



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

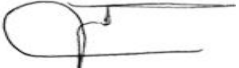
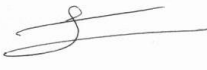
صفحه: ۱

کتابچه دستورالعمل ها



کتابچه

دستورالعمل های بیمارستان

	مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
	مدیر فدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
	مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
	رئیس بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

زمستان ۱۳۹۶

کتابچه دستورالعمل ها

فهرست

۱. نظارت بر عملکرد پیمانکاران..... ۵
۲. راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی..... ۶
۳. ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها..... ۸
۴. کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم های تأمین کننده برق اضطراری..... ۹
۵. تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه..... ۱۱
۶. فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث..... ۱۳
۷. نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه..... ۱۶
۸. فعال سازی روش های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه..... ۱۷
۹. محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها..... ۱۸
۱۰. انبارش ایمن..... ۱۹
۱۱. نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران..... ۲۱
۱۲. نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان..... ۲۳
۱۳. آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی..... ۲۵
۱۴. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی..... ۲۶
۱۵. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز..... ۲۹
۱۶. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپ ها..... ۳۱
۱۷. اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری..... ۳۴
۱۸. اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان..... ۳۹
۱۹. احیاء قلبی ریوی..... ۴۱
۲۰. نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل..... ۴۳
۲۱. نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق عمل..... ۴۴
۲۲. نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه..... ۴۶
۲۳. انبارش ایمن داروها..... ۴۷

کتابچه دستورالعمل ها

۲۴. اصول استفاده از انواع داروهای MULTIPLE DOSE ۵۰
۲۵. نگهداری و بروزرسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی ۵۵
۲۶. نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها / واحدها ۵۷
۲۷. نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس ۵۹
۲۸. تفکیک در مبدا پسماند عفونی ۶۱
۲۹. تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده ۶۳
۳۰. تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی ۶۵
۳۱. تفکیک در مبدا پسماندهای عادی ۶۷
۳۲. جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند درون بخشها ۶۸
۳۳. بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده ۶۹
۳۴. دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی ۷۰
۳۵. نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند ۷۱
۳۶. کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها ۷۲
۳۷. شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ، ابزار و وسایل ۷۴
۳۸. گندزدایی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد ۷۵
۳۹. نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخشها ۷۶
۴۰. رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباسها و ملحفه های آلوده ۷۸
۴۱. احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباسها و ملحفه های کثیف ۷۹
۴۲. ذخیره توزیع و تحویل لباس/ملحفه تمیز ۸۰
۴۳. استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت ۸۲
۴۴. نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی ۸۴
۴۵. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود ۸۶
۴۶. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود ۸۷
۴۷. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود ۸۸
۴۸. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود ۸۹
۴۹. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود ۹۰

کتابچه دستورالعمل ها

۵۰. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می شود..... ۹۶
۵۱. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود..... ۹۸
۵۲. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی..... ۹۹
۵۳. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی..... ۱۰۱
۵۴. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی..... ۱۰۳
۵۵. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار..... ۱۰۵
۵۶. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون..... ۱۰۷
۵۷. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش پاتولوژی..... ۱۰۹
۵۸. کنترل کیفی ابزار پایه شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی..... ۱۱۰
۵۹. نحوه استفاده از مواد حاجب..... ۱۱۱
۶۰. حفاظت از اموال گیرنده خدمت..... ۱۱۳
۶۱. انجام آزمایش های سازگاری از جمله: **ANTIBODY SCREENING** و **CROSS MATCH** خون و فرآورده های خونی ۱۱۴
۶۲. انجام آزمایش های تعیین گروه **ABO** گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش **RH(D)** به روش لوله ای ۱۱۶
۶۳. انجام آزمایش های جستجوی انتی بادی های غیرمنتظره، انجام آزمایش انتی گلوبین مستقیم ۱۱۸
۶۴. تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز های حساس شده..... ۱۱۹

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۲	۶	سنجه	۲	کد سند	INS-EM-۰۱
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱. نظارت بر عملکرد پیمانکاران

کام های انجام کار:

۱. بازدید های دوره ای درمورد قراردادهای دارای ناظر فنی توسط ایشان و در قرارداد هایی که ناظر فنی تعیین نشده توسط امور عمومی انجام می گردد.
۲. چک لیست ارزیابی عملکرد توسط امور عمومی و ناظرین مربوطه به صورت ماهیانه تکمیل می گردد.
۳. بررسی و کنترل عملیات انجام شده توسط امور عمومی بیمارستان به امور مالی گزارش گردد.
۴. کسر کسورات قانونی از مبلغ قرارداد (باتوجه به درصد گواهی شده از طرف امور عمومی) توسط امور مالی انجام گردد.
۵. بررسی مدارک ضمیمه سند حسابداری از قبیل لیست بیمه و مالیات توسط امور مالی انجام می گردد.
۶. در صورت عدم رعایت مفاد قرارداد از طرف پیمانکار، فسخ قرارداد مطابق مواد قرارداد توسط امور حقوقی پیگیری می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه علوم پزشکی، قانونی مالیاتهای مستقیم، قانون تامین اجتماعی

حسابدار، متصدی دفتری

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۳	سنجه	۳	کد سند	INS-RM-۰۱
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲. راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی

گام های انجام کار:

۱. کلیه تابلوهای برق، وسایل و تجهیزات الکتریکی باید توسط تکنسین های واحد تاسیسات به سیستم ارت متصل گردند و از پریزهای ارت دار استفاده شود.
۲. توسط تاسیسات بیمارستان و شرکت پیمانکار سیستم ارت تجهیزات و بخش ها به صورت دوره ای تست شده و مستندات آن ثبت می گردد.
۳. در تیم مدیریت ساختمان و تاسیسات فرآیند بازدید دوره ای تمامی قسمت های ساختمان و تاسیسات براسا موارد ذیل تدوین و اجرا گردد:
 - اصول ایمنی در ساختمان و تاسیسات رعایت شود.
 - هر نارسایی، اتفاق یا حادثه ناخواسته از طریق سیستم گزارش دهی اتفاقات و حوادث ناخواسته به فرد یا کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا گزارش گردد.
 - جهت انجام تعمیرات اورژانسی به خاطر جلوگیری از صدمات بیشتر و کاهش آسیب به دلیل تاخیر در انجام به موقع تعمیر و رفع عیب توسط مسئول تاسیسات اولویت بندی صورت گیرد.
 - از مخازن سوخت و گاز و دستگاه اکسیژن ساز و سانترال اکسیژن بازدیدهای منظم بعمل آید و مستندات آن ثبت گردد.
 - تمامی تابلوهای برق بیمارستان مجهز به قفل مناسب باشد و توسط پرسنل تاسیسات بررسی شود.
 - بایستی کلیه کپسول های اکسیژن داخل بخش ها توسط مهار به دیوار مناسب فیکس شده باشد.
 - بایستی کلیه راه های منتهی به پشت بام ها و موتورخانه ها توسط درب آهنی مسدود شده باشد و از ورود افراد متفرقه جلوگیری به عمل آید.
 - مصالح لوله کشی تاسیسات گرمایشی، سرمایشی و تهویه مطبوع باید با الزامات استاندارد انتخاب و کنترل شوند و بایستی روی هر قطعه لوله و دیگر اجزای لوله کشی مارک کارخانه سازنده، استاندارد مورد تایید روی آن نقش شده باشد و به تایید مسئول تاسیسات رسانده شود.
 - جنس لوله ها براساس دما و فشار و نوع سیال داخل لوله ها از نوع فولادی، مسی و پلاستیکی انتخاب شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- جنس لوله های آب سرد و گرم تهویه مطبوع داخل ساختمان تا قطر ۶ اینچ از جنس فولادی سیاه نوع درزدار با وزن متوسط انتخاب شود.
- اتصالات تا ۲ اینچ برای لوله کشی بخار با استانداردهای مذکور ولی از نوع بدون درز استفاده شود و ۵/۲ اینچ و بالاتر از نوع فیتینگ های جوشی استفاده شود.
- در صورت استفاده از لوله های مسی از نوع بی درز و حداکثر تا قطر ۵۴ میلی متر استفاده شود و در سیستم های گرمایی که دمای کار سیستم بیش از ۱۲۰ درجه سانتی گراد (مانند لوله کشی بخار) نباید استفاده شود.
- لوله های پلاستیکی هم در تاسیساتی که حداکثر دمای آن ها ۹۰ درجه سانتی گراد است استفاده شود.
- به منظور بالا بردن عمر لوله ها و حمایت سطوح لوله ها در برابر پوسیدگی، کلیه لوله های آب سرد و گرم با عایق پشم شیشه پوشانده شوند و ترجیحا روی آن ها با روکش آلومینیومی عایق پیچی شود.
- هنگام تعمیرات ساختمانی و عبور دادن لوله های آب از سقف های کاذب مسیرهای انتخاب گردد که بعدا در صورت بروز نقص در سیستم لوله کشی و یا بروز نشتی و پوسیدگی، دسترسی به آن ها آسان باشد (ارتفاع سقف کاذب مناسب باشد).
- اتصالات لوله ها از نوع مقاوم و انعطاف پذیر انتخاب شوند.
- لوله های بخار داخل سقف کاذب با یک الی دو اینچ عایق پشم شیشه با روکش آلومینیوم عایق پیچی شوند و لوله های اصلی واقع در سقف طبقه همکف و در اتاق های هوا رسان و موتورخانه با عایق پشم شیشه پیش ساخته با روکش متقال ووماستیک و رنگ روغنی پوشش داده شود.
- انتخاب شیرآلات برای لوله کشی آب سرد و گرم و تهویه مطبوع و بخار با توجه به فشار کار و دمای سیستم انجام گیرد.
- اتصال لوله های پلاستیکی باید از نوع فشاری یا دنده ی باشد. در لوله های مسی اتصال باید از لحیمی باشد و در نقاطی که اتصال باید قابل باز کردن باشد باید از نوع فشاری باشد.
- در صورت اتصال دو فلز ناهمجنس، اتصال باید با واسطه فیتینگ، برنجی یا برنزی صورت گیرد، با یک واشر لاستیکی یا سربی دو قطعه فلزی ناهمجنس را از هم جدا کند.
- در لوله های فولادی تا قطر ۵۰ میلی متر، اتصال باید از نوع جوشی باشد.
- لوله ها و دیگر اجزای لوله کشی نباید در تماس مستقیم با مصالح ساختمانی قرار گیرند و در صورتیکه دفن قسمتی از لوله کشی در اجزای ساختمان ضروری باشد، باید امکان انبساط و انقباض و دسترسی به لوله ها فراهم شود.
- اگر قسمتی از لوله کشی در محوطه ساختمان، یا در فضای ساختمان که گرم نمی شود نصب شود، باید با عایق گرمایی با ضخامت مناسب در برابر یخ زدگی و فرسودگی محافظت شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان - چک لیست های مرتبط با اعتباربخشی واحد تاسیسات بیمارستان_مسئول تاسیسات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۳	سنجه	۴	کد سند	INS-RM-۰۲
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳. ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها

گام های انجام کار:

۱. دو طرف رمپ ها و سطوح ناهموار حفاظ و دستگیره در سطح دیوار جانبی داشته باشد و توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا بازدیدهای دوره ای انجام شود.
۲. کلیه تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط مدیریت خطر، بازدید و از استحکام آن ها اطمینان حاصل شود.
۳. جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات بر روی بیماران همه آن ها به شیوه ای ایمن و استاندارد فیکس شده باشند.
۴. سقف و دیوار اطاقهایی که بر اثر نشت آب باران یا کولر ها دچار نم زدگی و یا ترک شده و احتمال سقوط مصالح از سقف و یا دیوار بر روی افراد وجود دارد سریعاً مرمت گردیده و ایزوگام پشت بام نیز ترمیم شود.
۵. کلیه سیمکشی روکار دیوارها دارای داکت و پوشش مناسب باشد.
۶. در بخش های بستری و سرپایی برای بیماران در فواصل مناسب دستگیره های کنار دیوار برای پیشگیری از سقوط تعبیه شده است.
۷. نرده پلکان برای تمام پله ها بایستی موجود باشد.
۸. پیش بینی پله فرار در بیمارستان توسط مدیریت خطر و مسئول تاسیسات صورت گیرد.
۹. سطوح رمپ ورودی بخش ها و محوطه بیمارستان مشبک باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان- خط مشی های مربوط به واحد تاسیسات و ساختمان (براساس استانداردهای اعتباربخشی)

تجهیزات حفاظتی- نیروی تاسیسات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۴	سنجه	۳	کد سند	INS-RM-۰۳
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴. کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم های تأمین کننده برق اضطراری

کام های انجام کار:

به منظور برقراری بی وقفه جریان الکتریکی و حفظ عملکرد ژنراتورها و اطمینان از تامین نیازهای مرکز در موارد قطع برق شهری این دستورالعمل تهیه گردیده است.

۱. دیزل ژنراتورها و کلیه سیستم های برق اضطراری باید دارای شناسنامه مشخص باشند و براساس چک لیست به صورت منظم عملکرد دستگاه مورد ارزیابی قرار گیرد و سوابق تعمیراتی دستگاه ها حتما به صورت مستند در واحد تاسیسات وجود داشته باشد.

۲. دیزل ژنراتورها طبق چک لیست در واحد تاسیسات (هفته ای) توسط پرسنل تاسیسات و با نظارت مسئول تاسیسات کنترل می شوند و چک لیست های مربوطه ثبت و بایگانی می شود.

۳. موارد زیر باید به صورت روزانه توسط پرسنل تاسیسات چک شود و در صورت وجود هرگونه اشکال، در قسمت ملاحظات و یا نوع مشکل چک لیست ثبت شود و سریعاً به مسئول تاسیسات گزارش شود تا مشکل پیش آمده مرتفع شود و در صورت عدم رفع توسط تکنسین های تاسیسات ضمن اطلاع به مدیریت بیمارستان از تعمیرکاران مجاز جهت سرویس و تعمیر دستگاه ها کمک گرفته شود:

❖ میزان فشار روغن موتور، کنترل آب رادیاتور و آب باتری ها، اتصالات باتری ها، کنترل ولتاژ باتری ها، درجه حرارت آب و المنتهای حرارتی، کنترل هیتر ژنراتور، تابلوهای برق و بررسی فیوز های فشنگی، صدای غیرعادی و ثبت لرزش های دستگاه، بررسی سیستم آلام و اعلام خطر

بازدید های هفتگی:

۱. بررسی و بازدید روغن موتور دیزل و اطمینان از مناسب بودن کمیت و کیفیت روغن موتور (تعویض روغن طبق دستورالعمل فنی کارخانه سازنده)

۲. نظافت سطوح دیزل ژنراتورها توسط پارچه تنظیف و برس مویی

۳. بررسی و کنترل و بازدید عدم نشی روغن از قسمت ها و قطعات مختلف موتور دیزل

۴. بازدید و کنترل و بررسی وضعیت باطری های ژنراتور و اطمینان از مناسب بودن وضعیت آن ها

۵. دیزل ژنراتورها حداقل هفته ای یکبار و به مدت نیم ساعت روشن شوند تا از کارکرد صحیح آن ها اطمینان حاصل شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۶. کنترل سیستم تهویه اتاق دیزل شامل فن های خنک کننده دیزل و لوله های اگزوز از نظر عملکرد

بازدیدهای ماهیانه:

۱. فیلتر روغن پس از سه مرتبه تعویض روغن حتما تعویض می گردد.
۲. کنترل و بازدید و بررسی ضربه گیر بین پایه و فوندانسیون دیزل ژنراتور و اطمینان از سالم بودن آن ها
۳. کنترل و بازدید از فیلترهای هوا، روغن و گازوئیل و تعویض آن ها طبق دستورالعمل کارخانه سازنده
۴. کنترل مخزن سوخت دیزل ها به صورت ماهانه و گزارش میزان سوخت موجود و محاسبه میزان سوخت روزانه و هفتگی دیزل ژنراتورها توسط مسئول تاسیسات
۵. کنترل میزان ضدیخ در فصول سرد

رعایت سایر نکات ایمنی:

۱. موقع شارژ منبع سوخت دیزل ژنراتور از ریخته شدن گازوئیل بر بدنه دیزل ها اجتناب شود.
 ۲. ساعت کارکرد ژنراتورها در کنار دستگاه موجود باشد و ثبت گردد.
 ۳. از قرار دادن مواد قابل اشتعال در کنار دیزل ها اجتناب گردد.
 ۴. در هنگام کار دیزل ها به منظور جلوگیری از گرم شدن آن ها و خروج گازهای سمی ناشی از کارکردن ژنراتورها بایستی درب اتاق ژنراتورها باز گردد.
 ۵. تابلو ژنراتور بررسی شود و از قرار گرفتن دکمه در وضعیت اتومات و دکمه سمت چپ در وضعیت روشن اطمینان حاصل شود.
 ۶. فیلتر هواکش پس از سپری شدن یک سال از زمان نصب فیلتر تعویض گردد.
 ۷. جدولی برای تعویض هر یک از قطعات یدکی دیزل ژنراتور به ازاء ساعات کارکرد تهیه گردد.
- با توجه به اهمیت UPS جهت جابجایی پست برق در هنگام قطعی برق، دستگاه براساس چک لیست روزانه چک می شود و در صورت مشکل به مسئول واحد جهت پیگیری گزارش می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: بسته خدمات تاسیسات – تجربیات بیمارستان

امکانات: چک لیست های کنترلی

کارکنان: مسئول واحد تاسیسات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۶	سنجه	۵	کد سند	INS-RM-۰۴
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵. تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

کام های انجام کار:

۱. اندیکاسیون های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستان و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده باشد.
۲. مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده باشد.
۳. به محض دریافت کد بحران (کد قرمز)، اعضای گروه اضطراری، تخلیه پرسنل واحد خویش را شروع نمایند.
۴. کلیه راه های خروجی اضطراری و درب های آن می بایست از قبل، با علامت خروج شبرنگی توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده باشد.
۵. کلیه سرپرستان واحد ها موظفند به محض اطلاع از کد بحران (کد قرمز)، با افراد راهنما جهت تخلیه ایمن محیط کار همکاری نمایند.
۶. در صورت عدم وجود راهنما، سرپرست واحد باید طبق آموزشات ارائه شده پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید.
۷. اولویت بندی جهت تخلیه براساس تریاژ در شرایط بحران انجام گردد.
۸. محل تجمع ایمن جهت اطلاع رسانی دارای بلندگو باشد.
۹. طی فاز تخلیه پرسنل، بعلت اهمیت سرعت عمل، اعضای تیم اضطراری و افراد راهنما (مجاز به تامل، صحبت کردن با افراد و ادای توضیحات اضافی به افراد متفرقه نمی باشند). اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع، تخلیه کلی انجام گردد.
۱۰. کلیه مسیرها و راههای تخلیه و نیز تابلو های خروجی به روشنایی اضطراری مجهز باشد.
۱۱. آگاه شدن پرسنل از بحران؛ طبق فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه باشد.
۱۲. مسیرها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها مشخص و راهروها خالی باشد.
۱۳. تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند به روش صحیح انجام گردد.
۱۴. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه به مانورهای انجام شده پیش بینی و موجود باشد. (ویلچر - برانکارد سیار و...).
۱۵. در صورت شدت شرایط اضطراری، انجام کمکهای اولیه توسط امداد گران تیم در محل حادثه مجاز نبوده و اولویت با خارج سازی افراد بوده و عملیات کمک های اولیه یا اقدامات پزشکی در محلی ایمن انجام پذیرد.
۱۶. در زمان انجام عملیات تخلیه، حرکت افراد متفرقه به سمت محل حادثه اکیداً ممنوع است، ممانعت از حرکت و تجمع افراد بر عهده اعضای انتظامات بیمارستان است.
۱۷. منابع لازم جهت تهیه آب و غذا طبق برنامه از قبل تعریف شده در کمیته خطر حوادث و بلایا به مدت ۷۲ ساعت قابل تهیه و در دسترس باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

۱۸. طی فاز عملیات تخلیه، اعضای تیم اضطراری؛ آخرین نفرات خارج شده از محل باشند.
۱۹. کلیه پرسنل شرکت کننده در عملیات تخلیه در خصوص عملیات تخلیه توجیه شده باشند و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه جهت سرشماری به آنها تذکر داده شود.
۲۰. براساس فلوچارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران، مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران و حادثه و جانشین های آنها مشخص شده باشد.
۲۱. کلیه پرسنل موظف به یادگیری و اجرای دستورالعمل بوده و در زمان بروز حادثه در آمادگی کامل باشند.
۲۲. پیگیری و نظارت بر انجام امور فوق مربوط به واحد مدیریت خطر حوادث و بلایا می باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (دکتر حمیدرضا خانکه)

امکانات: خط تلفن خارجی آزاد (موبایل)، ماسک های فیلتر دار به تعداد کافی، چراغ قوه، باتری، لیست پرسنل بیمارستان، دفتر و قلم، بلندگو، کیسه های پلاستیکی و نوار چسب، پارچه و باند، جعبه کمک های اولیه – ترالی

کارکنان: کلیه پرسنل طبق چارت تشکیلات سیستم بحران

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۷	سنجه	۱	کد سند	INS-RM-۰۰۵
-----------	-----	---	---	------	---	--------	------------

عنوان دستورالعمل:

۶. فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

گام های انجام کار:

- ۱- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود.
- ۲- فرمانده حادثه باید فردی را جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب نماید.
- ۳- مرکز تلفن باید امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم نماید.
- ۴- بایستی مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را طبق فرم دریافت اطلاعات خبر حوادث (پیوست) از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- ۵- فرمانده حادثه باید تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ کند (ملاک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه EOC دانشگاه می باشد).
- ۶- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- ۷- تأیید خبر حوادث داخلی، باید توسط مسئول فنی بیمارستان/سوپروایزر وقت باشد.
- ۸- خبر آماده باش/هشدار یا فعالسازی توسط مسئول فنی بیمارستان/سوپروایزر وقت اعلام شود.
- ۹- در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان ارزیابی شود.
- ۱۰- باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود.
- ۱۱- تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود.
- ۱۲- بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند (اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند).
- ۱۳- باتوجه به ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، و فضای فیزیکی انجام شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- ۱۴- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، باید طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود.
- ۱۵- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، باید نسبت به تماس با بیمارستان های معین (دارای تفاهم نامه) اقدام شود.
- ۱۶- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.
- ۱۷- طول زمان تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود.
- ۱۸- بایستی حادثه نام گذاری شود (داخلی توسط فرمانده حادثه (مسئول فنی بیمارستانیا سوپروایزر وقت/خارجی توسط EOC دانشگاه و ...)
- ۱۹- طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر باید فعال شود.
- 0 رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.
- 0 رنگ نارنجی/آماده باش: جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.
- 0 رنگ قرمز/اقدام: کد بحران (کد قرمز) توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران (کد قرمز) توسط مرکز تلفن پیچ شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود)
- ۲۰- در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع باشد.
- ۲۱- باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
- ۲۲- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، باید واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شده و امکانات لازم طبق برنامه آمادگی، فراهم گردد.
- ۲۳- جایگاه های فرماندهی در جایگاه اصلی خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند.
- ۲۴- آسیب ها و منطقه عملیات باید مرتباً طبق دستور فرماندهی حادثه ارزیابی و به فرمانده حادثه و رئیس بخش برنامه ریزی اطلاع رسانی شود.
- ۲۵- به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و مراکز پایش کننده مخاطرات برقرار شود.
- ۲۶- باتوجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، برنامه در سطح بخش اورژانس/جزئی/کلی فعال شود.
- ۲۷- اطلاع رسانی در زمینه فعالسازی برنامه باید بر اساس سطح فعالسازی برنامه (اطلاع رسانی توسط مرکز تلفن/اطلاع رسانی بخش ها و اطلاع رسانی در سطح جامعه) انجام شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۲۸- در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، باید طبق دستورالعمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.

