتی بیماران طراحی، اجرا و ارزیابی اثربخشی می‌شود. اثر بخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، براساس روش‌های معتبر ارزیابی می‌شود. به عنوان مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی در آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی می‌شود و در حیطه‌های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار بیمار از طریق مشاهده ملاک ارزیابی اثربخشی آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی است. مثال دیگر در حیطه تغییر رفتار بیمار است که از طریق ارزیابی نا محسوس عملکرد بیماران درمورد نحوه/میزان راه رفتن بیمار پس از عمل جراحی و یادگیری و پذیرش آموزش‌های ارائه شده از سوی بیمار است.
	➤ ده توصیه مهم برای دستیابی به آموزش اثربخش و یادگیری/ تغییر رفتار بیماران ۱. آموزش‌ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون تبادر احساس تعجیل به بیمار ارائه شود. ۲. هرگونه موانع ارتباطی محیطی یا شخصی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی‌ها / ویژگی‌های خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند. ۳. شیوه‌ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب/ بیمار/ همراه طراحی و اجرا شود. ۴. از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود. ۵. هرگز از واژه‌های تخصصی در آموزش بیمار استفاده نشود. ۶. از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه می‌تواند در تقویت ارتباط با بیمار کمک کند، استفاده شود. ۷. ضمن پایبندی به محتوای علمی آموزش از جملات کلیشه‌ای/ تکراری و از پیش تعیین شده (بیان طوطی واری) استفاده نشود. ۸. از مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت اندیشی، امید بخشی و حمایت در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود. ۹. ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط با بیمار باشد. ۱۰. قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی بیمار اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع بندی نهایی آموزش برای بیمار مجدداً تکرار شود.
	➤ اهم وظایف مسئول آموزش بیمار در بخش ۱. انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت بیمارستان ۲. انجام نیازسنجی آموزشی بیماران در دو حیطه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی و بیماری‌های شایع با هماهنگی سرپرستار و سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت ۳. اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران بخش در چارچوب سیاست‌های آموزشی مدیر پرستاری با هماهنگی سرپرستار و سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت ۴. مشارکت در طراحی برنامه‌های آموزش عمومی بیماران در بدو ورود و حین بستری و ترخیص مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده ۵. مشارکت در تدوین دستورالعمل‌های آموزش خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان ۶. نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزش‌های بدو ورود و حین بستری توسط پزشکان و پرستاران ۷. نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر اجرای دقیق آموزش برنامه‌های خود مراقبتی توسط پزشکان و پرستاران در مراحل بستری و ترخیص بیمار ۸. برنامه‌ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت‌های و جزوات آموزشی و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی برای بیماران بخش و بیماری‌های شایع در هر بخش ۹. ارزیابی و تعیین میزان اثربخش بودن آموزش‌های عمومی ارائه شده (حداقل سه ماه یکبار) ۱۰. مشارکت در اجرای آموزش‌ها عمومی و خودمراقبتی برای بیماران تحت مراقبت خود



ب-۱-۱۱ مراقبت و درمان بیماران در بخش‌های مختلف به صورت متوازن و قابل مقایسه ارائه می‌شود.		سطح
ب-۱-۱۱-۱ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از مراقبت‌های پرستاری با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.		سطح دو
❖ توزیع متوازن کارکنان پرستاری مورد نیاز در بخش‌ها جهت ارائه خدمات پرستاری. ❖ اطلاع رسانی روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های مرتبط با ارائه خدمات پرستاری به تمامی بخش‌ها / واحدهای مرتبط. ❖ آگاهی کارکنان پرستاری در تمامی بخش‌ها / واحدها از دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با ارائه خدمات پرستاری. ❖ اجرای یکسان و متوازن روش‌های اجرایی و دستورالعمل‌های مرتبط با ارائه خدمات پرستاری در بخش‌ها ❖ ارائه سطوح قابل مقایسه مراقبت‌های پرستاری متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف ❖ توازن کیفی در مراقبت‌های پرستاری به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخش‌های مختلف		
توزیع متوازن کمی و کیفی منابع انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات پرستاری در بخش‌ها بر اساس تعداد تخت‌ها و میزان حجم کاری نوع و سطح مراقبتی بیماران در هر بخش با تشخیص مدیر پرستاری صورت می‌پذیرد.		
ب-۱-۱۱-۲ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از مراقبت‌های پزشکی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.		سطح دو
❖ دسترسی و حضور منظم پزشکان معالج بر اساس برنامه تنظیمی در همه بخش‌ها ❖ وجود برنامه آنکالی / مقیمی پزشک متخصص در همه بخش‌ها و توازن کیفی در نحوه عملکرد آن‌ها در بخش‌های قابل مقایسه ❖ ارائه مراقبت‌های تشخیصی درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخش‌های مختلف و قابل مقایسه ❖ توازن کیفی در مراقبت‌های پزشکی به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخش‌های مختلف		
دسترسی بیماران به پزشک معالج/ پزشک جانشین ذیصلاح برای تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل و غیر تعطیل ملاک ارزیابی این سنجه است.		
ب-۱-۱۱-۳ در بخش‌های قابل مقایسه، بیماران از تجهیزات و امکانات تشخیصی درمانی با سطح یکسان و متوازن برخوردار هستند.		سطح سه
❖ توزیع متوازن تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات تشخیصی درمانی، مراقبتی در بخش‌های قابل مقایسه ❖ سرویس دوره‌ای و کالیبراسیون تجهیزات موجود در بخش‌ها / واحدها بطور یکسان توسط مهندسی تجهیزات پزشکی ❖ توازن کیفی در روز آمدی و استفاده از تکنولوژی‌های نوین در تجهیزات پزشکی تامین شده برای بخش‌های مشابه و قابل مقایسه هرگونه خرید/ ارتقای تجهیزات پزشکی با رویکرد عدالت و توازن کیفی در ارائه خدمات بین بخش‌های قابل مقایسه برنامه‌ریزی و انجام شود.		



ب-۱-۱۲ ترخیص بیماران به صورت ایمن برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح
ب-۱-۱۲-۱ * ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می‌شود.	سطح یک
- اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی‌نیازی او به استمرار مراقبت‌های بیمارستانی/ جایگزینی سایر شیوه‌های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان - ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص - ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت‌کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل - مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک بیمارستان - نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال - مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص - آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص - شناسایی و برنامه‌ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت‌های توانبخشی - شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و پرخطر و پی‌گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص - شناسایی بیماران/ مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی	
استفاده از ابزارهای استاندارد مانند^۱ SMART برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود. آموزش "مراقبت از خود"، درمان‌های نگاه‌دارنده، پی‌گیری/مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب همچنین در موارد ترخیص با میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه موقت می‌گردد. ترخیص ایمن مفهومی همه‌جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است. ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است. شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و پرخطر بر اساس سنجش‌های ب-۱-۴ و ب-۱-۳ صورت می‌پذیرد.	
ب-۱-۱۲-۲ در زمان ترخیص، خلاصه پرونده و مستندات مورد نیاز جهت ادامه روند درمان در اختیار بیماران قرار داده می‌شود.	سطح یک
- تکمیل خلاصه پرونده قبل از ترخیص بیمار توسط پزشک معالج/ جانشین ذیصلاح - ارائه نسخه ای تکمیل شده و خوانا از خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص - بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده بیمار	
پزشک جانشین ذیصلاح در این سنجش صرفاً در مراکز آموزشی درمانی و دستیار ارشد سرویس تخصصی مربوط است در سایر بیمارستان‌ها صرفاً پزشک معالج بایستی ترخیص ایمن را مدیریت و هدایت نماید. داده‌های خلاصه پرونده بیمار حداقل شامل شکایت اصلی بیمار علت پذیرش/بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارائه شده، داروها، و نحوه انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار است.	

^۱ SMART Tool(Signs, Medications, Appointments, Results, Talks)