۲۹- اعضای چارت بحران از جلیقه های مشخصه موقعیت در بحران استفاده نمایند.

۳۰- اطلاع رسانی درونی بیمارستان براساس فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود.

۳۱- مرکز تلفن طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام نماید.

۳۲- هر بخش طبق چارت آشناری و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی می نماید.

۳۳- مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص گردد.

۳۴- مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.

۳۵- در خصوص تخلیه افقی و کلی بیمارستان تصمیم گیری های لازم توسط تیم بحران انجام گیرد.

۳۶- طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه (فوری: ۰ تا ۲ ساعت، میان مدت: ۲ تا ۱۲ ساعت، طولانی مدت: بیش از ۱۲ ساعت و بازگشت به وضعیت عادی) اقدام شود.

۳۷- در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، باید تیم آتش نشانی بیمارستان با اعلام کد ۲۵ فعال شود.

۳۸- مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید.

۳۹- نظارت و ایجاد زیرساخت های دستورالعمل مذکور بایستی توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ایجاد گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منبع: حمیدرضا، خانکه و همکاران، کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا- برنامه کشوری، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۱

امکانات: برنامه عملیاتی، تلفن خانه، چارت تشکیلات سیستم، سامانه هشدار اولیه و....

کارکنان: تمامی کارکنان طبق چارت تشکیلات سیستم

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۷	سنجه	۳	کد سند	INS-RM-۰۶
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۷. نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه

کام های انجام کار:

۱. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه را تهیه و به همه پرسنل اطلاع رسانی نماید.
۲. بر اساس فلوچارت، سوپروایزر باید وضعیت بحرانی را به رئیس بیمارستان و یا جانشین وی اطلاع رسانی نماید (در بحران های داخلی نیاز به تایید خبر توسط EOC نمی باشد و صرفا به EOC اطلاع رسانی گردد).
۳. فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه؛ توسط رئیس بیمارستان (فرمانده عملیات یا جانشین وی) انجام گیرد.
۴. پس از تایید وضعیت بحرانی از سوی فرمانده حادثه اعلام کد قرمز (وضعیت بحرانی) از طریق پیجر در کلیه واحدها و بخشها جهت اطلاع رسانی پرسنل اعلام گردد.
۵. غیر فعال سازی جایگاه های HICS توسط رئیس بیمارستان (فرمانده عملیات یا جانشین وی) انجام گردد.
۶. در زمان فعال سازی بر اساس فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه، فراخوان کلیه اعضا فلوچارت بحران و جانشینان آنها از طریق فرمانده حادثه یا جانشین وی انجام گیرد.
۷. زمان غیر فعال شدن سامانه نیز توسط سوپروایزر شیفت (پس از اعلام غیر فعال شدن از سوی فرمانده حادثه) به کلیه پرسنل بخش ها اطلاع رسانی گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منبع: حمیدرضا، خانکه و همکاران، کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا-برنامه کشوری، تهران:دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۱

امکانات: برنامه عملیاتی، تلفن خانه، چارت تشکیلات سیستم، سامانه هشدار اولیه و....

کارکنان: تمامی کارکنان طبق چارت تشکیلات سیستم

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۵	۷	سنجه	۴	کد سند	INS-RM-۰۷
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۸. فعال سازی روش های ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه

گام های انجام کار:

۱. کمیته خطر حوادث و بلایا؛ جهت جایگزینی تجهیزات و روش های ارتباطی چند لایه، پیش بینی های لازم را انجام داده باشد.
۲. در کلیه بخش ها تلفن وجود داشته باشد، اما در صورت قطع تلفن بر اساس فلوچارت تهیه شده پرسنل هر بخش موظف به اطلاع به بخش های مجاور می باشند.
۳. تلفن های مورد لازم توسط مدیرخطر به کلیه بخش ها داده شود.
۴. تلفن مرکز هدایت عملیات دانشگاه مکان ها و افراد مورد لازم در شرایط بحران در اتاق دفتر پرستاری موجود بوده و همواره توسط مدیریت خطر بروز رسانی گردد.
۵. در بیمارستان جهت ارتباط در زمان بحران بی سیم تهیه شده و در قسمت های مدیریت، ریاست، دفتر پرستاری، حراست، تاسیسات و نگهبان وجود داشته باشد.
۶. در دفتر پرستاری یک خط ارتباطی که هیچ گاه اشغال نیست وجود داشته باشد.
۷. در اتاق دفتر پرستاری، سیستم کامپیوتر با اینترنت موجود باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منبع: حمیدرضا، خانکه و همکاران، کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا- برنامه کشوری، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۱

امکانات: برنامه عملیاتی، تلفن خانه، چارت تشکیلات سیستم، سامانه هشدار اولیه و....

کارکنان: تمامی کارکنان طبق چارت تشکیلات سیستم

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۷	۴	سنجه	۲	کد سند	INS-HR-۰۱
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۹. محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها

کام های انجام کار:

۱. مدیر منابع انسانی تنها فردی است که مجاز به دسترسی به پرونده های پرسنلی کارکنان می باشد مگر اینکه مدیریت بیمارستان تصمیم دیگری لحاظ کند و ارسال پرونده برای مدیریت همراه با اخذ رسید دریافت پرونده ها می باشد.
۲. در صورتیکه افراد مجاز در مورد رازداری محتویات پرونده پرسنلی و مکاتبات مربوطه و افشای اطلاعات پرسنل قصور و تخلف داشته باشند برخورد لازم طبق ضوابط انجام می شود.
۳. مکاتبات خاص اداری مانند صدور سوء پیشینه با مراجع قضایی و نامه های محرمانه با رعایت الزامات توسط مدیر منابع انسانی انجام می گیرد.
۴. جهت حفظ امنیت اطلاعات پرونده های پرسنلی کارکنان تحت نظارت مدیر منابع انسانی علاوه بر بایگانی فیزیکی به صورت فایل الکترونیکی نگهداری می شود.
۵. پرونده پرسنلی کارکنان بصورت فیزیکی در داخل فایل هایی نگهداری می گردد و فقط افراد دارای مجوز تحت نظارت مدیر منابع انسانی امکان دسترسی به پرونده ها را دارد.
۶. دسترسی به پرونده های پرسنلی کارکنان فقط در ساعات اداری امکان پذیر می باشد.
۷. در زمانی که حجم اوراق پرونده از حد استاندارد بیشتر گردد بصورت کد تعریف شده با همان شماره پرونده نگهداری می گردد.
۸. به دلیل خاتمه خدمت پرونده پرسنلی کارکنان به صورت بایگانی در محل دیگری زیر نظر مدیر منابع انسانی حفظ و نگهداری می گردد.
۹. رعایت کلیه نکات ایمنی و حفاظتی محل نگهداری پرونده ها از قبیل مجهز به سیستم اعلام حریق، محل مناسب و دور از رطوبت و نور می باشد.
۱۰. مدارک مربوط به آزمایشات و سلامت شغلی و حوادث شغلی در واحد بهداشت حرفه ای بایگانی می گردد و صرفاً یک نسخه اسکن شده یا کپی از چک لیست معاینات شغلی کارمند جهت بایگانی در پرونده پرسنلی به واحد منابع انسانی ارسال می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

بخش نامه ها و دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع- پرونده های پرسنلی - فضای فیزیکی مناسب (کمد- فایل- رایانه) - مدیر منابع انسانی- متصدی بایگانی- مسئول واحد بهداشت حرفه ای

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	۸	۱	سنجه	۴	کد سند	INS-SM-۰۱
-----------	-----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۱۰. انبارش ایمن

کام های انجام کار :

با توجه به اهمیت انبارهای بیمارستان (تجهیزات و دارویی) به عنوان محلی برای نگهداری سالم و صحیح بوده و به همین دلیل نیازمند تامین شرایط مطلوب نگهداری از این کالاها می باشد تا بطور مطلوب در استفاده بخش ها و مصرف کننده نهایی (بیمار) قرار بگیرد. دستورالعمل انبارش ایمن با شرایط ذیل تدوین گردیده است.

۱. وجود قفسه بندی و چیدمان مناسب :

استفاده از پالت و قفسه فلزی مطلوب بگونه ای که به راحتی قابل کنترل و نظارت بوده، نظافت و گردگیری قفسه ها و کل انبار به راحتی قابل انجام باشد چیدمان داروها و اجناس حساس به رطوبت با فاصله مناسب از کف زمین در نظر گرفته شود. چیدمان قفسه ها به صورت طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقه پایین صورت گیرد.

۲. حفاظت کامل فیزیکی و بیولوژیکی :

انبارها باید جهت جلوگیری از ورود حشرات و جانوران موذی غیرقابل نفوذ باشد. در و پنجره ها و کلیه منافذ (دریچه های کولر و تهویه) دارای پرده توری بوده و به گونه ای طراحی شده که از ورود آب باران و به داخل انبار جلوگیری گردد. سنسور به منظور اعلام حریق احتمالی تعبیه شده است.

۳. وجود تجهیزات ایمنی اطفای حریق : برای فضای انبار به ازای هر ۳۰ مترمربع کپسول های آتش نشانی ۶-۱۲kg تعبیه شده و در دسترس می باشد.

۴. سیستم گرمایش و سرمایش مناسب برای کلیه فضاهای انبار به جهت جلوگیری از خرابی کالاهای خراب شدنی در زمستان و همچنین حرارت زیاد در فصل گرما تعیین شده است.

۵. سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری رایانه ای مناسب و به روز سیستم اتوماسیون اداری برای مسئول انبار و فرم های مربوط به انبارداری بطور مناسب جهت روند مناسب تحویل و تحول کلیه اجناس انبارها فراهم آورده است.

۶. انبارش مواد شیمیایی و قابل اشتعال به صورت مستقل از انبار مرکزی می باشد.

۷. سیم کشی انبار باید توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال باشد.

۸. از کلید و پریزها و روشنایی ضدجرقه استفاده شود.

۹. از علائم هشدار دهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی در انبار استفاده گردد.

۱۰. کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد. زیرسازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله صورت گیرد.

۱۱. جعبه کمک های اولیه در انبار موجود باشد.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۲۰

کتابچه دستورالعمل ها

۱۲. از نرده های مناسب در پشت پنجره انبارها استفاده شود.

۱۳. ارزیابی تجهیزات غیرسازه ای توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام شده و براساس آن ایمن سازی در برابر زلزله صورت گیرد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان - کارکنان شرکتی و خدمات - انباردار - مسئول فنی - مدیر امور عمومی - مدیر داخلی بیمارستان

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۱۵	سنجه	۱	کد سند	INS-BC-۰۱
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۱. نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران

کام های انجام کار:

کلیه نقل و انتقالات بیماران به سایر بخش ها با دستور کتبی پزشک بیمار انجام شود. دستورات توسط پرستار مسئول بیمار چک شده و دستورات stst اجرا گردد.

*** در صورتی که دستور انتقال بیمار به بخش عادی باشد.**

۱. پرستار مسئول بیمار با بخش مقصد تماس گرفته وضعیت بیمار را اطلاع داده و درخواست پذیرش نماید.
 ۲. در صورت پذیرش از بخش مقصد بسته به شرایط بیمار، بیمار توسط بیماربر و کمکی همگن در صورت امکان، با نظارت پرستار مسئول بیمار به برانکارد مجهز به اکسیژن و در صورت نیاز مونیتورینگ یا ویلچر منتقل شود.
 ۳. کلیه مدارک بیمار اعم از پرونده، گرافی ها و... همراه بیمار به بخش مقصد تحویل داده شود.
 ۴. پرستار مسئول بیمار در بخش مقصد بیمار را شناسایی و همراه با کلیه مدارک تحویل گیرد.
- اطلاعات کلیدی که بایستی در زمان تحویل بیمار به ارائه کننده بعدی خدمت ارائه شود شامل:
- ۱- تشخیص بیمار ۲- تشخیص قطعی بیمار ۳- وضعیت کنونی بیمار شامل داروها و برنامه های درمانی ۴- تغییرات اخیر در شرایط بیمار ۵- نتایج آزمایشات ۶- تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید

*** در صورتی که دستور انتقال بیمار به بخش ویژه باشد:**

۱. پس از انجام مشاوره توسط پزشک بخش ویژه و دستور انتقال بیمار به بخش ویژه، پرستار مسئول بیمار از بخش مقصد، اخذ پذیرش نماید.
۲. بیمار علاوه بر موارد فوق تحت مونیتورینگ و اکسیژن تراپی و در صورت نیاز ونتیلاتور پرتابل و همراه پرستار (با در دست داشتن آمبویک در صورت نیاز) به بخش مقصد منتقل شود.
۳. جهت انتقال بیمار به واحدهای پاراکلینیک نیز بسته به شرایط بیمار، طبق دستورالعمل فوق عمل شود.
۴. کلیه اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری قید شود.

نحوه انتقال درون بخشی:

۱. کلیه نقل و انتقالات بیماران درون بخش با دستور پزشک/پرستار مسئول بیمار انجام شود.
۲. تخت بیمار در اتاق مقصد مرتب و تمام تجهیزات مورد نیاز مهیا شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۳. در صورت آماده شدن تخت مقصد بسته به شرایط بیمار، بیمار توسط بیماربر و کمکی همگن در صورت امکان، با نظارت پرستار مسئول بیمار به برانکارد مجهز به اکسیژن و در صورت نیاز مونیتورینگ یا ویلچر منتقل شود و در صورت بدحال بودن بیمار پرستار مسئول بیمار، بیمار را تا انتهای فرآیند انتقال درونبخشی همراهی نماید.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

مراقبت های ویژه، تجارب بیمارستان- دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی

برانکارد مجهز به اکسیژن، دارای حفاظ، دستگاه الکتروشوک، مونیتورینگ و ونتیلاتور سیار.

کادر پزشکی و درمانی بیماربر-کمکی

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۱۵	سنجه	۲	کد سند	INS-BC-۰۲
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۲. نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان

کام های انجام کار:

۱. پزشک دستور انجام خدمت مورد نظر برای بیمار را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
۲. اعزام بیماران جهت دریافت هرگونه خدمت بعد از تثبیت وضعیت بیمار انجام گردد.
۳. پرستار مسئول بیمار دستور پزشک را چک می نماید.
۴. فرم های اعزام توسط پزشک تکمیل می گردد.
۵. پرستار مسئول بیمار/پزشک خانواده بیمار را در جریان قرار داده و توضیحات لازم را ارائه نموده و رضایت آگاهانه از بیمار اخذ می گردد. پرستار مسئول شیفت مراتب را به سوپروایزر وقت جهت اخذ هماهنگی اطلاع دهد.
۶. سوپروایزر وقت شرح حال کامل بیمار را از پرستار مسئول شیفت اخذ نموده و در دفتر ثبت می نماید.
۷. ثبت مشخصات بیمار و شرایط اعزام بیمار، در سامانه mcmc (ستاد هدایت) توسط سوپروایزر انجام می گردد.
۸. سوپروایزر بر ثبت دستور پزشک معالج در پرونده بیمار جهت اقدامات خارج از مرکز نظارت دارد.
۹. سوپروایزر برکسب رضایت انجام انتقال نظارت دارد.
۱۰. سوپروایزر نسبت به تکمیل فرم های ارجاع نظارت دارد.
۱۱. پرونده بیمار جهت انجام مراحل ترخیص موقت به واحد ترخیص بایستی ارجاع شود.
۱۲. سوپروایزر وقت با واحد مقصد هماهنگی لازم را انجام داده و به بخش و آمبولانس بین بیمارستانی اطلاع می دهد.
۱۳. سوپروایزر نظارت کافی بر سالم بودن دستگاه ها، آمبولانس و تکمیل امور دارویی دارد.
۱۴. ارزیابی شرایط کادر همراه بیمار در بایستی توسط سوپروایزر صورت گرفته و در صورت نیاز به حضور ماما یا پرسنل متبحر مطابق درخواست پزشک معالج یا بر حسب شرایط بیمار، برای همراهی تکنسین آمبولانس، فراخوانی نیرو بایستی توسط سوپروایزر صورت گیرد.
۱۵. پس از اخذ تأییدیه اعزام در سامانه mcmc بیمار با نظارت مستقیم سوپروایزر براساس شرایط بالینی مراقبتی و ایمنی به همراه پرستار یا پرستار اعزام جهت اخذ خدمات خارج از مرکز با آمبولانس از بیمارستان خارج گردد.
۱۶. در صورت نیاز به مدارک موجود در پرونده بیمار، تصویر از مدارک بالینی مورد نیاز اخذ و به همراه مدارک تشخیصی (گرافی ها و ...) به تکنسین آمبولانس بایستی تحویل شود.
۱۷. اطلاعات کلیدی در زمان تحویل بیمار به پرستار اورژانس بایستی توسط پرستار مسئول بیمار به شرح ذیل ارائه گردد:

کتابچه دستورالعمل ها

- ۱- شکایت بیمار ۲- تشخیص قطعی بیمار ۳- وضعیت کنونی بیمار شامل داروها و برنامه های درمانی ۴- تغییرات اخیر در شرایط بیمار ۵- نتایج آزمایشات ۶- تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید
۱۸. طی مسیر مسئولیت بیمار با تکنسین اورژانس است.
۱۹. پیگیری توسط سوپروایزر از بیمارستان مقصد صورت می گیرد.
۲۰. گزارش انتقال موقت توسط سوپروایزر در دفتر ثبت و بایگانی می شود.
۲۱. در زمان تحویل پرستار اورژانس به بخش خارج بیمارستان، موارد مطروحه بند ۱۳ رعایت می گردد.
۲۲. درخصوص مشاوره در صورتیکه پزشک مشاور دستور بستری بیمار را در سرویس خود بدهد، ابتدا سوپروایزر بیمارستان مبدا هماهنگی لازم را با پزشک معالج بیمار داشته و در صورت موافقت ایشان با سوپروایزر بیمارستان مقصد هماهنگ نماید.
۲۳. پس از انجام خدمت درخواستی بیمار تحت مراقبت با حفظ حریم شخصی و ایمنی بیمار همراه با نتایج خدمت ارائه شده به بیمارستان مبدا عودت شود.
۲۴. بیمار و مدارک توسط پرستار مسئول در مبدا گرفته شود و ساعت برگشت بیمار در پرونده ثبت شود.
۲۵. در فرایند انتقال بیمار بایستی در صورت امکان حضور پرسنل همگن در اولویت قرار گیرد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان-قرارداد های فی مابین آمبولانس های بین بیمارستانی- دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار
آمبولانس مجهز به تجهیزات و تکنسین مجرب
کادر درمان -سوپروایزر-تکنسین آمبولانس

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۱۶	سنجه	۱	کد سند	INS-BC-۰۳
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۳. آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی

کام های انجام کار:

روش های آموزش:

آموزش چهره به چهره

پمفلت، پوستر و بنر آموزشی، فیلم، CD

فایل الکترونیکی راهنمای خود مراقبتی

کار گروهی

روش های ارزیابی آموزش خود مراقبتی:

۱. ارزیابی اولیه بیمار و نیازسنجی آموزشی توسط پرستار حاضر بر بالین بیمار انجام گردد.
۲. اولویت بندی نیاز های آموزشی بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود.
۳. آموزش به بیمار و خانواده بیمار با توجه به میزان تحصیلات، توانایی و انگیزه جهت یادگیری، بیماری های زمینه ای، موانع آموزشی، وضعیت تاهل، اقتصادی و... توسط پزشک و پرستار انجام شود.
۴. در صورت لزوم پمفلت آموزش های ارائه شده تحویل بیمار یا خانواده ی بیمار شود.
۵. آموزش داده شده به بیمار توسط پرستار آموزش دهنده طی مدت بستری ارزیابی شود.
۶. در صورت امکان بیمار یا خانواده وی جهت شرکت در آموزش گروهی معرفی شوند.
۷. در صورت نیاز آموزش مجدد و یا اقدام اصلاحی آموزش توسط پرستار آموزش دهنده انجام شود.

روش های ارزیابی آموزش خود مراقبتی:

۱. تکمیل فرم ارزیابی آموزش به بیمار توسط رابط آموزشی بخش (۳۰٪ بیماران)
۲. مصاحبه با بیمار و خانواده بیمار توسط رابط آموزشی بخش (۱۰٪ بیماران)
۳. بررسی اثربخشی هر ماه یکبار انجام می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

راهنمای خودمراقبتی-تجارب بیمارستان

پمفلت های آموزشی، پرسشنامه استاندارد، فرم آموزش به بیمار

مسئول آموزش به بیمار بیمارستان، مسئول آموزش به بیمار بخش، پرسنل درمانی، رابط آموزشی-سوپروایزر آموزشی،

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۲۱	سنجه	۱	کد سند	INS-BC-۰۴
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۱۴. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی

کام های انجام کار :

مراقبت های قبل عمل :

- در عمل جراحی الکتیو به منظور استفاده بهینه از تخت های بستری اقداماتی نظیر نوار قلب، رادیوگرافی قفسه سینه، مشاوره قلب-بیهوشی و داخلی، آزمایشات و سونوگرافی به صورت سرپایی توسط پزشک معالج درخواست شده و انجام می گردد.
- بیمار با دستور بستری از پزشک معالج به بخش جراحی مراجعه نموده و طبق فرآیند بستری در بخش جراحی بستری گردد.
- شناسایی بیمار براساس دستورالعمل مربوطه توسط پرستار مسئول انجام گردد.
- رضایت آگاهانه جراحی از بیمار یا ولی قانونی وی پس از توضیح آن توسط پزشک اخذ گردد.
- در صورت نیاز به رزرو یا آمادگی خون، قبل از عمل هماهنگی های لازم با آزمایشگاه انجام و از آماده بودن خون و دریافت کتبی نتیجه کراس مچ بیمار اطمینان حاصل شود.
- مدت زمان ناشتایی متناسب با نوع عمل و بیهوشی تعیین می شود و معمولاً بین ۸-۱۲ ساعت می باشد.
- برگ مراقبت قبل از عمل جراحی توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل و ضمیمه پرونده می باشد.
- در صورت انجام آزمایشات، نوار قلب، مشاوره، رادیوگرافی، **CT scan** به صورت سرپایی کلیه مدارک بیمار ضمیمه پرونده گردد در غیر این صورت طبق دستور پزشک معالج یا بیهوشی اقدامات در بخش انجام گردد.
- تمهیدات لازم جهت وسایل مورد نیاز برای اعمال جراحی (مانند پلاتین، لنز چشمی و...) قبل از عمل جراحی توسط پرستار بخش مربوطه با مسئول تجهیزات در اتاق عمل هماهنگ گردد.
- قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل از تامین وسیله مورد نیاز توسط پرستار اطمینان حاصل گردد.
- راه وریدی مناسب با دستور پزشک معالج جهت بیمار برقرار گردد.
- داروهای پروفیلاکسی جراحی و داروهای مورد نیاز با دستور پزشک معالج یا متخصص بیهوشی توسط پرستار مسئول اجرا گردد.
- شب قبل از عمل به بیمار در مورد آنچه منتظر وی است توضیح دهید و از اضطراب وی بکاهید.
- نحوه ی حرکت در تخت، تنفس های عمیق و چگونگی دفع ادرار بعد از عمل را به بیمار آموزش دهید.
- زیورآلات، اعضای مصنوعی، لباس های زیر توسط کمکی خارج شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۱۶. انتقال بیمار به اتاق عمل طبق فرآیند انتقال بین بخشی توسط پرستار مسئول بیمار انجام گردد.

انتقال بیمار به ریکاوری:

۱. پرستار ریکاوری بعد از ورود بیمار گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک و پرستار انتقال دهنده بیمار می گیرد. این گزارش شامل مشخصات کامل بیمار، نوع عمل، نوع اقدامات انجام شده، نوع مراقبت ها و دستورات بعد عمل، میزان خون ریزی، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده، وضعیت علائم حیاتی و ... می باشد.
۲. بسته به نوع عمل سر تخت را ۳۰ درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی، وضعیت ریکاوری به سر و چانه بیمار دهید.
۳. پرستار ریکاوری بیمار را به دستگاه پالس اکسی متر، مانیتورینگ قلبی و اکسیژن وصل کند.
۴. پرستار ریکاوری رنگ پوست و مخاط دهان، لب ها، ناخن ها را از نظر کبودی، محل پانسمان ها و درن ها را از نظر خون ریزی غیر طبیعی کنترل نماید.
۵. جریان سرم ها برقرار باشد و داروهای تجویز شده توسط پرستار ریکاوری تزریق شود.
۶. علائم حیاتی بیمار توسط پرستار ریکاوری ثبت گردد.
۷. کلیه موارد غیرطبیعی در پرونده بیمار توسط پرستار ریکاوری ثبت گردد.
۸. حین انتقال بیمار به بخش نیز شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به پرستار مسئول بدهد.

مراقبت های پس از عمل:

۱. قبل از انتقال بیمار به بخش با هماهنگی پرستار ریکاوری از آمادگی بخش اطمینان حاصل شود.
۲. علائم حیاتی بیمار کنترل و از آمادگی کامل بیمار برای انتقال به بخش در اتاق ریکاوری اطمینان حاصل شود.
۳. هویت مددجو با دستبند شناسایی و پرونده مجدداً توسط پرستار ریکاوری مطابقت داده شود.
۴. پرستار مسئول بیمار را در صورت هوشیاری کامل و پایدار بودن علائم حیاتی وی از ریکاوری تحویل گیرد.
۵. پرستار مسئول بیمار را از نظر علائم حیاتی، سطح هوشیاری و اتصالات بدن (سوند فولی، سرم، همواگ، درن ها، پانسمان و...) چک و کنترل نماید.
۶. پرستار مسئول بیمار، وی را با دستبند شناسایی و پرونده مجدداً مطابقت دهد.
۷. خلوت بیمار را با کشیدن پرده، بستن درب و قرار دادن پاراوان فراهم نمایید.
۸. برانکارد را کنار تخت برده و پس از قفل کردن آن به بیمار در انتقال کمک کنید. نرده های دو طرف تخت بالا باشد.
۹. جهت حفظ حریم بیمار پوشش مناسب برای وی فراهم کنید.
۱۰. برای حفظ آرامش و کاهش اضطراب بیمار بعد از جراحی تلاش نمایید و در طول انتقال بیمار را به آرامی منتقل کرده و با او ارتباط برقرار کنید.
۱۱. در حین و بعد از انتقال در صورت داشتن سرم، سوند یا انواع کاتترها آن را به نحو صحیح و ایمن حفظ و ثابت نمایید.
۱۲. پرستار وضعیت تنفسی و راه های هوایی بیمار را کنترل و طبق دستور پزشک از اکسیژن استفاده نماید.

کتابچه دستورالعمل ها

۱۳. پرستار مسئول بیمار علائم حیاتی بیمار را در بخش در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت و سپس هر ۱ ساعت تا ۴ ساعت و نهایتاً طبق روتین بخش کنترل و ثبت نماید.
۱۴. بیمار را از نظر خون ریزی از محل عمل، استفراغ، دیورز و جذب و دفع، زخم، سوختگی، هماتوم توسط پرستار مسئول بیمار کنترل گردد.
۱۵. پرستار بیمار در صورت داشتن گچ و بانداز محکم حتماً سیستم عصبی، عروقی ناحیه را کنترل کرده و در صورت نیاز به هر نوع تغییر در گچ یا بانداز جراح مربوطه را در جریان بگذارد.
۱۶. در صورت داشتن دستور گرافی بعد از پایدار شدن وضعیت بیمار گرافی انجام شود.
۱۷. پرستار مربوطه خودمراقبتی بعد از عمل (وضعیت صحیح بعد از عمل، خروج از تخت، شروع تغذیه و...) را به بیمار آموزش دهد.
۱۸. کلیه اقدامات انجام شده و مراقبت های بعمل آمده توسط پرستار در پرونده بیمار ثبت گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل راهنمای جراحی ایمن - کتاب استاندارد های خدمات پرستاری ایران - پرونده بیمار

مانیتورینگ - برانکارد - ویلچر

پزشک، پرستار، کمک بهیار و خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

INS-BC-۰۵

کد سند

۳

سنجه

۲۱

۱

ب

استاندارد

عنوان دستورالعمل:

۱۵. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

کام های انجام کار:

❖ در مورد پذیرش بیمار دچار نارسایی حاد کلیوی:

۱. پزشک متخصص داخلی و در صورت حضور نفرولوژیست، دستور درخواست مشورت جراحی جهت برقراری **Access** و آزمایشات لازم و انجام همودیالیز برای بیمار را در پرونده بیمار قید نماید.
۲. پرستار مسئول بیمار نمونه آزمایشات درخواستی (**HBSAg, hivab, hcvab, hiv, BG, RH**) را طبق دستور پزشک ارسال نموده و نتایج آزمایشات را ضمیمه پرونده نماید.
۳. بیمار طبق دستورالعمل انتقال بین بخشی به بخش دیالیز منتقل گردد.
۴. رضایت آگاهانه بایستی جهت انجام **Access** و دیالیز پس از ارائه توضیحات لازم توسط پزشک از بیمار اخذ شود.
۵. پرستار موظف است طبق دستور پزشک بیماران را ارزیابی کرده و آموزش های قبل از دیالیز را به بیمار ارائه نماید.
۶. در صورتیکه بیمار مبتلا به بیماری های عفونی واگیردار باشد به اتاق ایزوله راهنمایی گردد.
۷. پرستار بیمار علائم حیاتی را قبل از شروع دیالیز چک نموده و در پرونده بیمار ثبت می نماید.
۸. پرستار موظف است میزان **UF** دستگاه را تنظیم نماید.
۹. پرستار قبل از شروع دیالیز کارکرد صحیح هر یک از راه های دسترسی بیمار را بررسی نموده و در صورت اطمینان کارکرد، دیالیز بیمار را شروع می کند.
۱۰. پرستار بیمار را از نظر عوامل اختلالات همودینامیکی مانند فشارخون - اختلالات نبض و تنفس و درجه حرارت کنترل نماید و در صورت اختلال با هماهنگی پزشک مربوطه اختلالات را اصلاح و در پرونده ثبت نماید.
۱۱. پرستار پس از اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه و شستشوی کامل لاین ها و فیلتر و نرمال بودن شرایط بیمار، همودیالیز را شروع نماید.
۱۲. پرستار آموزش به بیمار را در حین دیالیز ارائه می نماید.

❖ در موارد پذیرش بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و نیازمند همودیالیز روتین:

۱. پرستار مسئول بیمار بایستی دستور پزشک بیمار را کنترل نماید.
۲. پرستار مسئول بیمار بایستی اخذ رضایت آگاهانه سالیانه را کنترل نماید.
۳. پرستار بایستی قبل از شروع دیالیز بیمار را وزن کرده و علائم حیاتی را چک نموده و در پرونده بیمار ثبت نماید.
۴. پرستار موظف است از نحوه محاسبه وزن خشک آگاهی داشته و با توجه به آن میزان **UF** دستگاه را تنظیم نماید.

کتابچه دستورالعمل ها

۵. پرستار قبل از شروع دیالیز کارکرد صحیح هر یک از راه های دسترسی بیمار را بررسی نموده و در صورت اطمینان کارکرد، دیالیز بیمار را شروع می کند.

۶. پرستار بیمار را از نظر عوامل اختلالات همودینامیکی مانند فشارخون - اختلالات نبض و تنفس و درجه حرارات کنترل نماید و در صورت اختلال با هماهنگی پزشک مربوطه اختلالات را اصلاح و در پرونده ثبت نماید.

۷. پرستار پس از اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه و شستشوی کامل لاین ها و فیلتر و نرمال بودن شرایط بیمار، همودیالیز را شروع نماید.

۸. پرستار آموزش به بیمار را در حین دیالیز ارائه می نماید.

پایش مستمر حین دیالیز

۱. پرستار موظف است پس از شروع دیالیز بیمار را در تمام ساعت انجام همودیالیز از نظر عوارض حین دیالیز بررسی نماید و در صورت بروز هر یک از عوارض با مشورت پزشک مربوطه اقدامات لازم را به عمل آورد.

پایش پس از دیالیز

۱. توزین مجدد بیمار در موارد نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز روتین: پرستار موظف است پس از دیالیز بیمار را وزن کرده و در پرونده ثبت نماید و آموزش های لازم را به بیمار بدهد.

۲. عدم وجود اختلالات همودینامیک: پرستار موظف است قبل از **off** کردن بیمار کلیه علائم حیاتی شامل **Bp-p-t** و **R** را کنترل کرده و در صورت هرگونه اختلال با مشورت پزشک اقدامات لازم را انجام داده تا زمانی که وضعیت همودینامیکی بیمار پایدار نشده از خروج بیمار از بخش جلوگیری نماید.

۳. کنترل و انعقاد مناسب عمل خارج کردن سوزن: پرستار موظف است پس از اتمام همودیالیز محل خروج نیدل ها را با گاز آغشته به بتادین به مدت لازم فشار داده و پس از اطمینان از عدم خون ریزی و ایجاد لخته و انعقاد مناسب محل را با پانسمان کوچک فیکس نماید. در صورت استفاده از شالدون پرستار موظف است اقدامات لازم را براساس استاندارد پایان دیالیز در جهت شستشو و هپارینه کردن لاین ها در شرایط استریل انجام دهد و محل خروج را پانسمان نماید.

۴. پرستار در پایان دیالیز آموزش لازم در جهت مراقبت از فیستول یا شالدون در منزل و مصرف مایعات و تغذیه صحیح به بیماران و خانواده می دهد.

۵. پرستار موظف است پس از پایان همودیالیز هر بیمار را شروع دیالیز بیمار بعدی دستگاه را به دقت ضدعفونی و شستشو نماید و دستگاه را به پرستار شیفت بعد تحویل دهد.

۶. کلیه موارد و اقدامات صورت گرفته در حین دیالیز و آموزش های لازم داده شده توسط پرستار در پرونده ثبت می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

مراقبت های ویژه، تجارب بیمارستان

نیروی انسانی- دستگاه همودیالیز- سیستم R/O - صافی- سرم و داروها- دستور انجام دیالیز توسط پزشک

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۲۱	سنجه	۵	کد سند	INS-BC-۰۶
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۶. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپي ها

گام های انجام کار:

ساعت فعالیت واحد اسکوپي: هر روز صبح غیر تعطیل ۷ تا ۱۴

۱. پزشک معالج دستور انجام اسکوپي را در پرونده یا دفترچه بیمار ثبت نماید.
۲. بیمار سرپایی با دستور پزشک به صورت حضوری در شیفت صبح روزهای غیر تعطیل به واحد اسکوپي درمانگاه تخصصی مراجعه نموده و در لیست بیماران قرار گیرد.
۳. در بیماران بستری پرسنل بخش جهت اخذ نوبت با مسئول واحد اسکوپي هماهنگ نمایند.
۴. آموزش لازم جهت انجام اسکوپي توسط پرستار بیمار یا مسئول واحد اسکوپي به بیمار داده شده و برگه آمادگی تحویل بیمار گردد.

آمادگی جهت آندوسکوپي:

- تعریف: انجام آندوسکوپي به معنای دیدن مری، معده و اثنی عشر با دستگاه های پیشرفته اسکوپي می باشد که انجام آن در بخش اسکوپي تحت نظر متخصص داخلی یا فوق تخصص گوارش و بدون درد و ناراحتی صورت میگیرد.
۱. به بیمار آموزش داده شود که شب قبل از آندوسکوپي شام سبک میل نموده و ۸ ساعت قبل از انجام آندوسکوپي ناشتا باشد.
 ۲. پرستار قبل از انجام آندوسکوپي تمام داروهای مصرفی بویژه داروهای ضد انعقاد را به اطلاع پزشک معالج برساند؛ ممکن است پزشک ترجیح دهد، یک یا چند روز قبل از انجام آندوسکوپي بعضی از داروها را قطع نماید.
 ۳. بیمار مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده، بیماریهای عفونی، دیابت و... جهت مقابله با خطرات احتمالی مورد توجه قرار گیرد.
 ۴. پرستار مراحل انجام پروسیجر را برای بیمار و همراهی شرح داده و رضایت آگاهانه از بیمار و همراهی اخذ گردد.
 ۵. آندوسکوپي توسط پزشک تحت مونیتورینگ انجام شده و در صورت نیاز نمونه برداری انجام گردد.
 ۶. بیمار پس از آندوسکوپي تا زمان تثبیت وضعیت و عوارض احتمالی آندوسکوپي تحت نظر قرار گیرد.

آموزش های پس از آندوسکوپي:

۱. پس از آندوسکوپي، تا زمان برگشت رفلکس بلع، بیمار ۲ تا ۴ ساعت ناشتا باشد.
۲. در صورت تزریق داروهای آرام بخش، بیمار از نظر سقوط و عوارض احتمالی داروها تحت نظر قرار گرفته و از انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیاری دارند منع شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۳. در صورت انجام نمونه برداری توسط پزشک، بیمار پیگیر نتیجه نمونه برداری و مراجعه مجدد به پزشک باشد.

آمادگی جهت کولونوسکوپی:

تعریف: انجام کولونوسکوپی به معنای دیدن و بررسی قسمت های تحتانی سیستم گوارشی با دستگاه های پیشرفته اسکوپ می باشد که انجام آن در بخش اسکوپ تحت نظر فوق تخصص گوارش و بدون درد و ناراحتی صورت میگیرد.

۱. به بیمار آموزش داده شود که از دو روز قبل از کولونوسکوپی مایعات صاف شده مصرف نماید و از مصرف لبنیات و مواد غذایی با رنگ قرمز خودداری نماید.

۲. صبح روز قبل از کولونوسکوپی داروهای آمادگی طبق دستور برگه آمادگی واحد آندوسکوپی مصرف شده و سپس تا زمان انجام کولونوسکوپی فقط می تواند آب مصرف نماید.

۳. پرستار قبل از انجام کولونوسکوپی تمام داروهای مصرفی بویژه داروهای ضد انعقاد را به اطلاع پزشک معالج برساند؛ ممکن است پزشک ترجیح دهد، یک یا چند روز قبل از انجام کولونوسکوپی بعضی از داروها را قطع نماید.

۴. بیمار مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده، بیماریهای عفونی، دیابت و... جهت مقابله با خطرات احتمالی مورد توجه قرار گیرد

۵. پرستار مراحل انجام پروسیجر را برای بیمار و همراهی شرح داده و رضایت آگاهانه از بیمار و همراهی اخذ گردد.

۶. کولونوسکوپی توسط پزشک تحت مونیترینگ انجام شده و در صورت نیاز نمونه برداری انجام گردد.

۷. بیمار پس از کولونوسکوپی تا زمان تثبیت وضعیت و عوارض احتمالی کولونوسکوپی تحت نظر قرار گیرد.

آموزش های پس از کولونوسکوپی:

۱. پس از کولونوسکوپی نیاز به ناشتایی نمی باشد.

۲. در صورت تزریق داروهای آرام بخش، بیمار از نظر سقوط و عوارض احتمالی داروها تحت نظر قرار گرفته و از انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیاری دارند منع شود.

۳. در صورت انجام نمونه برداری توسط پزشک، بیمار پیگیر نتیجه نمونه برداری و مراجعه مجدد به پزشک باشد.

۴. به بیمار از لحاظ احساس نفخ و کرامپ های شکمی تا چند ساعت پس از کولونوسکوپی اطمینان خاطر داده شود.

در بیماران بستری در صورت داشتن نمونه پاتولوژی (بیوپسی):

۱. فرم درخواست سیتولوژی و پاتولوژی توسط واحد اسکوپ تکمیل و همراه نمونه تحویل بخش می شود.

۲. در بخش رستار مسئول پس از ارسال کد آزمایش پاتولوژی از HIS نمونه را به همراه فرم درخواست تحویل آزمایشگاه داده و در دفتر پاتولوژی جهت پیگیری بعدی ثبت می شود.

۳. در بیماران بستری و سرپایی یک برگه خلاصه اسکوپ تحویل بیمار داده می شود.