سطح دو	ب-۱-۱۲-۳ آموزش‌های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	❖ ارائه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران ❖ ارائه دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص توسط پزشک معالج ❖ ارائه اطلاعات و آموزش‌های لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار ❖ ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران بایستی طبق دستورالعمل و روش‌های تعیین شده در چارچوب سیاست‌های آموزشی ابلاغی مدیریت خدمات پرستاری ارائه شود. استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود ➤ دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص حداقل شامل ۱. محدوده / میزان فعالیت‌های فیزیکی ۲. تغذیه و رژیم درمانی ۳. نحوه مصرف دارو ۴. برنامه بازتوانی و مراقبت‌های توانبخشی ۵. زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه/ بیمارستان ۶. علائم/ نشانه‌های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان ۷. سایر موارد به تشخیص پزشک معالج
سطح دو	ب-۱-۱۲-۴ * نتایج معوقه بررسی‌های پاراکلینیک، پس از ترخیص به بیمار اطلاع رسانی می‌شود.
	❖ تصویب دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ ابلاغ دستورالعمل فوق به بخش‌ها/ واحدهای پاراکلینیک و بالینی اعم از سرپایی ❖ برنامه‌ریزی برای اخذ اطلاعات تماس معتبر از بیماران حین پذیرش و قبل از ترخیص ❖ آگاهی کارکنان از دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک و اقدام بر اساس آن ❖ پایش اجرای اثربخش دستورالعمل و در صورت لزوم طراحی اقدام اصلاحی موثر با پیگیری کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار ❖ آموزش بیمار قبل از ترخیص در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی این دستورالعمل واحدها/ بخش‌های آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافتی و تصویربرداری را در برمی‌گیرد. ➤ حداقل‌های مورد انتظار در دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک ۱. نحوه ایفای نقش واحدها/ بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و تصویربرداری در اجرای دستورالعمل ۲. تفکیک بین نتایج بحرانی، انواع غیر بحرانی و نتایج نرمال ۳. دسته بندی اولویت و فوریت اطلاع رسانی برای هر یک از نتایج مورد اشاره ۴. تعیین بخش/ واحد مسئول برای اطلاع رسانی به موقع ۵. تعیین نحوه، ابزارها و روش‌های اطلاع رسانی لازم به توضیح است که فرایندهای انجام و اطلاع رسانی بررسی‌های پاراکلینیک، اقدامات پرستاری پس از دریافت نتایج و اقدامات و ملاحظات پزشکی به گونه‌ای طراحی و اجرا گردند که معوق شدن نتایج بررسی‌های پاراکلینیک به حداقل ممکن برسد. همچنین در خصوص شناسایی بیماران با احتمال ترک غیر مترقبه بیمارستان مانند موارد خروج افراد با اختلال ذهنی و روانپزشکی/ فرار/ ترخیص با میل شخصی برنامه‌ریزی به عمل آید. اینگونه بیماران بایستی از بدو پذیرش تحت ملاحظات مدیریتی و مراقبتی ویژه قرار گرفته و درخصوص امکان پیگیری بیمار به ویژه در موضوع اطلاع رسانی نتایج معوقه بحرانی اطمینان حاصل شود.
سطح سه	ب-۱-۱۲-۵ ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از ادامه روند درمان طبق دستورات/ آموزش‌های پزشک/ پرستار در زمان ترخیص ❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های خود مراقبتی و ارائه آموزش‌های تکمیلی پس از ترخیص ❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های بازتوانی و ارائه خدمات توانبخشی به بیمار پس از ترخیص ❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های مراجعه بعدی و ارائه خدمات سرپایی به بیماران پس از ترخیص ❖ ایجاد سامانه‌های پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت تمامی موارد پیگیری بایستی به صورت فعال برنامه‌ریزی و انجام شود. پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص کفایت نمی‌نماید.



ب-۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.		سطح
ب-۲-۱-۱ * استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نمی‌شود.		
❖ اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیر اورژانسی		
❖ وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی بدون مخدوش نمودن ارائه خدمات به بیماران در انتظار بستری بخش‌های ویژه		
استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانس بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد.		
ب-۲-۲-۲ * نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.		سطح یک
❖ ارزیابی بیماران در انتظار بستری در بخش‌های ویژه قبل از انتقال توسط متخصص مربوط		
❖ انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل		
حداقل نکات مورد توجه همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسی‌متر پرتابل) اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار و حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار است.		
ب-۲-۱-۳ مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.		سطح یک
❖ تدوین خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" با مشارکت صاحبان فرایند		
❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش		
❖ مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد در بخش‌های ویژه و خارج از بخش‌های ویژه		
مراقبت و مانیتورینگ شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس اکسی‌متری) است. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص‌های عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی و واکنش و حساسیت تیم رهبری و مدیریت به نتایج پایش این شاخص قابل ارزیابی است. بدیهی است با توجه به تفاوت بخش‌های ویژه حتی در یک بیمارستان، مقادیر مطلق نرخ مورتالیتی مد نظر این استاندارد نیست. بلکه روند این شاخص در بازه‌های زمانی در یک بخش ویژه ارزیابی می‌شود.		
در خصوص نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مراقبت‌های تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزادان و انجام معاینه چشم نوزادان برنامه‌ریزی و انجام شود. کیفیت مراقبت از نوزادان با استفاده از برخی شاخص‌های عملکردی قابل ارزیابی است. از جمله پایین بودن نرخ مرگ در نوزادان نیازمند تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم موید کیفیت مراقبت نوزادان پرخطر است. خط مشی و روش "مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" شامل برنامه‌های مراقبتی برای بیماران حاد در انتظار بستری بخش‌های ویژه هم می‌شود.		
ب-۲-۲-۴ * اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل می‌شود.		سطح دو
❖ تدوین خط مشی و روش "نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه" با مشارکت صاحبان فرایند		
❖ آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش		
❖ پذیرش و ترخیص بیماران در بخش‌های ویژه بر اساس خط مشی و روش		
این خط مشی و روش با توجه به کمبود تخت‌های ویژه در اغلب بیمارستان‌ها نقش به سزایی در اولویت بندی ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران حاد و بحرانی دارد. لذا مشارکت تمامی متخصصین در تدوین آن بر مبنای منابع معتبر علمی و شرایط بومی بیمارستان بسیار راه گشا می‌باشد. همچنین در این خط مشی و روش لازم است، نحوه و اندیکاسیون‌های پذیرش و ترخیص نوزادان در بخش‌های ویژه تبیین شود.		