۴. در بیماران سرپایی در صورت داشتن نمونه بیوپسی، نمونه و فرم سیتولوژی تحویل همراهی می شود تا به آزمایشگاه مراجعه کند.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۳۳

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب استاندارد های خدمات پرستاری ایران
مانیتورینگ - یونیت اسکوپي - داروهای سداتیو - ویلچر
پزشک ، پرستار، کمک بهیار و خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۲۱	سنجه	۶	کد سند	INS-BC-۰۷
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۷. اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری

کام های انجام کار:

۱. هنگامی که مادر باردار در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان به بلوک زایمان مراجعه می نماید ابتدا توسط مامای مسئول تریاژ بلوک زایمان ارزیابی می شود و سطح نیاز به اقدامات درمانی برای ایشان مشخص و فرم تریاژ تکمیل می گردد.
۲. هنگامی که مادر باردار در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان به اورژانس بیمارستان مراجعه می نماید ابتدا توسط مامای مسئول تریاژ در اورژانس ارزیابی می شود و با بلوک زایمان جهت انتقال مادر هماهنگ می شود و در صورت امکان جابجایی، مادر بلافاصله منتقل و سطح نیاز به اقدامات درمانی برای ایشان مشخص و فرم تریاژ تکمیل می گردد.
۳. اگر مادر جزء مادران پرخطر با نیاز فوری به اقدامات حیات بخش (سطح ۱ تریاژ) سطح بندی شود، بلافاصله کد ۹۹، یا در صورت نیاز کد احیای نوزادان و متخصص زنان آنکال و متخصصین سایر رشته ها نیز فراخوان می شوند و اقدامات لازم طبق کتاب راهنمای کشوری بازنگری سوم سال ۹۶ برای مادر انجام می شود.
۴. اگر مادر جز مادران پرخطر بدون نیاز به اقدامات فوری حیات بخش (سطح ۲ و ۳ تریاژ) باشد وضعیت بلافاصله بعد از ارزیابی اولیه توسط مامای تریاژ به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود و تا آمدن متخصص اقدام درمانی طبق دستور تلفنی متخصص در صورت نیاز، توسط ماما به مادر انجام می شود و دستورات تلفنی توسط ماما در فرم تریاژ ثبت می شود به محض حضور متخصص دستورات تلفنی اجرا شده توسط پزشک مکتوب می گردد.
۵. مادر باردار در بلوک زایمان توسط متخصص زنان با توجه به سطح تریاژ و نیاز به تعداد تسهیلات در طی محدوده زمانی ۲ دقیقه تا یک ساعت ویزیت می شود.
۶. - پزشک متخصص دستورات لازم را در فرم تریاژ یا دستورات پزشک طبق کتاب راهنمای کشوری بازنگری دوم سال ۹۱ ثبت می نماید.
۷. در صورت نیازمادر به جراحی اورژانس، اقدامات لازم جهت آمادگی و انتقال مادر به اتاق عمل توسط ماما انجام می شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۸. در صورت نیاز مادر به فرآورده های خونی اقدامات لازم جهت درخواست و تهیه و تزریق توسط ماما، پزشک، سوپروایزر و بانک خون انجام می شود.

۹. در صورتی که مادر نیاز به بستری دارد و زایمان قریب الوقوع نباشد مادر به اتاق مادران پرخطر در بخش مامایی منتقل می گردد.

با توجه به نوع بیماری اقدامات مورد نیاز به مادر به شرح زیر شروع می شود

زایمان زودرس: بعد از ارزیابی اولیه مادر باردار توسط مامای تریاژ در صورت داشتن درد و سن حاملگی قبل از ۳۷ هفته بارداری که احتمال زایمان زودرس وجود داشته باشد مادر به لیبر منتقل می شود و اقدامات لازم توسط ماما در لیبر طبق الگوریتم زایمان زودرس به شرح زیر انجام می شود:

اخذ شرح حال، تعیین سن حاملگی، بررسی سونوگرافی های قبلی، کنترل علائم حیاتی، معاینه واژینال، معاینه شکم (تونسیته رحم)، کنترل صدای قلب جنین و نتایج معاینات خود را به اطلاع متخصص زنان می رساند. و پزشک متخصص زنان دستورات لازم را طبق راهنمای کشوری (صفحه ۱۹۳) به صورت تلفنی یا بعد از ویزیت صادر می نماید. اقدامات لازم توسط ماما لیبر را طبق دستور پزشک انجام می دهد. چنانچه بعد از معاینه مشخص شود که مادر وارد فاز فعال زایمان شده است: ماما شرح حال و سن حاملگی مادر را به متخصص اطفال اطلاع می دهد. متخصص اطفال با در نظر گرفتن سن حاملگی و وضعیت مادر و جنین با توجه به اینکه بیمارستان بخش مراقبت های ویژه نوزادان دارد نظر خود را در رابطه با انجام زایمان یا اعزام مادر به بیمارستان سطح ۳ اعلام می نماید. در صورت نیاز به اعزام مادر اقدامات لازم توسط سوپروایزر شیفت انجام می شود.

سرویکس نارسا: بعد از ارزیابی اولیه مادر باردار توسط مامای تریاژ در موارد مشکوک به سرویکس نارسا اقدامات به شرح زیر طبق دستور پزشک توسط ماما در بلوک زایمان به مادر انجام می شود: درخواست سونوگرافی جهت بررسی طول سرویکس پس از سه ماهه اول بارداری، سونوگرافی سریال از هفته ۲۶ بارداری به بعد، تشخیص احتمالی زایمان زودرس و تزریق بتامتازون در صورت احتمال زایمان، در صورت سابقه زایمان زودرس و یا سقط های پس از سه ماهه اول تصمیم گیری برای انجام عمل سرکلار، آموزش دقیق علائم زایمان زودرس

افزایش فشار خون ناشی از بارداری: بعد از ارزیابی اولیه مادر باردار توسط مامای تریاژ در صورت بالا بودن فشار خون مادر ۹۰/۱۴۰ یا بیشتر مادر به لیبر منتقل می شود و اقدامات به شرح زیر توسط ماما لیبر انجام می شود:

گرفتن شرح حال، بررسی سابقه فشار خون، بیماری کلیوی در مادر، اندازه گیری ارتفاع رحم، تعیین سن حاملگی، اندازه گیری دقیق فشار خون و بررسی سونوگرافی های مادر از نظر حاملگی مولار و درخواست آزمایش U/A بعد از مشخص شدن علت افزایش فشار خون طبق الگوریتم راهنمای کشوری در (صفحه ۱۰۵) انجام می شود.

دیابت بارداری: بعد از ارزیابی اولیه مادر باردار توسط مامای تریاژ در صورتی که تشخیص دیابت تایید شود. بارداری مادر توسط متخصص زنان ویزیت شده و به دستور ایشان مادر باردار به بخش زنان فرستاده می شود اقدامات لازم طبق الگوریتم راهنمای کشوری طبق (صفحه ۸۷) انجام می شود

کتابچه دستورالعمل ها

مشکلات عضلانی واسکلتی: بعد از ارزیابی مادر باردار توسط ماما تریاژ در صورت وجود مشکلات عضلانی، اسکلتی مادر به لیبر منتقل می شود و اقدامات لازم طبق دستور پزشک متخصص زنان انجام می شود. طبق راهنمای کشوری (صفحه ۱۲۶) انجام می شود.

چاقی: در مادرانیکه در ارزیابی قد و وزن چاق هستند و BM بالادارند، اقدامات به شرح زیر نیز برای مادر انجام می شود: ارزیابی سلامت جنین و انجام اقدامات مورد نیاز و مراقبت های لازم طبق کتاب راهنمای کشوری (صفحه ۱۲۳) انجام می شود.

پیلونفریت: در صورت داشتن علائم پیلونفریت ابتدا شرح حال گرفته، کنترل علائم حیاتی، معاینه شکم و پهلوها، آزمایشات UA-UC -BUN-CR- BG RH- CBC به بیمار انجام می شود و در صورت تب و لرز و تندرینس و درد پهلوها و تشخیص پیلونفریت مادر بستری، مایعات دریافت و آنتی بیوتیک شروع می شود و استامینوفن جهت کاهش تب و سایر اقدامات طبق الگوریتم عفونت ادراری در بارداری در کتاب راهنمای کشوری (صفحه ۱۰۲) انجام می شود.

شکم حاد بارداری: اگر مادر با شکایت شکم درد حاد مراجعه نموده بعد از ارزیابی توسط مامای تریاژ اقدامات به شرح زیر انجام می شود گرفتن شرح حال مادر - علائم حیاتی - معاینه شکم و و واژینال - سونوگرافی و انجام UA-UC و در صورت مشاهده هرگونه مشکل در معاینات یا جواب آزمایشات پزشک معالج طبق الگوریتم درد شکمی (صفحه ۸۰ تا ۸۳) کتاب به مادر اقدامات لازم را انجام می دهد.

تهوع استفراغ شدید و کنترل شده: اگر مادر باردار با شکایت تهوع و استفراغ مراجعه نمود بعد از ارزیابی توسط مامای تریاژ اقدامات به شرح زیر انجام می شود گرفتن شرح حال، کنترل علائم حیاتی، وزن، ارتفاع رحم و تعیین سن حاملگی، معاینه شکم، بررسی دهیدراتاسیون، سونوگرافی از ماحصل بارداری، انجام آزمایش ادرار، اندازه گیری الکترولیت ها و قند خون و بعد از تشخیص نهایی با دستور پزشک طبق الگوریتم (صفحه ۶۲) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم انجام می شود.

کلسیتاز بارداری: اگر مادر باردار با شکایت خارش مراجعه نمود بعد از ارزیابی توسط مامای تریاژ اقدامات به شرح زیر انجام می شود: ابتدا شرح حال مادر را گرفته سپس تعیین سن بارداری، بررسی پوست از نظر رنگ و بشورات جلدی اندازه گیری LFT و در صورت امکان املاح صفراوی و PT و بعد از تشخیص نهایی با دستور پزشک طبق الگوریتم (صفحه ۷۲) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم انجام می شود.

پارگی زودرس کیسه آب: اگر مادر باردار با شکایت آبریزی مراجعه نمود بعد از ارزیابی توسط مامای تریاژ اقدامات به شرح زیر انجام می شود: ابتدا شرح حال مادر را گرفته سپس سن حاملگی را تعیین نموده، معاینه واژینال با اسپکولوم و بررسی سونوگرافی های قبلی جهت تعیین سن حاملگی و وجود آنومالی را انجام داده و بعد از بررسی و تشخیص نهایی با دستور پزشک طبق الگوریتم (صفحه ۳۸) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم انجام می شود. جفت سرراهی: اگر مادر باردار با شکایت خونریزی و یا

کتابچه دستورالعمل ها

درد مراجعه نمود بعد از ارزیابی توسط مامای تریاژ اقدامات به شرح زیر انجام می شود: گرفتن شرح حال مادر، تعیین سن حاملگی، کنترل علائم حیاتی، معاینه شکمی، بررسی انقباضات رحمی و کنترل قلب جنین و در صورت نداشتن سونوگرافی از نظر تعیین محل جفت معاینه واژینال ممنوع می باشد و بررسی میزان CBC-DI FF-BG-RG-BUN- CR-PT-PTT-I NR-Na- آزمایشات و انجام خونریزی و بعد از تشخیص نهایی با دستور پزشک طبق الگوریتم (صفحه ۷۹) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم انجام می شود.

پره اکلامپسی: هنگامی که در ارزیابی اولیه ی مادر باردار توسط ماما ی تریاژ احتمال پره اکلامپسی وجود دارد مادر به لیبر منتقل و اقدامات به شرح زیر: گرفتن شرح حال مادر، کنترل علائم حیاتی، اندازه گیری ارتفاع رحم، تعیین سن بارداری، شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری وزن و آزمایشات پره اکلامپسی انجام می شود و بعد از بررسی و تشخیص نهایی با دستور پزشک طبق الگوریتم (صفحه ۴۲) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم توسط ماما در لیبر انجام می شود.

چندقلویی: هنگامی که در ارزیابی اولیه مادر باردار توسط ماما احتمال چندقلویی وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته و چنانچه حاملگی چندقلویی مسجل شد طبق پروتکل (صفحه ۶۷) کتاب راهنمای کشوری اقدامات لازم انجام می شود.

بیماریهای قلبی - کلیوی و): هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال بیماریهای زمینه ای مادر وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته و چنانچه بیماریهای زمینه ای مانند بیماری قلبی - کلیوی و در مادر مسجل شد. در بیماریهای کلیوی طبق پروتکل مراقبت های ویژه بارداری ص ۱۲۴ و بیماریهای قلبی ص ۱۸۵ و سایر بیماریها نیز طبق کتاب راهنمای کشوری به مادر اقدامات لازم انجام می شود.

تاخیر رشد داخل رحمی: هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال تاخیر رشد داخل رحمی وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته - وضعیت تغذیه - بررسی بی ام ای - وزن گیری - بیماریهای سیستمیک - سابقه بارداری قبلی - سندرم تورچ - بیمار را از نظر مصرف داروها - دخانیات و مواد مخدر بررسی می نماید - کنترل دقیق قلب جنین - محاسبه سن جنین براساس ال ام پی و سونو های قبلی - انجام سونو جهت بررسی جی آ - حجم مایع آمنیوتیک - فعالیت جنینی - آنومالی های جنینی - کنترل مادر از نظر ایدز و هپاتیت بررسی می نمائیم چنانچه تشخیص تاخیر رشد داخل رحمی مسجل شد طبق الگوریتم ص ۹۲ کتاب راهنمای کشوری به مادر اقدامات لازم انجام می شود.

پلی هیدرو آمنیوس شدید: هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال پلی هیدرو آمنیوس شدید وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته و سوابق بیماریهای مادر - تعیین سن بارداری - ارزیابی علائم حیاتی و حال عمومی مادر - سونوگرافی جهت بررسی دقیق آناتومی جنین و ارزیابی ناهنجاری های اسکلتی - انجام آزمایش های غربال گری دیابت - تست کومبس غیر مستقیم انجام می شود چنانچه تشخیص پلی هیدرو آمنیوس مسجل شد طبق الگوریتم ص ۵۰ کتاب راهنمای کشوری به مادر اقدامات لازم انجام می شود. تب ناشناخته: : هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال تب وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته تعیین سن حاملگی - سابقه بیماریهای زمینه ای - معاینه رحم - سمع صدای قلب جنین - معاینه شکم و پهلوها - وجود انقباضات رحمی - بررسی علائم ادراری

کتابچه دستورالعمل ها

- بررسی علائم گوارشی و اسهال خونی تهوع استفراغ و زردی - وجود بشورات پوستی را بررسی کرده چنانچه تشخیص تب مسجل شد طبق الگوریتم ص ۵۲ کتاب راهنمای کشوری به مادر اقدامات لازم انجام می شود. ترومبوز ورید عمقی: هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال ترومبوز ورید عمقی وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته و طبق کتاب راهنمای کشوری و دستورالعمل ارسالی وزارت بهداشت ویرایش دوم فروردین ۹۵ به مادر اقدامات لازم انجام می شود.

آنمی شدید: هنگامی که در ارزیابی اولیه احتمال آنمی شدید وجود دارد ابتدا شرح حال مادر را گرفته و آزمایشات لازم را انجام و در صورت پایین بودن هموگلوبین و مسجل شدن آنمی اقدامات لازم طبق الگوریتم ص ۳۶ کتاب راهنمای کشوری به مادر اقدامات لازم انجام می شود.

۱. در صورتی که امکان ارائه خدمت در این مرکز به مادر وجود نداشته باشد با سوپر وایزر جهت گرفتن پذیرش و اعزام مادر هماهنگی می شود.

۲. سوپر وایزر جهت گرفتن پذیرش با ستاد هدایت هماهنگی لازم را می نماید.

۳. در صورتی که وضعیت مادر پایداری لازم جهت اعزام را نداشته باشد متخصص زنان با استاد معین تماس می گیرد و به صورت تیمی در مورد مادر تصمیم لازم گرفته می شود.

۴. رابط مادران بیمارستان وضعیت مادر را به اطلاع رابط مادران مرکز بهداشت می رساند و مشخصات مادر را در دفتر ثبت مادران پر خطر ثبت می نماید.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجهیزات کلینیک مامایی، آزمایشگاه، کلاس های آمادگی زایمان، کتابچه های آموزشی ویژه مادران باردار، تجهیزات زایمانی بلوک زایمان، تیم مامایی با پوشش تمام بلوک زایمان اعم از کلینیک، زایشگاه، بخش زنان و اتاق عمل

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۱	۲۶	سنجه	۱	کد سند	INS-BC-۰۸
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۸. اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان

کام های انجام کار:

- در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می شود:
- ۱- بیمار علیرغم توصیه پزشک و کادر درمان قبل از اتمام دوره درمان بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می نماید.
 - ۲- پاسخ برخی تست ها در دوره معمول درمان آماده نمی شود مانند نتایج پاتولوژی و لازم است نتایج هنگام آماده شدن به بیمار یا همراه وی اطلاع رسانی شود
 - ۳- نتایج برخی از تست های آزمایشگاهی و پاراکلینیک در تکمیل روند دوره بستری حائز اهمیت نیستند و پزشک باتوجه به وضعیت بالینی بیمار اقدام به ترخیص وی از بیمارستان می نماید
- بر این اساس لازم است دستورالعمل واحدی در بیمارستان جاری باشد تا کلیه کادر درمان مطابق آن عمل نموده تا هدف تشخیصی درمانی تست مورد نظر حاصل گردد.
۱. لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف بیماران در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.
 ۲. پرستار/مامای مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می نماید
 ۳. در صورتی که هنگام ترخیص بیمار برخی از جواب تست ها آماده نبود پرستار/مامای مسئول اسم کامل تست را به همراه زمان انجام و زمان مورد انتظار پاسخ (طبق لیست چرخه جواب) در فرم آموزش حین ترخیص بیمار ثبت می نماید
 ۴. فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.
 ۵. در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفاً از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار و یا همراه وی صورت پذیرد.
 ۶. مواردی که نمونه پاتولوژی بیمار مثبت باشد پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه مراتب را بلافاصله به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری بعدی اطلاع داده و ثبت نماید.
 ۷. پرسنل آزمایشگاه درمورد بیماران سرپایی و ترخیص شده جواب هایی که در محدوده بحرانی می باشند بصورت تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع می دهند.
 ۸. به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است. بیماران می توانند از طریق سامانه اینترنتی با در دست داشتن شماره قبض آزمایش خود جواب آزمایش را از طریق سایت پیگیری کنند.
 ۹. تست های پاراکلینیکی نظیر گرافی ها، سی تی اسکن، MRI و... پس از رپورت رادیولوژیست در دسترس منشی رادیولوژی قرار می گیرد. بیمار با کد ملی جهت گرفتن جواب مراجعه نماید. (درمورد CT یک هفته و MRI حدوداً ۲۰ روز) به منظور

کتابچه دستورالعمل ها

صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است.

۱۰. جواب هایی که بحرانی هستند و نیازمند مداخله درمانی فوری می باشند توسط رادیولوژیست به مسئول شیفت واحد پاراکلینیک اعلام گردیده از طریق تماس تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع رسانی می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

لیست آزمایشات و چرخه زمانی پاسخ دهی با تایید مسئول واحد، لیست زمان پاسخ تست های پاراکلینیک به تایید مسئول واحد

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۲	۱۰	سنجه	۱	کد سند	INS-EC-۰۱
-----------	---	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۱۹. احیاء قلبی ریوی

کام های انجام کار:

روش اجرای دستورالعمل:

۱. برنامه کد احیا (کد ۹۹) توسط مدیر خدمات پرستاری بر اساس مهارت های پرسنلی تدوین و سپس به بخش ها ابلاغ می شود.
۲. مسئول واحد برنامه تنظیمی را روی برد پرسنلی نصب می نماید.
۳. کلیه پرسنل برنامه تنظیمی را مطالعه و از حضور خود و سایر کارکنان اطلاع می یابند تا جهت حضور سریع و به موقع آماده باشند.
۴. سوپروایزر از حضور اعضای کد ۹۹ اطمینان حاصل می نماید.
۵. سوپروایزر کشیک در صورت عدم حضور (استعلاجی و یا غیبت) فردی که در گروه کد حضور داشته را با فرد جدید دیگری جایگزین کرده و به ایشان اطلاع دهد.
۶. سیستم پیشرفته فراخوان احیا در کلیه واحدهای تشخیصی و درمانی نصب می باشد پس از فشردن شاسی call از بلندگوهای نصب شده در واحد ها پخش شود.
۷. اعضا تیم احیا طبق برنامه با شنیدن کد ۹۹ بلافاصله خود را به محل مورد نظر برسانند.
۸. در صورتی که فردی در قسمت های غیر متعارف مانند محوطه بیمارستان و قسمت های پاراکلینیک نیاز به عملیات CPR داشته باشد اولین فردی که با مصدوم مواجهه میشود بلافاصله از نزدیکترین محل درخواست کمک نماید و عملیات CPR مقدماتی را شروع کند و از آنجا به اورژانس جهت اعلام کد اطلاع دهد که بیمار سریعاً به اورژانس منتقل شود.
۹. عملیات احیا توسط همکاران بخش مربوطه تا زمان رسیدن تیم کد ۹۹ شروع شده و سپس مسئول شیفت تا پایان CPR حضور داشته باشند.
۱۰. در هر طبقه یک نفر از بخش مجاور تا زمان حضور تیم کد ۹۹، موظف به حضور بر بالین بیمار می باشد.
۱۱. رهبری کد ۹۹ بر عهده سوپروایزر راند می باشد.
۱۲. برگه ی CPR حتماً توسط تیم حاضر بر بالین بیمار مهر و امضا گردد. برگه پایش احیا توسط سوپروایزر تکمیل گردد.
۱۳. سوپروایزر آموزشی در شیفت صبح غیر تعطیل به عنوان عضو ثابت کد احیا می باشد.
۱۴. تعیین تکلیف کد ۹۹ بر عهده ی پزشکان محترم عمومی کشیک طبق برنامه کد می باشد و پس از حضور بر بالین بیمار می توانند مدیریت کد ۹۹ را به پزشک مقیم و یا آنکال احضار شده بسپارند.
۱۵. در برنامه گروه کد احیا بیمارستان وظایف افراد تیم بر حسب A.B.C.D مشخص می باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

- * گایدلاین احیای قلبی ریوی در تمام بخش ها نصب شده است و کلیه پرسنل از آن ها آگاهی دارند
- * کارگاه های بازآموزی احیای قلبی-ریوی به صورت ماهیانه برگزار می شود.

شرح وظایف سوپروایزر در مدیریت تیم احیا

- رهبری گروه
- نظارت بر کیفیت انجام CPR
- تقسیم کار بین تیم
- مدیریت گروه های آموزشی
- ایجاد امنیت محیط CPR
- مدیریت احیا تا زمان رسیدن اعضای تیم
- تامین نیروی جایگزین در صورت لزوم
- مدیریت تیم در صورت وجود دو کد همزمان
- مدیریت همراهیان از طریق نگهداری و خلوت نمودن محیط
- نظارت بر حضور به موقع اعضای تیم
- گزارش پایش احیا

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: الگوریتم احیای قلبی ریوی AHA ۲۰۱۵

امکانات: سیستم اعلان کد ۹۹- ترالی اورژانس و تمامی تجهیزات احیا-الگوریتم احیای AHA

کارکنان: تیم کد ۹۹ و سایر کارکنان

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۴	۱	سنجه	۱	کد سند	INS-AS-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۰. نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل

گام های انجام کار:

۱. برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران در اتاق های عمل با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت پذیرد.
۲. جهت کسب اطمینان از آمادگی اتاق عمل برای پذیرش بیماران، لازم است اتاق های عمل در ابتدای هر شیفت کنترل و چک شود.
۳. لیست عمل های انتخابی در ابتدای شیفت از بخشهای جراحی (۱-۲-۳-۴) به اتاق عمل بایستی ارجاع شود.
۴. بایستی پس از حضور جراح و متخصص بیهوشی، بیماران طبق اولویت پذیرش گردند.
- اولویت بندی بیماران براساس سن (کودکان و سالمندان در اولویت هستند) و نوع عمل (عفونی و غیرعفونی) انجام می گردد.
- در صورت مراجعه بیمار اورژانس، اطلاع رسانی از طریق تماس تلفنی بخش مربوطه یا بخش اورژانس زایشگاه با اتاق عمل انجام و پذیرش بیمار اورژانس در اسرع وقت انجام شود.
۵. اصول شناسایی صحیح بیمار بایستی رعایت شود.
۶. مسئول پذیرش اتاق عمل موظف است بیمار را ضمن معرفی خود با توجه به موارد ذیل و تکنیک ISBAR از پرستار بخش تحویل گیرد:
 - ارزیابی وضعیت جسمی
 - پرسش پیرامون مدت زمان NPO
 - همراه نداشتن وسایل فلزی و اعضای مصنوعی
 - پرسش از وجود بیماریهای زمینه ای همراه و جراحی های گذشته
 - چک آزمایشات و ضمائم پرونده نظیر EKG و Cxray
 - کنترل رضایت عمل و کسب و اطمینان از نظر اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در صورت هوشیاربودن یا از ولی قانونی بیماران غیرهوشیار
 - بیمار با رعایت موازین اسلامی و پوشش مناسب اتاق عمل بایستی به داخل سالن هدایت شود.
 - در زمان پذیرش ضمن صحبت با بیمار همواره سعی در ایجاد فضای دوستانه جهت آرامش بیمار گردیده و با ارائه توضیحات و آموزشهای لازم به سوالات بیمار پاسخ داده می شود.
 - برگه مراقبت قبل از جراحی توسط مسئول پذیرش چک و امضا می شود.
- بهرتر است بیماران عفونی در صورتیکه الکتیو باشند در پایان سایر اعمال جراحی پذیرش شوند.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

چک لیست تحویل بیمار طبق دستورالعمل جراحی ایمن - سرپرستار اتاق عمل - مسئول پذیرش اتاق عمل

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۴	۲	سنجه	۱	کد سند	INS-AS-۰۲
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۱. نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق عمل

گام های انجام کار:

نظافت اتاق عمل قبل از شروع اولین عمل:

- گردگیری مرطوب سطوح یک ساعت قبل از عمل
- تهیه لوازم مورد نیاز و خودداری از رفت و آمد اضافی

در حین جراحی:

- حداقل صحبت و رفت و آمد و حرکت اضافی
- عدم رفت و آمد پرسنل سایر اتاقها به اتاق عمل

پس از اتمام جراحی:

- جمع آوری پوشش های روی بیمار با تا زدن لبه های آن روی یکدیگر
- اجتناب از گذاشتن آنها در کیسه پلاستیکی یا انداختن روی زمین
- قرار دادن قسمتهای آلوده گان ها و دستکش به طرف داخل
- باز کردن تمام کلمپ ها و قراردادن تمام وسایل در ظرف مخصوص شستشو قبل از خارج کردن دستکش توسط اسکراب
- جمع آوری کلیه وسایل ظروف لوله ها و محلول ها روی تrolley و خروج آنها از اتاق عمل
- قرار دادن سوزن ها و تیغ ها روی صفحه های مغناطیسی یکبار مصرف
- قرار دادن اسپانج ها و وسایل مصرف شده در کیسه زباله یکبار مصرف

پس از انتقال بیمار از اتاق عمل:

- برداشتن شیشه ساکشن و خالی کردن آن
- بیرون بردن لباس ها، کیسه های زباله و تrolley لوازم آلوده و مصرف شده
- شستن کف اتاق عمل

در پایان عمل های جراحی:

- گردگیری سطوح صاف با پارچه آغشته به محلول ضد عفونی کننده مناسب مانند دکونکس ۵۳ پلاس
- توجه خاص به گردگیری چراغها
- ضد عفونی دستگاه بیهوشی و لوازم ضمیمه آن
- شستن سینک های اسکراب، جمع آوری و ضد عفونی برس ها، شیرهای آب و ظروف حاوی مواد ضد عفونی کننده دست ها

شستن کف با محلول های ضد عفونی کننده:

کتابچه دستورالعمل ها

برای ضدعفونی کف اتاق عمل از محلول دکونکس دو درصد که به صورت تازه آماده میشود استفاده میگردد. نباید به صورت لایه روی کف باقی بماند، شستشو و استریل کردن سر تی و در صورت عدم امکان چنین کاری قرار دادن آن در محلول ضد عفونی کننده

شستن دیوارها هر روز پس از عمل های جراحی و توجه ویژه به گوشه کنارها

نظافت دیوارها و سقف:

در صورتیکه این سطوح تمیز، صاف، خشک و سالم باشند احتمال خطر عفونت بسیار پایین می باشد. نظافت دیوارها و سقف جهت جلوگیری از آلودگی و کثیفی ظاهری بایستی در فواصل منظم و در حد کافی صورت گیرد تا خاک و لکه بر روی آنها مشاهده نشود لازم به ذکر است که این فاصله زمانی باید توسط مسول بخش برنامه ریزی گردد. گندزدایی این قسمتها مورد نیاز نمی باشد مگر در صورت مشاهده آلودگی شناخته شده خون، ادرار یا مایع آلوده کننده که باید پاک شود. در زمان پاک کردن دیوارها سطوح آنها حتی المقدور باید خشک نگه داری شود.

شستشوی حمامها، سینکها و دستشویی ها (محل شستن دستها) حمامها و محل شستشوی دستها بایستی حداقل بصورت روزانه توسط پرسنل خدمات تمیز گردد. استفاده از مواد شوینده برای نظافت روتین کافیست. در مواردی که بیمار عفونی استحمام کرده یا بیمار مبتلا به ارگانیزم های مقاوم و یا ارگانیزم های مشکل زا باشد، بایستی از ماده ضدعفونی کننده استفاده شود. ضدعفونی نمودن، قبل از استحمام بیماران با زخم باز نیز لازم می باشد.

ماده ضد عفونی مناسب هیپوکلریت سدیم ۰.۵٪ می باشد. در مواردی که احتمال آسیب رساندن به سطوح در اثر استفاده از هیپوکلریت سدیم وجود دارد، می توان با مشورت کمیته کنترل عفونت مایع ضدعفونی کننده دیگری را انتخاب نمود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعملهای وزارت - تی شستشو، دکونکس ۵۰af - نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ب	۴	۳	سنجه	۱	کد سند	INS-AS-۰۳
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۲. نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

کام های انجام کار:

- ظروف جمع آوری نمونه در سایزهای مختلف از انبار بیمارستان تحویل گرفته شود.
- محلول فرمالین ۱۰ درصد براساس خط مشی توسط پرسنل خدمات اتاق عمل آماده می شود.
- نمونه پاتولوژی پس از جداسدن از بافت توسط پرستار اسکراب تحویل پرستار سیرکولر شده و جمع آوری می شود.
- پاتولوژی در ظرف مناسب حاوی مقدار کافی فرمالین ۱۰ درصد قرار می گیرد.
- برچسب مشخصات بیمار شامل (نام بیمار - نام جراح - تاریخ عمل - نوع بیوپسی - شماره پرونده) روی ظرف بیوپسی الصاق می گردد.
- فرم درخواست پاتولوژی (فرم شماره ۱) و فرم درخواست آزمایش تکمیل می شود و توسط پزشک مهر و امضا می گردد.
- ظرف بیوپسی به محل مخصوص منتقل می شود.
- نوع بیوپسی و نام بیمار توسط پرستار اتاق عمل در دفتر تحویل پاتولوژی ثبت می گردد.
- در پایان شیفت توسط نیروی خدمات اتاق عمل و با استفاده از ظرف مخصوص حمل نمونه به آزمایشگاه منتقل می گردد.
- مسئول آزمایشگاه بیوپسی را تحویل گرفته و محل مخصوص در دفتر تحویل بیوپسی را امضا می کند.
- برگه پاتولوژی توسط مسئول آزمایشگاه مهر می گردد و شماره پیگیری ثبت می شود.
- نسخه دوم برگه پاتولوژی ضمیمه پرونده بیمار می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

ظروف جمع آوری نمونه در اندازه های مختلف - محلول فرمالین ۱۰ درصد - دفتر ثبت پاتولوژی - ظرف مخصوص حمل نمونه پاتولوژی

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	۵	۱	۲	سنجه	۱	کد سند	INS-PM-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۳. انبارش ایمن داروها

کام های انجام کار:

مقدمه

با توجه به اهمیت انبارهای دارویی بعنوان محلی برای نگهداری سالم و صحیح داروها و لوازم مصرفی و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و دندانپزشکی و شرایط فنی و فیزیکی آنها برای حصول به این هدف بسیار مهم می باشد. در صورت استاندارد نبودن این شرایط داروی سالم در اختیار مصرف کننده نهایی قرار نمی گیرد. از آنجائیکه در شهرستانهای مختلف با توجه به قدمت و سابقه کارکرد شبکه های بهداشت و درمان ، فضاهای فیزیکی موجود بعنوان انبارهای دارویی شرایط بسیار متفاوتی از هم داشته ، به گونه ای که امکان برنامه ریزی جهت ارتقاء مسائل فنی و فیزیکی در هر یک اقتضائات خاص خود را می طلبد. از آنجائیکه هر گونه برنامه ریزی جهت استاندارد سازی انبارهای دارویی نیازمند منابع مالی و نگاه حمایتی مدیریتی می باشد ، برای حصول به اهداف برنامه شاید به زمانی بیشتر از یکسال نیاز باشد.

به منظور افزایش توان فنی لازم جهت این ارتقاء ، دستورالعمل حاضر تهیه شده است تا با اجرای آن بتوان وضعیت فیزیکی و فنی انبارهای دارویی و انبارش ایمن دارو در آنها را در سطح استاندارد تعریف شده ارتقاء داد .

استاندارد ۱- حفاظت کامل بیولوژیکی و فیزیکی (حشرات و جانوران موذی ، نور ، دما، رطوبت ، توری پنجره، حفاظ فیزیکی پنجره ها و درب ورودی انبار، سیستم دزدگیر)

الف- در انبارهای دارویی سرمایه دارویی و تجهیزاتی بالایی نگهداری می شود که در درجه اول باید از این سرمایه کاملاً حفاظت بعمل آورد . بنابراین باید هر گونه احتمال و امکان خروج غیرقانونی این سرمایه از داخل انبار به خارج منتفی گردد.

ب- انبار دارویی باید نسبت به ورود حشرات و جانوران موذی (مانند انواع حشرات و جوندگان) نفوذناپذیرباشد (استفاده از حفاظ وتوری برای درب ها و پنجره ها).

ج- از محل سقف یا پنجره ها یا محل تهویه های موجود در هنگام بارندگی ، آب به داخل انبار دارویی نفوذ ننماید.

د- با توجه به تاثیر نور بر ترکیب شیمیایی داروها پنجره ها و منافذ انبار دارویی باید دارای پرده باشند.

و- در انبارهای دارویی که تحت نظارت مستقیم نگهبان یا نظارت غیر مستقیم آن (از طریق دوربین های مدار بسته) نمی باشند به منظور حفظ امنیت انبار ، امکانات سیستم دزدگیر الکترونیک برای آن فراهم گردد.

استاندارد ۲- بیمه حریق، زلزله و حوادث غیر مترقبه (سیل، طوفان،)

به منظور حفظ سرمایه های موجود در انبار دارویی ، بیمه کردن انبار دارویی از لحاظ حریق، زلزله و سایر حوادث غیر مترقبه (سیل، طوفان،) ضروری است. هر ساله و قبل از انقضای تاریخ بیمه نامه باید نسبت به تمدید به موقع آن اقدام گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد ۳- تهویه مطبوع

با توجه به افزایش دما استفاده از سیستم های تهویه برای حفظ رطوبت و دمای انبار در حد استانداردهای تعیین شده ضروری است . با بررسی گزارش روزانه ثبت رطوبت و دما از بهینه بودن وضعیت تهویه در انبار دارویی اطمینان حاصل شود. رطوبت و دمای انبار باید در حد استاندارد رعایت گردد (رطوبت زیر ۷۰٪ و دمای ۲۵ درجه سانتی گراد) . به منظور کنترل وضعیت رطوبت و دما ، گزارش ثبت روزانه آنها تهیه و در پایان ماه در بایگانی انبار نگهداری گردد تا در زمان پایش قابل ارائه باشد.

استاندارد ۴- وجود سیستم گرمایشی و سرمایشی مناسب برای کلیه فضاهای انبار دارویی

دمای استاندارد انبار دارویی ۲۵ درجه سانتی گراد می باشد. در فصول سرد یا گرم سال ممکن است این دما بالاتر یا پایین تر از حد استاندارد گردد. لذا با استفاده از سیستم های گرمایشی و سرمایشی باید نسبت به کنترل دمای استاندارد اقدام نمود.

استاندارد ۵- پالت مناسب و قفسه بندی و چیدمان مطلوب اقلام و وجود وسایل حمل دارو و تجهیزات

از تماس مستقیم دارو و تجهیزات با کف زمین خودداری گردد. برای این منظور حتماً از پالت های مناسب استفاده شود. قفسه ها تمیز و عاری از هرگونه گرد و خاک باشد . چیدمان اقلام دارویی باید مناسب و براحتی قابل کنترل و نظارت از لحاظ شرایط نگهداری و شمارش و تاریخ انقضاء باشد. برای کلیه اقلام دارویی باید اتیکت (با ذکر نام دارو با خودکار و تاریخ انقضاء با مداد) نصب گردد . برای تحویل اقلام دارویی مورد نیاز واحدهای تابعه جهت جابجایی از وسایل مناسب حمل دارو(ترالی) استفاده شود.

استاندارد ۶- یکپارچگی فضاهای انبار دارویی

به منظور سهولت در نظارت و کنترل انبار دارویی و همچنین صرفه جویی در استفاده از سیستم های گرمایشی و سرمایشی و رعایت موازین بهداشتی ، فضای انبار دارویی باید یکپارچه و کف و دیوارهای آن (تا ارتفاع یک متر و بیست سانتی متر) قابل شستشو باشد.

استاندارد ۷- دسترسی به نرم افزارهای مورد نیاز اتوماسیون - نسخه خوان دارویی

الف- به منظور دستیابی به کلیه مکاتبات اداری و اطلاع از آخرین دستورالعملها و بخش نامه ها ضروری است که برای کلیه انبارهای دارویی کارتابل «مسئول انبار دارویی» تهیه گردد تا براحتی بتوان از سطح استان و شهرستان نامه های مربوطه را ارجاع داد.
ب- از آنجائیکه انبارهای دارویی محل استقرار کارشناس دارویی بوده و یا در بیشتر اوقات در این مکان حضور دارد ، ضروری است در انبارهای دارویی قابلیت اتصال به نرم افزار نسخه خوان فراهم گردد.

استاندارد ۸: دسترسی به خط تلفن ثابت مستقیم و مستقل

فرآیندهای درخواست دارو، خرید از شرکتهای دارویی و هماهنگی با واحدهای تابعه جهت تحویل دارو به آنها در انبار دارویی انجام می گیرد . لذا وجود یک خط تلفن ثابت و مستقیم و مستقل در انبار دارویی ضروری است . البته به منظور نظارت و کنترل بر نحوه استفاده از این تلفن مدیریت بیمارستان می تواند از تدابیر نظارتی مربوطه استفاده نماید ولی نمی توان با این توجیه که هزینه تلفن انبار ممکن است بالا باشد یا امکان کنترل در استفاده از تلفن وجود ندارد ، انبار دارویی را از داشتن این وسیله مهم محروم ساخت . در ضمن با پرداخت به موقع قبوض تلفن از قطعی های طولانی تلفن در انبار دارویی جلوگیری شود ، چون این امر کلیه فعالیتهای دریافتی و تحویلی دارو را تحت تاثیر منفی قرار می دهد.

استاندارد ۹- سخت افزار رایانه ای به روز و مناسب

با توجه به مکانیزه شدن کلیه فرآیندهای انبار دارویی استفاده از سخت افزار رایانه ای مناسب و به روز (عدم استفاده از سخت افزار فرسوده) ضروری است. با توجه به لزوم ارائه بدون مشکل سرویس های مورد نیاز (اتوماسیون و نسخه خوان) چنانچه در این زمینه مشکل یا مشکلاتی به وجود آید، سریعاً از طریق مسئول IT بیمارستان هماهنگی لازم بعمل آید و در هر مورد حتماً از طریق

کتابچه دستورالعمل ها

کارشناس دارویی، مدیر داخلی یا مدیر خدمات پرستاری بیمارستان جهت پیگیری بیشتر در جریان قرارگیرد و اگر این مشکلات پس از یک هفته حل نشد باید طی نامه کتبی و قبل از آن بصورت تلفنی معاونت غذا و دارو دانشگاه مطلع گردد.

استاندارد ۱۰ - وجود تجهیزات ایمنی اطفاء حریق براساس استاندارد بهداشت حرفه ای (یک کپسول ۵-۳ کیلوگرمی آتش نشانی به ازای هر ۵۰ متر مربع فضای مورد استفاده با ارتفاع ۱/۲۰ متری از کف انبار)

الف - یکی از نکات اساسی در حفظ ایمنی انبارهای دارویی وجود تجهیزات ایمنی اطفاء حریق می باشد تا اگر حادثه ناگواری روی دهد بتوان خسارت حاصله را به حداقل رساند. با عنایت به بیمه بودن انبارهای دارویی وجود این وسایل و تجهیزات ایمنی در ارزیابی بازرسان بیمه در هنگام تعیین خسارت و پرداخت آن بسیار تاثیر گذار می باشد. لذا حفظ و رعایت این استاندارد بسیار ضروری است.

ب - در بازه های زمانی مناسب (بطور مثال ۳ ماهه یا ۶ ماهه) واحد تاسیسات بیمارستان از سلامت سیستم برق رسانی انبار دارویی اطمینان حاصل نماید تا بدلیل فرسودگی این سیستم حوادث ناگواری بوجود نیاید. گزارش بازرسی و نظارت واحد تاسیسات بیمارستان بصورت صورتجلسه ای با تائید و امضای مدیر داخلی بیمارستان و کارشناس مسئول دارویی و مسئول انبار دارویی بعنوان مستندات در انبار دارویی نگهداری گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

انبار دارویی - تلفن ثابت مستقیم - یک دستگاه رایانه - کپسول آتش نشانی - نرم افزار اتوماسیون - نسخه خوان دارو - ترالی حمل دارو و... - انباردار - خدمات - کارشناس امور دارویی

کتابچه دستورالعمل ها

INS-PM-۰۲

کد سند

۲

سنجه

۵

۱

۵

استاندارد

عنوان دستورالعمل:

۲۴. اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose

گام های انجام کار:

توصیه ها و نکات مهم:

- ۱- بعد از باز شدن ویالهای چند دوزی حتما باید تاریخ و ساعت باز شدن روی آن قید شده و در شرایط توصیه شده نگهداری گردد.
- ۲- ویالها یک درپوش پلاستیکی یا فلزی دارند. بعد از برداشتن درپوش، در لاستیکی ویال باید با پنبه الکلی تمیز شود و فرصت داد تا الکلی کاملاً خشک شود.
- ۳- جهت پیشگیری از وارد شدن ذرات لاستیک خرد شده به درون سرنگ و تزریق آن باید از نیدل های فیلتردار استفاده شود.
- ۴- نیدل باید وارد مرکز درب ویال شود زیرا این منطقه نازکتر از بقیه قسمت ها می باشد.
- ۵- جهت حل شدن سریعتر دارو، ویال را بین کف دستان خود بچرخانید و از تکان دادن آن بپرهیزید. تکان دادن ویال باعث تشکیل حباب می شود. در نتیجه امکان کشیدن حجم صحیح دارو وجود نخواهد داشت.
- ۶- مطمئن شوید پودر کاملاً حل شده است و ذرات آن به دیوار ویال و سر آن نچسبیده است.

در ادامه به بررسی مقدار و نحوه مصرف چند داروی مولتیپل دوز براساس نظر کارخانه سازنده آن می پردازیم:

آمپی ویل (آمپی سیلین)

پودر استریل جهت تهیه محلول تزریقی برای تزریق عضلانی، آهسته وریدی (طی ۱۰ تا ۱۵ دقیقه) و انفوزیون وریدی مقدار و نحوه مصرف:

مقدار دارو برای هر بیمار را پزشک معین می کند.

بزرگسالان: دوز مرسوم آمپی سیلین در بزرگسالان از راه تزریق عضلانی یا تزریق مستقیم وریدی، ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرم هر شش ساعت می باشد. در مبتلایان به مننژیت و ورود عفونت درخون (سپتسمی)، دوز تزریق عضلانی و وریدی می تواند به ۱ تا ۲ گرم هر سه یا چهار ساعت و یا ۱۸/۷۵ تا ۲۵ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۳ ساعت یا ۲۵ تا ۳۳/۳ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۴ ساعت افزایش داده شود. در مبتلایان به سوزاک، دوز عضلانی یا وریدی، ۵۰۰ میلی گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت بوده و در صورت لزوم درمان می تواند تکرار شود. حداکثر دوز روزانه آمپی سیلین در بزرگسالان، ۲۰۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن یا کلاً ۱۴ گرم در روز می باشد.

کودکان: دوز مرسوم آمپی سیلین در کودکان تا ۲۰ کیلوگرم وزن بدن از راه تزریق عضلانی و یا وریدی ۶/۲۵ تا ۲۵ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت یا ۸/۳ تا ۳۳/۳ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت می باشد. در کودکان بالای ۲۰ کیلوگرم، از دوز بالغین استفاده شود. در کودکان مبتلا به مننژیت و سپتسمی، دوز عضلانی و وریدی می تواند به ۱۸/۷۵ تا ۲۵ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۳ ساعت یا ۲۵ تا ۳۳/۳ میلی گرم وزن بدن هر ۴ ساعت افزایش داده شود. در بعضی حالات، بسته به نوع و شدت عفونت ممکن است به دوز روزانه ای معادل ۴۰۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن در دوزهای منقسم نیاز باشد.

زاک زیدیم (سفتازیدیم)

پودر استریل جهت تهیه محلول تزریقی برای تزریق عضلانی، آهسته وریدی (۳ تا ۵ دقیقه) و انفوزیون وریدی مقدار و نحوه مصرف:

کتابچه دستورالعمل ها

مقداردارو برای هر بیمار را پزشک معین می کند .

در افراد مبتلا به نارسایی کبدی نیازی به تنظیم دوز نیست ولی در مبتلایان به نارسایی کلیه ها، دوز سفتازیدیم بایستی با نظر پزشک تنظیم گردد .

توجه: انحلال سفتازیدیم همراه با تشکیل گاز کربنیک و بالارفتن فشار داخلی ویال می باشد. بعد از وارد نمودن حلال در داخل ویال و به هم زدن آن، در حدود ۱ تا ۲ دقیقه وقت لازم است تا سفتازیدیم کاملاً حل شده و محلول زلال به دست آید .
بعد از کشیدن محلول به داخل سرنگ، برای خارج کردن گاز کربنیک با انگشت چند ضربه آرام به سرنگ وارد کنید تا حبابهای گاز خارج شوند. حبابهای بسیار ریز که در داخل محلول باقی مانده اند هیچگونه خطری برای مریض ندارند. قبل از کشیدن محلول به داخل سرنگ، گاز داخل ویال را خالی کنید .

بزرگسالان: دوز مرسوم سفتازیدیم از راه عضلانی یا وریدی برابر ۱ گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت و به صورت انفوزیون ۵۰۰ میلی گرم تا ۲ گرم هر ۸ تا ۱۲ ساعت می باشد در افراد سالم از نظر کارکرد کلیه ها، و در عفونتهای شدید، دوز روزانه می تواند تا ۶ گرم افزایش یابد.
کودکان: دوز مرسوم سفتازیدیم به صورت انفوزیون در نوزادان تا ۴ هفتگی به میزان ۳۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۱۲ ساعت در شیرخواران و اطفال بین یک ماهه تا ۱۲ سال به میزان ۳۰ تا ۵۰ میلی گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت می باشد . به هر صورت دوز روزانه سفتازیدیم در اطفال نبایستی از ۶ گرم تجاوز نماید .

سیپروکسی ۲۰۰

سیپروفلوکساسین (۲۰۰ میلی گرم در ۲۰ میلی لیتر)

محلول غلیظ برای تهیه محلول جهت انفوزیون وریدی

دارو را قبل از تزریق حتماً رقیق نموده و از تزریق مستقیم آن خودداری نمایید .

راهنمای مقدار مصرف در بالغین :

- عفونت دستگاه ادراری خفیف / متوسط: ۲۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- عفونت دستگاه ادراری شدید/ پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- عفونت دستگاه تنفسی تحتانی خفیف/ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- عفونت دستگاه تنفسی شدید/ پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- پنومونی بیمارستانی ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا یا کلبسیلا پنومونیه خفیف/ متوسط/ شدید: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز (به رغم اثربخشی در آزمایشهای بالینی، سیپروفلوکساسین خط اول درمان در پنومونی ثانویه به استرپتوکوک پنومونیه نیست)
- عفونت پوست و ساختار پوست خفیف/ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- عفونت پوست و ساختار پوست شدید/ پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز
- عفونت استخوان و مفاصل خفیف/ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۴ تا ۶ هفته
- عفونت استخوان و مفاصل شید/ پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت به مدت ۴ تا ۶ هفته
- عفونت داخل شکمی پیچیده: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۷ تا ۱۴ روز (همراه با مترونیدازول)
- سینوزیت حاد خفیف/ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۱۰ روز
- پروستاتیت مزمن باکتریایی خفیف/ متوسط: ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۲۸ روز
- درمان تجربی در بیماران نوتروپنیک تب دار شدید: سیپروفلوکساسین ۴۰۰ میلی گرم هر ۸ ساعت بعلاوه پپراسیلین ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن هر ۴ ساعت (که از ۲۴ گرم در روز تجاوز نکند) به مدت ۷ تا ۱۴ روز

کتابچه دستورالعمل ها

- سیاه زخم استنشاقی (پس از مواجهه): ۴۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت به مدت ۶۰ روز (توجه: تجویز دارو باید بلافاصله بعد از رویت موارد مشکوک و یا پس از مواجهه با باسیل سیاه زخم شروع شود).
- مقدار و راهنمای مصرف در بیماران ۱ تا ۱۷ سال :
- مقدار و راه مصرف (وریدی یا خوراکی) در موارد عفونتهای پیچیده دستگاه ادراری یا پیلونفریت براساس شدت عفونت تعیین می شود. در کارآزمایی بالینی در موارد متوسط تا شدید، درمان با تزریق وریدی ۶ تا ۱۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم (حداکثر ۴۰۰ میلی گرم در هر دوز، از این مقدار حتی در بیماران با وزن بالای ۵۱ کیلوگرم تجاوز نشود). هر ۸ ساعت شروع که با صلاحدید پزشک به درمان خوراکی (۱۰ تا ۲۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم، هر ۱۲ ساعت) تبدیل شد.
- تذکر: علی رغم اثر بخشی سیپروفلوکساسین در کارآزمایی های بالینی، به خاطر عوارض جانبی اش، از جمله عوارض مربوط به مفاصل و بافتهای پیرامونی آن، در کودکان انتخاب اول دارویی نیست.
- موارد منع مصرف:
- بیماران با سابقه حساسیت شدید به سیپروفلوکساسین و یا سایر داروهای کینولونی و سایر اجزای تشکیل دهنده.
- مصرف توام با تیزانیدین (تداخلات دارویی)

سفتراکس (سفتریاکسون)

پودر برای تزریق عضلانی و انفوزیون وریدی
مقدار مصرف دارو :

- مقدار مصرف هر دارو را پزشک تعیین می کند ولی مقدار مصرف معمول این دارو به قرار زیر است:
- بزرگسالان: مقدار ۱-۲ گرم هر ۲۴ ساعت یا ۵۰۰ میلی گرم تا یک گرم هر ۱۲ ساعت بصورت تزریق عضلانی یا انفوزیون وریدی .
- بیشینه مقدار مصرف بزرگسالان تا ۴ گرم در روز است .
- کودکان: مقدار ۲۵-۳۷/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۱۲ ساعت حداکثر تا ۲ گرم در روز بصورت تزریق عضلانی یا انفوزیون وریدی.
- بیشینه مقدار مصرف در درمان بیماری مننژیت تا ۴ گرم و برای سایر عفونتها تا ۲ گرم در روز است .
- نحوه مصرف دارو :
- سفتراکس ۵۰۰ میلی گرم: ۱/۸ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تزریق عضلانی و ۴/۸ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تهیه غلظت اولیه ۱۰۰mg/ml برای انفوزیون وریدی اضافه نموده و بخوبی تکان دهید تا کاملاً حل شود.
- سفتراکس ۱ گرم: ۳/۶ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تزریق عضلانی و ۹/۶ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تهیه غلظت اولیه ۱۰۰mg/ml برای انفوزیون وریدی اضافه نموده و بخوبی تکان دهید تا کاملاً حل شود .
- سفتراکس ۲ گرم : ۷/۲ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تزریق عضلانی و ۱۹/۲ میلی لیتر آب سترون قابل تزریق جهت تهیه غلظت اولیه ۱۰۰mg/ml برای انفوزیون وریدی اضافه نموده و بخوبی تکان دهید تا کاملاً حل شود .
- با افزودن محلول های قابل تزریق سدیم کلراید ۰/۹ درصد یا دکستروز ۵٪ ، غلظت محلول انفوزیون وریدی را بین ۴۰-۱۰ میلی گرم در میلی لیتر تنظیم نمایید .
- محلول های تهیه شده فوق باید زرد روشن تا زرد، شفاف و فاقد هرگونه کدورت و ذرات خارجی باشند، در غیر اینصورت از تزریق خودداری نمایید .

دارو را بلافاصله پس از تهیه مصرف نمایید و پس از یک بار تزریق باقیمانده دارو را دور بریزید.

محلول های انفوزیونی حاصل باید در طی ۳۰ دقیقه انفوزیون گردد .

کتابچه دستورالعمل ها

زوکسیم (سفتی زوکسیم)

مقدار مصرف دارو:

مقدار مصرف هر دارو را پزشک تعیین می کند ولی مقدار مصرف معمول این دارو به قرار زیر است:
بزرگسالان:

عفونت های خفیف تا متوسط: یک گرم هر ۸-۱۲ ساعت به صورت تزریق عضلانی یا وریدی.
عفونت های شدید: یک گرم هر ۸ ساعت یا ۲ گرم هر ۸-۱۲ ساعت به صورت تزریق عضلانی یا وریدی.
اطفال یا سن ۶ ماه تا یکسال:

۵۰ میل یگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸-۶ ساعت به صورت تزریق عضلانی یا وریدی.
اطفال زیر ۶ ماه:

سالم بودن مصرف این دارو و همچنین کارایی این دارو در این سن مشخص نشده است.
نحوه مصرف دارو:

زوکسیم ۵۰۰mg: به ترتیب ۱/۵ و ۵ میلی لیتر آب سترن قابل تزریق جهت تزریق عضلانی و وردی اضافه نموده بخوبی تکان دهید.

زوکسیم ۱g: به ترتیب ۳ و ۱۰ میلی لیتر آب سترن قابل تزریق جهت تزریق عضلانی و وردی اضافه نموده تکان دهید.

پس از حل شدن کامل پودر، در صورت مشاهده ذرات خارجی از تزریق خودداری نمائید.

رنگ محلولهای حاصل می تواند از بی رنگ تا زرد و حتی کهربائی متغیر باشد در غیر اینصورت از تزریق دارو خودداری نمائید. این محلول ها به مدت ۲۴ ساعت در دمای اتاق و یخچال پایدار هستند.

در صورت انفوزیون وریدی محلول اولیه را با ۵۰-۱۰۰ میلی لیتر محلول سدیم کراید ۰/۹ درصد تزریقی یا دکستروز ۵٪ تزریقی رقیق تر نمائید.

ونکو (ونکومایسین)

دوز و روش مصرف:

۱- دوز پدیاتریک:

دوز ونکومایسین در آغاز درمان برای نوزادان تا یک هفته، ۱۵ میلی گرم ونکومایسین (dose) برای هر کیلوگرم وزن بدن است که بعداً با دوز ۱۰mg/kg هر ۱۲ ساعت از طریق انفوزیون وریدی ادامه می یابد. انفوزیون وریدی بسته به مقدار ونکومایسین باید در عرض ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه انجام گیرد.

دوز ونکومایسین برای اطفال ۱ هفته تا ۱ ماهه (انفوزیون وریدی) در ابتدا ۱۵mg(dose)/kg و سپس ۱۰mg/kg هر ۸ ساعت است.

دوز ونکومایسین برای اطفال و بچه های ۱ ماهه تا ۱۲ ساله (انفوزیون وریدی) در ابتدا ۱۰mg(dose)/kg هر ۶ ساعت یا ۲۰mg/kg هر ۱۲ ساعت می باشد.

در بعضی از عفونت ها مثل عفونت های استافیلوکوکی سیستم عصبی مرکزی، ونکومایسین ۶۰mg(dose)/kg/day مصرف می شود.
ونکومایسین (پیشگیری) در بیماران آلرژیک به پنی سیلین و دارای دریچه های قلبی مصنوعی، مبتلایان به بیماری دریچه های قلبی، که قرار است تحت اعمال جراحی گوارشی یا ادراری- تناسلی قرار گیرند، ۲۰mg(dose)/kg در عرض ۱ تا ۲ ساعت بصورت انفوزیون وریدی تزریق می شود. (ونکومایسین می تواند تنها یا همزمان با ۱/۵mg/kg جنتامایسین که به صورت عضلانی یا وریدی تزریق می شود، ۱ ساعت قبل از شروع جراحی تجویز شود).

۲- دوز بزرگسالان: در بیماران با کلیه های نرمال، ۱ گرم یا ۱۰-۱۵mg/kg هر ۱۲ ساعت بصورت انفوزیون وریدی تزریق می شود.
پروپیلاکسی برای آندوکاردیت باکتریال ۱ ساعت قبل از جراحی دندانپزشکی یا دستگاه گوارش و دستگاه ادراری- تناسلی: ۱ گرم ونکومایسین یا ۱ گرم ونکومایسین همزمان با ۱/۵mg/kg جنتامایسین.

کتابچه دستورالعمل ها

در صورت وجود نارسایی کلیوی بسته به شدت نارسایی فاصله انفوزیون ها به ۲۴ ساعت یا بیشتر می رسد .

سفوناکسیم

ویال تزریقی ۵۰۰ میلی گرم و ۱ گرم

مقدار مصرف دارو :

مقدار مصرف دارو را پزشک تعیین می کند. مقدار مصرف معمول دارو به شرح زیر است:

بزرگسالان:

- در عفونت های گنوره آ و مقعد در زنان ۵۰۰ میلی گرم تک دوز بصورت تزریق عضلانی.
- در عفونت های گنوره آ و مقعد در مردان ۱ گرم تک دوز بصورت تزریق عضلانی .
- پروفیلاکسی جراحی: ۱ گرم وریدید یا عضلانی نیم ساعت تا ۱ ساعت قبل از جراحی.
- سزارین: ۱ گرم وریدی هنگامی که بند ناف بسته می شود. سپس ۱ گرم وریدی یا عضلانی و ۶ و ۱۲ ساعت پس از دوز اول.
- در سپتی سمی : ۲ گرم وریدی هر ۶ تا ۸ ساعت
- بیشینه مقدار مصرف دارو در بزرگسالان ۱۲ گرم در روز می باشد .

کودکان :

در عفونتهای باکتریایی:

- نوزادان کمتر از ۱ هفته : ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن بصورت تزریق وریدی هر ۱۲ ساعت .
- نوزادان ۱ تا ۴ هفته : ۵۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۸ ساعت بصورت وریدی.
- اطفال و کودکان ۱ ماه و بزرگتر با وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم: ۸/۳ تا ۳۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۴ ساعت به صورت تزریق عضلانی یا وریدی یا ۱۲/۵ تا ۴۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۶ ساعت به صورت تزریق عضلانی یا وریدی.
- اطفال با وزن ۵۰ کیلوگرم و بیشتر مطابق بزرگسالان تجویز میگردد .

نحوه مصرف دارو :

- جهت تزریق عضلانی به ترتیب ۲ و ۳ میلی ایتر آب استریل قابل تزریق به ویال های ۵۰۰ میلی گرم و ۱ گرم افزوده و به خوبی تکان دهید تا کاملاً حل شود.
- جهت تزریق وریدی ۱۰ میلی لیتر آب استریل قابل تزریق به هر یک از ویال های ۵۰۰ میلی گرم یا ۱ گرم افزوده و به خوبی تکان دهید تا کاملاً حل شود .
- محلولهای وریدی باید در طی مدت ۳ تا ۵ دقیقه تزریق شوند .
- جهت انفوزیون وریدی: غلظت اولیه را با ۵۰-۱۰۰ میلی لیتر سدیم کلراید ۰/۹ درصد تزریقی یا دسکروز ۵٪ تزریقی رقیق نمایید . انفوزیون وریدی باید طی مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام گردد .
- پس از حل شدن پودر در صورت مشاهده ذرات خارجی یا کدر بودن محلول از تزریق خودداری نمایید .
- رنگ محلول از زرد کمرنگ تا کهربائی روشن متغیر می باشد در صورت تغییر رنگ و تیره شدن محلول از مصرف خودداری نمایید.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعملهای کارخانه سازنده - کلیه پرسنل بالینی - پزشکان

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	۵	۲	۱	سنجه	۲	کد سند	INS-MM-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲.۵. نگهداری و بروزرسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی

کام های انجام کار:

۱. خرید تجهیزات پزشکی
 - أ. درخواست خرید توسط مسئول بخش به انبار انجام می گیرد./ مسئول بخش
 - ب. انبار درخواست خرید را جهت تعیین مارک و مدل و تایید به کارشناس تجهیزات پزشکی ارسال می کند/ انباردار
 - ج. کارشناس تجهیزات پزشکی پس از تایید نهایی درخواست را جهت دستور خرید به ریاست بیمارستان ارسال می کند/ کارشناس تجهیزات پزشکی
 - د. استعلام قیمت و اخذ پیش فاکتور از شرکت نمایندگی معتبر/ کارشناس تجهیزات پزشکی
 - ه. خرید توسط کارپرداز/ کارپرداز
 - و. با خرید تجهیزات تمام مشخصات آن در بانک اطلاعاتی **PMQ** (نرم افزار شناسنامه تجهیزات پزشکی) وارد می شود./ کارشناس تجهیزات پزشکی
۲. جابجایی محل استقرار دستگاه ها
 - أ. کمبود و یا مازاد بودن دستگاه توسط مسئول بخش به واحد تجهیزات پزشکی اطلاع داده می شود/ مسئول بخش
 - ب. با هماهنگی مدیر خدمات پرستاری و دستور ریاست بیمارستان انتقال و جابجایی دستگاه انجام می گیرد./ کارشناس تجهیزات پزشکی
 - ج. در صورت جابجایی محل استقرار دستگاه ها شناسنامه آن اصلاح شده و بروز رسانی می شود./ کارشناس تجهیزات پزشکی
۳. اسقاط شدن دستگاه
 - أ. دستگاه جهت تعمیر به واحد تجهیزات پزشکی ارسال می شود./ مسئول بخش
 - ب. در صورتی که دستگاه تعمیر نشود، دستگاه توسط کارشناس تجهیزات پزشکی اسقاط اعلام شده و به تایید ریاست بیمارستان می رسد./ کارشناس تجهیزات پزشکی
 - ج. چنانچه دستگاه اسقاط شد در تکمیل شناسنامه تمام اطلاعات وارد و به قسمت شناسنامه دستگاه های اسقاطی منتقل می شود./ کارشناس تجهیزات پزشکی



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۵۶

کتابچه دستورالعمل ها

۴. هر ۶ ماه یکبار تمام تجهیزات موجود در بیمارستان چک شده و اطلاعات لازم در شناسنامه تجهیزات وارد می شود/
کارشناس تجهیزات پزشکی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

نرم افزار PMQ – سیستم – مسئول واحد تجهیزات پزشکی – انباردار

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۱	۱۳	سنجه	۲	کد سند	INS-EH-۰۱
-----------	----	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۶. نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها / واحدها

کام های انجام کار:

- ۱- لباس کار پرسنل خدمات می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد.
- ۲- پرسنل خدمات بخش جهت نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش به شرح زیر اقدام نمایند: کف کلیه اتاقهای بستری و راهروها روزانه و سه نوبت نظافت (جمع آوری زباله های درشت، جاروی خشک بدون ایجاد گرد و غبار، تی مرطوب) گردد.
- ۳- کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو و ملحفه و روتختی و .. می بایست به طور مرتب تعویض گردد، به نحوی که همواره سالم، تمیز و فاقد آلودگی باشد
- ۴- ظروف صابون مایع می بایست پس از خالی شدن کامل شسته و پس از خشک شدن، مجدداً پر گردند
- ۵- میز غذا می بایست پس از استفاده بلافاصله نظافت گرد
- ۶- تخت بیمار می بایست پس از ترخیص بیمار بصورت کامل نظافت و گندزدایی شود.
- ۷- برای نظافت قسمتهای مختلف مانند استیشن، یخچال، میز، لاکر، تلفن، تخت و ... میبایست از دستمالهای جداگانه استفاده شود
- ۸- در صورت مشاهده آلودگی قابل رویت، تشک و پتوی بیمار می بایست بلافاصله تعویض گردند
- ۹- داخل کمد ها می بایست نظافت شده و فاقد هرگونه گرد و خاک و لکه باشد.
- ۱۰- پهن کردن روزنامه در داخل کمد ها ممنوع است
- ۱۱- یخچالها میبایست حداقل هفته ای یکبار بصورت کامل نظافت شوند
- ۱۲- نظافت کلیه زوایای غیرقابل دسترس الزامی است.
- ۱۳- نگهداری کارت تن در بخش ممنوع است.
- ۱۴- نظافت کلیه تراس ها، پنجر ها و شیشه ها الزامی است
- ۱۵- رعایت دستورالعملهای تفکیک پسماند در مبدا ضروری است.
- ۱۶- حمل پسماند بدون بین ممنوع است
- ۱۷- نظافت میبایست از بالا به پایین و از تمیزترین به کثیف ترین قسمت صورت گیرد

کتابچه دستورالعمل ها

۱۸- عمل تی کشیدن میبایست بصورت زیگزاگی صورت گیرد

۱۹- تی ها پس از اتمام کار میبایست با دقت شستشو شده و به مدت نیم ساعت در محلول ۱:۱۰ وایتکس غوطه ور گردد.

۲۰- تی ها پس از گندزدایی میبایست به منظور خشک شدن از دیوار تی شورخانه آویزان گردد

۲۱- توالتها میبایست ۳ بار در شبانه روز و در صورت مشاهده الودگی قابل رویت بلافاصله توسط آب و دترجنت نظافت و شستشو

گردد

۲۲- توالت و حمام میبایست توسط برس های نایلونی نظافت گردند .

پاشیده شدن خون و مواد آلوده بدن در محیط

به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات، حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشد باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد. برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بار مصرف پوشید و اگر خطر آلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبار مصرف) استفاده نمود. در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون توصیه میشود که:

- دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود (رعایت احتیاطات استاندارد)

- خون و مواد آلوده با دستمال یک بار مصرف جمع اوری و پاک شوند (دستمال یکبار مصرف به دستمال کاغذی یا ساخته شده از الیاف پنبه گفته میشود که پس از استفاده دور انداخته شود)

- محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون) شستشو و خشک شود.

- با محلول هیپو کلریت سدیم آب ژاول خانگی، (وایتکس) گند زدایی شود. اگر سطح آلوده صاف باشد از رقت ۱ درصد و در صورت داشتن خلل وفرج از رقت ۱۰ درصد ماده گندزدا استفاده میشود. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضد عفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و به صورت تازه تهیه شود.

- میتوان از محلول دکونکس دو درصد را نیز به مدت ده تا پانزده دقیقه استفاده نمود

توجه: در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از ۳۰ سی سی) یا اگر خون و سایر مایعات حاوی شیشه شکسته یا اشیا نوک تیز باشد باید:

- پارچه یکبار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند.

- روی آن محلول هیپو کلریت سدیم با رقت ۱۰ درصد ریخت و حداقل ۱۰ دقیقه صبر کرد.

- با دستمال یک بار مصرف آن را جمع کرد با آب و دترجنت محل را پاک و تمیز نمود.

- با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) گندزدایی انجام شود. (مانند شرح قبلی)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعملهای وزارت- تی شستشو، دستمال تنظیف، دکونکس ۵۰af - نیروی خدمات - سورفانیوس

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۱	۱۳	سنجه	۳	کد سند	INS-EH-۰۲
-----------	----	---	----	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۷. نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس

کام های انجام کار:

۱- حداقل ۳ بار در هفته بایستی کف ، دیواره ها ، شیشه ها ، صندلی و تخت بیمار و سایر سطوح در تماس با بیمار شسته و نظافت گردد .

۲- وسایل تنظیف باید مخصوص آمبولانس باشد

۳- با استفاده از آب ژاول ۲٪ یا همان وایتکس و یا محلولهای موجود اقدام به گندزدایی سطوح نمایید .

یادآوری: در هنگام کار با مواد شیمیایی حتما از ماسک و دستکش بلند استفاده کنید .

گندزدایی وسایل درمانی و حساس:

بعد از پوشیدن دستکش ، پارچه تنظیف را به الکل ۷۰٪ یا هر محلول مورد تایید دیگر آغشته نمایید و سپس به آرامی و با دقت کامل شروع به مالیدن تمام سطوح وسایل درمانی و حساس از قبیل ست احیاء و... نمایید .

دستورالعمل شستشو و گندزدایی آمبولانس بعد از حمل بیمار عفونی و مشکوک به بیماری واگیردار

ملحفه ها باید در کیسه های زرد جمع آوری و به رختشویخانه انتقال یابد . استفاده از ماسک و دستکش الزامی است .

قبل از شستشوی داخل آمبولانس باید کلیه وسایل قابل حمل مانند کپسول اکسیژن ، جعبه کمکهای اولیه و ... خارج گردند .

شستشوی داخل آمبولانس از قسمتهای تمیز به کثیف می باشد .

ادامه:

۴- قسمتهای آلوده به خون و ترشحات باید بخوبی با مواد شوینده شسته و آبکشی گردد . (استفاده از دستکش ،چکمه و پیشبند ضد آب ضروری است)

۵- پس از شستشو باید با محلول آب ژاول ۲٪ یا میکروزد و یا با هر محلول موجود مثل دکونکس ضدعفونی گردد.

۶- شستن تشک و برانکارد با دترجنت و بعد گندزدایی با آب ژاول ۲٪ توصیه می شود .



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۶۰

کتابچه دستورالعمل ها

توجه: پس از پایان کار شستن دستها با آب و صابون و در نهایت ضد عفونی با محلول الکلی تاکید می شود .

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل های وزارتی - دستمال تنظیف، دکونکس ۵۰af - نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۲	سنجه	۱	کد سند	INS-WM-۰۱
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۲۸. تفکیک در مبدا پسماند عفونی

گام های انجام کار :

پسماند عفونی: پسماندهایی هستند که قادرند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل سازند. مانند پسماند های اتاق ایزوله، پسماندهای محیط ها و کشت، فرآورده های خونی، پسماندهای ناشی از اعمال جراحی و کالبد شکافی، کلیه پسماندهای بخش دیالیز

گام های انجام کار:

۱. کیسه های پلاستیکی زرد رنگ توسط مسئول بخش از انبار درخواست گردد.
۲. کلیه سطل های زباله عفونی دارای رنگ زرد و نماد پسماند عفونی باشند.
۳. سطل ها ترجیحا از نوع پدالی باشد.
۴. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی باید پسماند عفونی را در سطل های زرد رنگ حاوی کیسه زرد رنگ قرار دهند.
۵. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی باید از دفع سایر پسماندها در سطل زباله عفونی خودداری کنند.
۶. سرپرستار/مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا نظارت نماید.
۷. کارشناس بهداشت محیط در بازدید خود از بخش ها بر نحوه تفکیک پسماند نظارت و نواقص را اعلام می نماید.
۸. در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با پسماند عفونی خارج کردن آن ممنوع است.
۹. محتوای باتل های حاوی سرم قندی و نمکی که به صورت کامل استفاده نشده اند یا تاریخ آن ها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیاد آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه کرد و باتل سرم به سطل عفونی منتقل می شود.
۱۰. قرار دادن کیسه زباله زرد رنگ در اتاق بیماران ممنوع است.
۱۱. پسماند اتاق های عمل، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه عفونی محسوب می گردد و در این بخش ها می توان کیسه و سطل زرد قرار داد و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد.
۱۲. کلیه زباله های عفونی قید شده در قسمت فوق باید در سطل زباله زرد رنگ (دارای کیسه زرد رنگ) قابل شستشو ریخته شود.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۶۲

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: قانون مدیریت پسماند- دستورالعمل رفع ابهامات و یکسان سازی پسماند

امکانات: کیسه زباله زرد رنگ، سطل زباله زرد رنگ درب دار

کارکنان: کادر درمانی- نیروی خدمات- مسئول بهداشت محیط- انباردار

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۲	سنجه	۲	کد سند	INS-WM-۰۲
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۲۹. تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده

کام های انجام کار:

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم ناشی از بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از: سرسوزن، تیغ بیستوری، اسکالپ، لانتست، انواع آنژیوکت، شیشه های شکسته و...

اجسام برنده و تیز نه تنها موجب بریدگی و سوراخ شدن پوست می شوند بلکه هرگاه این اجسام آلوده باشند باعث انتقال عفونت می گردند.

روش کار:

۱. اجسام تیز و برنده بلافاصله پس از مصرف توسط کادر درمانی در سفتی باکس جمع آوری می گردد.
۲. ضروری است ظروف جمع آوری مستحکم و غیرقابل نفوذ و مقاوم به پارگی باشد.
۳. لازم است به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از آن وسایل و ظروف جمع آوری به تعداد کافی و با ابعاد مختلف در دسترس باشد.
۴. سفتی باکس بعد از پرشدن ۳/۴ آن توسط نیروی خدمات بعد از بستن درب آن جمع آوری می گردد و به محل مطمئن منتقل می شود.
۵. سفتی باکس پر را دوباره باز نکنید، خالی نکنید و یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید.

نکات مهم

- سفتی باکس ها باید مطابق با درخواست بخش توسط مسئول بخش درخواست شود.
- پرسنل درمانی باید از جداسازی نیدل از سرنگ خودداری کنند.
- پرسنل درمانی باید نیدل را از ست سرم جدا و در سفتی باکس قرار دهند و مابقی سرم را به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود.
- سفتی باکس به هیچ عنوان در اتاق بستری نصب نمی شود و پسماندهای برنده توسط ترالی که بر بالین مریض برده می شود جمع آوری می گردد. ولی در بخش های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خونگیری و آزمایشگاه، اتاق عمل (به جز بخش های دیالیز، CCU و PICU) در یونیت هر بیمار می توان سفتی باکس را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار می گیرد.
- در صورت مخلوط شدن سایر پسماندها با پسماند تیز و برنده خارج کردن آن ممنوع است.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۶۴

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: دستورالعمل قانون مدیریت پسماند- دستورالعمل یکسان سازی رفع ابهامات پسماند

امکانات: سفتی باکس

کارکنان: کادر درمانی- نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۲	سنجه	۳	کد سند	INS-WM-۰۳
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۳۰. تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی

گام های انجام کار :

پسماندهای شیمیایی و دارویی شامل موارد زیر است:

- پسماند دارویی خطرناک: مانند داروهای تاریخ گذشته یا ظروف حاوی باقی مانده دارو
- پسماندهای ژنوتوکسیک: پسماندهایی که حاوی موادی با خصوصیات سمی برای ژن ها از جمله پسماندهای سایتوتوکسیک (بیشتر در درمان سرطان بکار می رود)
- پسماند شیمیایی خطرناک: محتوی مواد شیمیایی مانند معرف های آزمایشگاهی، داروی ظهور و ثبوت فیلم، ضد عفونی کننده ها و گندزداهای تاریخ گذشته
- پسماند های فلزات سنگین: باتری ها، ترمومترهای شکسته، وسایل حاوی جیوه
- ظروف تحت فشار: سیلندرهای گاز و قوطی های افشانه ای و ...

گام های انجام کار:

۱. کلیه پرسنل می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط مسئول بهداشت محیط و مسئول کنترل عفونت برگزار می شود با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای شیمیایی و دارویی آشنا شوند.
۲. کیسه های پلاستیکی سفید رنگ و سطل های زباله سفید رنگ پدالدار به همراه برپسب سفید رنگ مخصوص پسماند شیمیایی مخصوص پسماند شیمیایی و دارویی توسط واحد تدارکات خریداری و تحویل انبار گردد و توسط مسئولین بخش ها از انبار درخواست گردد.
۳. قرار دادن سطل های مخصوص پسماند شیمیایی و دارویی در اتاق های بستری ممنوع است.
۴. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی باید پسماندهای شیمیایی و دارویی را در سطل های سفید رنگ حاوی کیسه پلاستیکی سفید رنگ دفع نمایند.

کتابچه دستورالعمل ها

۵. کلیه پرسنل بخش ها باید از دفع سایر انواع پسماند در سطل پسماند دارویی و شیمیایی خودداری کنند.
۶. سرپرستار یا مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماند شیمیایی و دارویی نظارت کند.
۷. کارشناس بهداشت محیط باید در بازدیدهای خود نحوه تفکیک پسماند شیمیایی و دارویی را بررسی و نواقص را گزارش کند.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: دستورالعمل قانون مدیریت پسماند-

امکانات: کیسه زباله سفید رنگ، سطل زباله سفید رنگ درب دار- برچسب پسماند

کارکنان: نیروی خدمات- کلیه پرستاران در بخش های تشخیصی درمانی- کارپرداز- انباردار- مسئول بهداشت محیط

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۲	سنجه	۴	کد سند	۴-۰۴-INS-WM
-----------	----	---	---	------	---	--------	-------------

عنوان دستورالعمل:

۳۱. تفکیک در مبدا پسماندهای عادی

کام های انجام کار:

زباله های معمولی یا شبه خانگی:

به زباله هایی اطلاق می گردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند. مانند زباله های قمست اداری، آشپزخانه، آبدارخانه، پسماند های تولیدی توسط عیادت کنندگان و پرسنل خدماتی

کلیه زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم سیاه رنگ جمع آوریو پس از برچسب زدن ، به محل نگهداری موقت زباله های غیر عفونی منتقل و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع:قانون مدیریت پسماند

امکانات: کیسه زباله مشکی رنگ، سطل زباله درب دار آبی رنگ- دستکش- ماسک- برچسب آبی

کارکنان: نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۳	سنجه	۱	کد سند	INS-WM-۰۶
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۲. جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند درون بخشها

کام های انجام کار:

۱. کلیه پسماندهای تیز و برنده باید در ظروف ایمن (safty box) جمع آوری و نگهداری گردد. درب safty box باید کاملاً محکم باشد و دهانه ظرف باید طوری باشد که پسماند بدون اعمال فشار درون آن قرار گیرد و از آن خارج نشود.
۲. از کیسه های زباله با کد بندی رنگی (زباله عادی مشکی، زباله عفونی زرد، زباله دارویی سفید رنگ) استفاده شود.
۳. بیشتر از ۳/۴ کیسه زباله نباید پر شود تا راحت درب آن گره زده شود. منگنه کردن درب کیسه ها ممنوع است.
۴. سطل های زباله بعد از هر بار خالی شدن باید شسته و توسط مواد گندزدا ضدعفونی گردد.
۵. هیچ کیسه حاوی پسماند نباید بدون برچسب از بخش خارج گردد.
۶. در اتاق نگهداری موقت پسماند بخش نیز هر پسماند در سطل های بزرگ که رنگ بندی است تخلیه می گردد.
۷. حمل زباله ها در بیمارستان باید بوسیله ترالی های چرخدار یا ظروف (bin) چرخدار که برای منظور دیگری از آن ها استفاده نمی شود و دارای مشخصات زیر باشد، انجام گیرد.
 - ❖ بارگیری و تخلیه بار آن ها آسان باشد.
 - ❖ لبه های تیز و برنده ای که به کیسه زباله ها یا ظروف های حاوی پسماند ضمن بارگیری و تخلیه آسیب برساند نداشته باشد.
 - ❖ تمیز کردن آن آسان باشد.
 - ❖ وسیله حمل پسماندها باید همه روزه با مواد گندزدای مناسب نظافت و ضدعفونی گردد.
 - ❖ همه کیسه های پسماند باید سربسته و دست نخورده تا پایان مدت حمل باقی بماند.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

قانون مدیریت پسماند- بین بزرگ، کیسه زباله بزرگ - نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۵	سنجه	۱	کد سند	INS-WM-۰۷
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۳. بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده

گام های انجام کار:

با توجه به ماده ۷ قانون مدیریت پسماند و ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته:

۱. بیمارستان ها باید در مبدا تولید پسماندهای عفونی و تیز و برنده را بی خطر نمایند.
۲. در بیمارستان باید دستگاه بی خطر ساز (غیر سوز) فعال وجود داشته باشد و حجم دستگاه با مقدار پسماند تولیدی تناسب داشته باشد.
۳. توزین پسماندها باید روزانه انجام گیرد.
۴. آزمایشات میکروبی دستگاه امحاء زباله به صورت ماهانه، شیمیایی به صورت روزانه در هر سیکل توسط اپراتور دستگاه انجام می شود تا از جهت عملیات سترون سازی اطمینان حاصل شود.
۵. دستگاه امحاء زباله نصب شده در بیمارستان، سیستم اتوکلاو (بخار مرطوب) می باشد که در این روش بخار داغ تحت فشار مناسب با گرم کردن زباله ها باعث ضد عفونی کردن آن ها می شود که بخار داغ ۱۳۴ درجه سانتی گراد و فشار بطور یکنواخت به تمام نقاط زباله عفونی و تیز و برنده نفوذ کرده و عمل استریل را انجام می دهد و سپس زباله استریل شده در زیر دستگاه پرس قرار می گیرد تا حجم آن کمتر شود.
۶. فرم شماره ۱ اظهارنامه بی خطر سازی پسماند عفونی و تیز و برنده توسط بیمارستان تکمیل می گردد. فرم مذکور بایستی با امضا کارشناس بهداشت محیط بیمارستان، کارشناس تجهیزات و رییس بیمارستان برسد.
۷. فرم شماره ۱ به انضمام نتایج آزمون های میکروبی که توسط آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام شده است توسط بیمارستان تکمیل می گردد.
۸. در صورتیکه براساس نتایج آزمایش میکروبی عملکرد دستگاه مورد تایید نباشد بیمارستان موظف است بلافاصله نسبت به رفع مشکل اقدام و مجددا نمونه برداری و آزمایش انجام شود.
۹. فرم شماره ۲ اظهارنامه پس از بررسی احراز صحت فرم شماره ۱ تکمیل و در پایان فصل به معاونت بهداشتی ارسال می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

قانون مدیریت پسماند- کیسه زباله نسوز ، اتوکلاو زباله - نیروی خدمات- تست کلاس ۶- تست اسپور- تست بیویدیک



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۷۰

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۵	سنجه	۴	کد سند	INS-WM-۰۸
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۴. دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی

کام های انجام کار:

پسماندهای شیمیایی شامل زباله های دارویی و مواد شیمیایی، ویال های نیمه پر و پر دارویی، ترمومترهای شکسته، معرف های آزمایشگاهی، داروهای ثبوت و ظهور فیلم و ... و هرگونه زباله منتج شده از تشخیص، درمان و مراقبت بیماران تحت شیمی درمانی اعم از ست های سرم، کیسه های ادرار، سوند، پسماندهای عفونی و پسماندهای شیمیایی بایستی در کیسه زباله مقاوم سفید رنگ جمع آوری و در سطل سفید رنگ، قابل شستشو و ضد عفونی، نگهداری شوند و سپس به جایگاه ذخیره موقت پسماند منتقل شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

قانون مدیریت پسماند- کیسه زباله سفید رنگ، سطل زباله درب دار- نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۵	سنجه	۷	کد سند	INS-WM-۰۹
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۵. نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند

کام های انجام کار:

- جهت نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطرساز پسماند از تست کلاس ۶ و همچنین تست اسپور و تست کنترل نفوذ بخار استفاده میشود
- به این منظور در هر سیکل کاری دستگاه تست کلاس ۶ داخل اتوکلاو قرار می گیرد و پس از اتمام سیکل کاری دستگاه تست از دستگاه خارج و تغییر رنگ آنها بررسی می گردد.
- در هر هفته یکبار از تست اسپور در دستگاه استفاده میگردد و عملکرد دستگاه چک میگردد به اینصورت که پس از اتمام کار تست از دستگاه خارج و ویال آن شکسته و برای ۴۸ ساعت در دمای ۳۷ درجه قرار میگیرد و سپس تغییر رنگ آن بررسی می گردد.
- تست های کنترل نفوذ بخار نیز روزانه یکبار در ابتدای کار دستگاه جهت بررسی صحت کار اتوکلاو مورد استفاده قرار میگیرد.
- فرم شماره ۱ اظهارنامه بی خطرسازی پسماند عفونی و تیز و برنده توسط بیمارستان تکمیل می گردد. فرم مذکور بایستی با امضا کارشناس بهداشت محیط بیمارستان، کارشناس تجهیزات و رییس بیمارستان برسد.
- فرم شماره ۱ به انضمام نتایج آزمون های میکروبی که توسط آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام شده است توسط بیمارستان تکمیل می گردد.
- در صورتیکه براساس نتایج آزمایش میکروبی عملکرد دستگاه مورد تایید نباشد بیمارستان موظف است بلافاصله نسبت به رفع مشکل اقدام و مجددا نمونه برداری و آزمایش انجام شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل کنترل کیفی دستگاه بی خطر ساز - تست کلاس ۶ - تست اسپور - تست کنترل نفوذ بخار - نیروی خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۲	۶	سنجه	۳	کد سند	INS-WM-۰۱۰
-----------	----	---	---	------	---	--------	------------

عنوان دستورالعمل:

۳۶. کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها

گام های انجام کار:

۱- کلیه پسماندهای تیز و برنده باید در ظروف مقاوم و ایمن (سفتی باکس) جمع آوری گردد و این ظروف دارای مشخصات زیر باشد:

- به آسانی سوراخ یا پاره نشوند
- درب آن به آسانی بسته شود
- دهانه ظرف به گونه ای باشد که پسماند را بتوان به راحتی در داخل آن دفع کرد و خروج پسماند از آن غیر ممکن باشد.
- دیواره های آن غیر قابل نفوذ باشد
- پس از بستن درب از عدم خروج پسماند از آن مطمئن بود.
- حمل و انتقال آن آسان باشد.

۲- از کیسه های پلاستیکی برای جمع آوری وسایل تیز و برنده استفاده نشود

۳- کیسه های پلاستیکی حداقل دارای شرایط زیر باشد:

- بیش از سه چهارم ظرف پر نشود تا بتوان به راحتی درب آن را بست
- برای بستن درب کیسه از روش منگنه استفاده نشود

۴- ظروف جمع آوری پسماند باید دارای شرایط زیر باشد:

- در برابر ضربه مقاوم باشد
- ظروف پسماند در پایان کار و هنگام الودگی شسته و سپس با آب داغ ۸۲ درجه سانتی گراد یا وایتکس یا دکونکس ضدعفونی گردد.

۵- کلیه پسماندها باید دارای برچسب باشد و اپراتور دستگاه از تحویل زباله های فاقد برچسب خودداری کند.

۶- پسماندهای عادی و عفونی باید در پایان هر شیفت توسط خدمات به جایگاه موقت پسماند منتقل شود.

۷- باید به جای کیسه های تخلیه شده توسط خدمات بلافاصله کیسه ای از همان رنگ گذاشته شود.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۷۳

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: دستورالعمل قانون مدیریت پسماند پزشکی -

امکانات: برچسب - کیسه زباله - سفتی باکس

کارکنان: نیروی خدمات - مسئول واحد بهداشت محیط - اپراتور دستگاه امحاء پسماند

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۳	۳	سنجه	۱	کد سند	INS-SM-۰۱
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۷. شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی، ابزار و وسایل

کام های انجام کار:

- کلیه پرسنل شاغل در واحد CSSD ملزم به استفاده از وسایل حفاظت فردی می باشند.
- وسایل حفاظت فردی شامل کلاه- ماسک - عینک محافظ صورت - گان ضدآب و دستکش می باشد.
- کلیه وسایل و ابزار آلوده اتاق عمل در کمترین زمان ممکن به بخش آلوده تحویل شود.
- کلیه وسایل و ابزار آلوده بخشها بعد از شستشو در محل به واحد CSSD (قسمت تمیز) تحویل شود.

شستشوی دستی:

۱. کلیه وسایل و ابزار در محل سینک شستشو بدقت شستشو و پاکسازی می شود. (کلیه وسایل به مدت ۱۵ در محلول

ضدعفونی کننده قرار می گیرند)

۲. ابزار و وسایل را بعد از شستشو داخل سبد قرارداده تا آب آن گرفته شود.

شستشوی اتوماتیک:

۱. وسایل و ابزار آلات به دقت شستشو، پاکسازی و پره واش می شوند و داخل سر ساکشن ها برس مخصوص کشیده می شود.

۲. ابزارها و کلیه اتصالات وسایل از همدیگر جدا می شوند.

۳. وسایل در داخل سبدهای دستگاه ست شوی قرار داده می شود.

۴. پس از اتمام سیکل شستشو وسایل تخلیه شده و تست شستشو و تمیزی وسایل چک می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

وسایل حفاظت فردی شامل ماسک - کلاه - عینک محافظ صورت - گان ضدآب - دستکش ظرفشویی ساق بلند - برس در سائز و

شکل متفاوت - سبد یا صافی - شیلد محافظ - کلاس چک شستشوی ست شور

یک نفر کمک پرستار به عنوان مسئول شستشوی ابزار استفاده شده و امور جانبی دیگر مورد نیاز می باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۳	۳	سنجه	۴	کد سند	INS-SM-۰۲
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۸. گندزدایی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد

کام های انجام کار:

۱. قبل از انجام کار حتما وسایل حفاظت فردی پوشیده می شود.
۲. ابزار و وسایل بعد از آبیگری حداقل بمدت ۱۵ دقیقه داخل محلول دکونکس ۲٪ یا سورفانیوس ۲٪ گذاشته شود.
۳. بعد از ۱۵ دقیقه ابزار و وسایل از محلول ضدعفونی کننده خارج و مجدد آبکشی شود .
۴. بعد از آبیگری و خشک شدن، ابزار و وسایل به میز پکینگ منتقل شود .
۵. روی ظرف محلول دکونکس تاریخ ساخت، تاریخ انقضاء و نام فرد مسئول حتماً قید شود .
۶. مدت ماندگاری محلول دکونکس یا سورفانیوس ۲ هفته تعیین شود . اما در صورت تغییر رنگ محلول باید زودتر تعویض شود.
۷. در بخش ها بعد از خشک شدن ابزار در باکس مخصوص جهت بسته بندی و استریل به cssd منتقل می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل شرکت سازنده محلولها، دکونکس plus ۵۳ - میز کار - ظروف در بسته بزرگ - مازیک جهت نوشتن - اتیکت جهت الصاق روی درب ظرف - کمک پرستار

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۳	۴	سنجه	۳	کد سند	INS-SM-۰۳
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۳۹. نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخشها

کام های انجام کار:

نحوه باز خوانی ابزار و وسایل استریل با لیبل مشکوک

۱. تمامی ستها و پک ها پس از استریل و در زمان خروج از اتوکلاو از نظر تغییر رنگ نوارچسب OK و اندیکاتور کلاس ۱ کنترل شود.
 ۲. چیدمان پک ها و بسته ها براساس بخشها انجام شود.
 ۳. تست نفوذ بخار کنترل و در فرم مربوطه الصاق شود.
 ۴. اندیکاتور کلاس ۴ و ۶ شاهد کنترل و در فرم مربوطه الصاق شود.
 ۵. ویالهای میکروبی اتوکلاو شده در انکوباتور گذاشته شود و در فواصل زمانی معین بررسی شود.
 ۶. در صورت جواب مثبت یا مشکوک تست ویال میکروبی یا تغییر رنگ ناکافی و مشکوک اندیکاتور کلاس ۴ یا ۶ شاهد تمامی بسته های مربوط به سیکل استریل فوق جمع آوری شود.
 ۷. در صورت عودت ست از بخشها و گزارش تغییر رنگ مشکوک لیبل کلاس ۴ یا ۶ تمامی وسایل و بسته های مربوط به سیکل استریل فوق جمع آوری شود.
 ۸. تمامی بسته های جمع آوری شده باز و لیبل ها تعویض و جایگزین شود.
 ۹. روی تمامی بسته های جمع آوری شده نوار چسب OK و لیبل کلاس ۱ جدید الصاق شود.
 ۱۰. تمامی پکها و بسته ها مجدد استریل شود.
- نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل تاریخ گذشته
۱. بررسی بخش ها براساس تاریخ گذشته شده روی پک ها (۱۴روز- ۱ ماه- ۶ ماه)
 ۲. عودت ست های تاریخ گذشته به CSSD جهت استریل مجدد
 ۳. تعویض پارچه های مستعمل و گذاشتن پارچه های جدید برای استریل
 ۴. گذاشتن لیبل کلاس ۶ و ۴ در ست ها
 ۵. تعویض گازها و باندهای داخل ست ها جهت استریل مجدد
 ۶. به تمامی بسته های جمع آوری شده نوار چسب OK و لیبل کلاس ۱ جدید الصاق شود
 ۷. تست نفوذ بخار کنترل و در فرم مربوطه الصاق شود.
 ۸. ویال های میکروبی اتوکلاو در انکوباتور گذاشته و در فواصل زمانی معین بررسی شود.



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۷۷

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل شرکت های سازنده – نوارچسب OK(کلاس ۱) – اندیکاتور کلاس ۴ – اندیکاتور کلاس ۶ – ویال میکروبی – پرستار CSSD
به عنوان بخشی از کار روزانه و فعالیت مستند سازی آن را انجام دهد .

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۴	۱	سنجه	۳	کد سند	INS-MS-۰۱
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۰. رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباسها و ملحفه های آلوده

گام های انجام کار:

رعایت موازین کنترل عفونت در رختشویخانه:

۱. کلیه پرسنل رختشویخانه بر علیه هیپاتیت ب واکسینه شوند و دارای پرونده بهداشتی و معاینات شغلی باشند.
۲. کلیه پرسنل رختشویخانه در هنگام کار با لباس و ملحفه های آلوده، از وسایل حفاظت فردی مناسب (گان اختصاصی، ماسک ویژه، کفش مخصوص، دستکش، گوشی و عینک با توجه به شرایط محیط کار) استفاده شود.
۳. البسه آلوده در لنز عفونی، توسط ماشین لباسشویی (دارای ورودی و خروجی مجزا و پرسنل اختصاصی) شستشو شود.
۴. در پایان شیفت کاری علاوه بر شستشو، ضدعفونی لنز عفونی با وایتکس (۲٪) پرسنل لنز عفونی حتما استحمام نماید.
۵. البسه کثیف در لنز کثیف توسط ماشین های مجزا شستشو میشوند و البسه عفونی و آلوده به مواد دفعی در لنز عفونی و توسط ماشین جداگانه و البسه کارکنان نیز در لنز کثیف در ماشین جداگانه شسته شوند.
۶. در پایان شیفت کاری لنز کثیف، کلیه ماشین های لباسشویی، ترالی های بارگیری، انتقال به دستگاه و کف با وایتکس (۱٪) شستشو و ضدعفونی گردد.

رعایت موازین کنترل عفونت در بخش ها:

۱. کلیه پرسنل کمکی در هنگام کار با البسه آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده کنند به منظور جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم ها البسه بدون هیچگونه شتاب زدگی جمع اوری گردند.
۲. البسه های آلوده به صورتی جمع اوری گردد که ناحیه آلوده در وسط قرار گیرد.
۳. در هنگام جمع اوری البسه پرسنل کمکی هر بخش از عدم اشیاء داخل البسه اطمینان حاصل نماید.
۴. البسه های آلوده بلافاصله پس از جمع اوری توسط پرسنل کمکی هر بخش در داخل کیسه پلاستیک زرد رنگ قرار گیرد.
۵. بر روی کیسه عبارت عفونی، آلوده به مواد دفعی و نام بخش قید گردد.
۶. در هریک از مراحل (جمع اوری، انتقال و جابجایی) تعویض دستکش و شستشوی دستها الزامی است. (طبق دستورالعمل مربوطه)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان - وسایل حفاظت فردی، بین مخصوص - نیروی خدمات - کمک پرستار

کتابچه دستورالعمل ها

INS-MS-۰۲

کد سند

۴

سنجه

۱

۴

هـ

استاندارد

عنوان دستورالعمل:

۴۱. احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباسها و ملحفه های کثیف

گام های انجام کار:

- پرسنل رختشویخانه در هنگام کار با البسه کثیف حتما از وسایل حفاظت فردی شامل گان ، ماسک و دستکش استفاده کنند .
- پرسنل رختشویخانه و پرسنل کمکی در هنگام کار با البسه کثیف بدون هیچگونه شتابزدگی نسبت به جمع آوری البسه کثیف اقدام نمایند.
- در هنگام انتقال البسه ها از عدم وجود اجسام تیز و برنده در البسه اطمینان حاصل نمایند.
- البسه قبل از شستشودر رختشویخانه حتما توسط پرسنل رختشویخانه دسته بندی شود.
- در صورت تماس با اجسام نوک تیز علاوه بر کمک به خونروی بلافاصله به سرپرست و یا سوپر وایزر کشیک اطلاع رسانی گردد

مدل انتخابی ارزیابی:

- تحویل دادن و کنترل البسه در قسمت پذیرش البسه بصورت دونفری شامل پرسنل بخش مربوطه و پرسنل رختشویخانه باشد.
- در صورت جاماندن اشیاء نوک تیز و برنده در البسه ، شیء نوک تیز و برنده در داخل سفتی باکس موجود انداخته شود و در صورتی که شیء از وسایل تجهیزات پزشکی باشد به بخش مربوطه اطلاع رسانی و برای پرسنل بخش مربوطه در فرم آموزشی مشخصات پرسنل توسط سرپرست یا نماینده رختشویخانه یادداشت شود.
- فرم آموزشی پس از تکمیل تحویل ناظر رختشویخانه (مسئول رختشویخانه) گردد.
- آموزش بصورت چهره به چهره و در اولین شیفت کاری صورت گیرد و همچنین برای دوره بازآموزی در فرم مربوطه توسط مسئول رختشویخانه یادداشت گردد

ردیف	تاریخ	نام و نام خانوادگی	نام بخش مربوطه	شیفت	واحد آموزش دهنده (بهداشت محیط / کنترل عفونت)	تاریخ آموزش

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان ، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان -وسایل حفاظت فردی ، بین مخصوص - نیروی خدمات- کمک پرستار- پرسنل رختشویخانه

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۴	۳	سنجه	۳	کد سند	INS-MS-۰۳
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۴۲. ذخیره توزیع و تحویل لباس / ملحفه تمیز

کام های انجام کار :

ذخیره لباس / ملحفه تمیز :

۱. براساس فرم مخصوص ثبت البسه تحویلی به بخش ها، گردش ماهیانه البسه هر بخش آنالیز شده و متوسط البسه ماهیانه ، بصورت فصلی جمع آوری شده و بعنوان متوسط البسه هر بخش برای فصل آینده در نظر گرفته شود.
۲. تهیه فرم مخصوص ثبت البسه تحویلی به بخش ها و جمع بندی فرم بر عهده پیمانکار (پرسنل رختشویخانه) باشد و آنالیز و ثبت و جمع آوری فصلی و متوسط البسه مورد نیاز هر بخش توسط ناظر یا مسئول رختشویخانه به بخش ها اعلام گردد.
۳. هر بخش بر اساس تعداد تخت مصوب خود دارای ذخیره سازی (حداقل به اندازه دوسوم و حداکثر چهار سوم) برای یک روز میباشد که فقط یک سوم آن در رختشویخانه ذخیره سازی (متوسط البسه) خواهد شد.
۴. ذخیره سازی حداقل و حداکثر البسه هر بخش بر عهده سر پرستار بخش است.
۵. ذخیره سازی البسه در رختشویخانه جهت بحران و تعداد تخت مصوب بیمارستان است.

توزیع لباس / ملحفه تمیز :

۱. در این بیمارستان برای کلیه بیماران بستری در بخشها البسه بصورت پک کامل تحویل میگردد و توزیع پک کامل بر اساس درخواست هر بخش مانند سایر اقلام مصرفی و توسط هر بخش انجام شود.
۲. توزیع البسه در هر بخش ، براساس برنامه هر بخش است و جهت توزیع البسه در هر بخش از ذخیره اتاق تمیز استفاده شود .
۳. توزیع البسه تمیز توسط پرسنل کمکی هر بخش با استفاده از ترالی حمل البسه تمیز ، انجام شود (در هنگام توزیع بارعایت موازین بهداشتی شامل شستشوی دست و کنترل و حمل ترالی البسه به مکان توزیع)
۴. محل نگهداری ترالی حمل البسه تمیز ، اتاق تمیز است.

تحویل لباس / ملحفه تمیز:

۱. پرسنل کمکی بخش بارعایت موازین بهداشتی (شستشوی دست ، ضدعفونی ترالی استیل و حمل ترالی البسه تمیز از آسانسور)، جهت تحویل البسه تمیز بر اساس برنامه تعیین شده به رختشویخانه مراجعه نماید.
۲. پرسنل کمکی بخش البسه تمیز را از قسمت درب تحویل البسه تمیز دریافت نماید.

کتابچه دستورالعمل ها

۳. پرسنل رختشویخانه علاوه بر تحویل البسه تمیز (البسه پاک شده هر بخش در داخل قفسه) نسبت به ثبت تعدادالبسه در فرم مخصوص ثبت البسه های تحویلی اقدام نماید.
۴. پرسنل کمکی بخش پس از تحویل البسه تمیز، جهت انتقال توالی استیل از آسانسور استفاده نماید و البسه تمیز را در اتاق تمیز در قفسه مربوطه بصورتی که از کروغبار محافظت شود قرار داده شود.
۵. شان وگان تحویلی از اتاق عمل پس ازانجام کلیه مراحل (شستشو و تا زدن) و با هماهنگی واحد سی اس آر تحویل سی اس آر گردد.

مدل انتخابی ارزیابی:

باتوجه به ثبت البسه تحویلی در فرم مخصوص ثبت البسه تحویلی به رختشویخانه / تحویلی از رختشویخانه براساس هر بخش بصورت ماهیانه جمع آوری شود، هر سه ماه نیز میزان برآورد البسه در گردش هر بخش باتوجه به فرم ماهیانه هر بخش محاسبه شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان، چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان - وسایل حفاظت فردی-بین مخصوص- پرسنل رختشویخانه - پرسنل کمکی- پلاستیک بسته بندی - توالی استیل- آسانسور- فرم ثبت مخصوص البسه تمیز- ماده ضد عفونی کننده -وسایل نظافت-سرپرستاران بخش -پوستر شستشوی دست

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	هـ	۶	۲	سنجه	۱	کد سند	INS-PI-۰۱
-----------	----	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۳. استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت

کام های انجام کار:

۱. تجهیزات و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز جهت مراقبت از بیماران با هماهنگی مسئول انبار تهیه و در اختیار کلیه بخش های بستری و واحدهای پاراکلینیک قرار می گیرد.
۲. مسئولین بخش ها و واحد ها موظفند وسایل حفاظت فردی مورد نیاز را تامین کرده و در دسترس پرسنل قرار دهند.
۳. وسایل حفاظت فردی در ورودی کلیه اتاق های ایزوله بیمارستان موجود می باشد.
۴. دوره های آموزشی پرسنل در ارتباط با نحوه پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی توسط واحد کنترل عفونت و بهداشت محیط برگزار می شود.
۵. راهنمای ترتیب و نحوه پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی تهیه و در نزدیک ترین مکان به اتاق های ایزوله نصب می باشد.
۶. موقعیت ها و نحوه ی استفاده از ماسک N۹۵ در کلیه بخش ها موجود می باشد.
۷. دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی توسط مراجعین به بخش در بخش های ICU, NICU و اتاق عمل طبق مصوبه کمیته کنترل عفونت تدوین و به بخش های مورد نظر ابلاغ می گردد.
۸. اصول جداسازی، مشتمل بر دو قسمت احتیاطات استاندارد و احتیاط براساس راه انتقال از طریق کتابچه کنترل عفونت به کلیه بخش های بیمارستان ابلاغ گردیده است.
۹. اصول مراقبت از بیماران با توجه به نوع احتیاط توسط کلیه پرسنل درمانی باید به صورت ذیل رعایت گردد:
(الف) احتیاط هوایی:
 - بیمار در اتاق ایزوله با فشار منفی بستری می گردد
 - تمام افرادی که وارد اتاق ایزوله فشار منفی می شوند ماسک N۹۵ استفاده می کنند.
 - جابه جایی بیمار فقط در موارد ضروری، از مسیر خلوت و با استفاده از ماسک جراحی (توسط بیمار) انجام می شود.
 (ب) احتیاط قطرات:
 - تا حد ممکن بیمار در اتاق یک تختی بستری می شود و در صورت لزوم چند بیمار، با فاصله ۲-۱/۵ متر از هم در یک اتاق بستری می گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

- در صورت تماس با بیمار در فاصله کمتر از یک متر پرسنل از ماسک جراحی استفاده می کنند.
- در صورت نیاز به جابه جایی بیمار، از ماسک جراحی (توسط بیمار) استفاده می شود.
- ج) احتیاط تماسی:
 - بیمار در اتاق خصوصی (اتاق یک تخته) بستری می گردد و در صورت لزوم چند بیمار با یک عفونت یکسان در یک اتاق بستری می گردند.
 - تا حد امکان از جا به جایی و انتقال بیمار خودداری می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی - دستورالعمل کوروناویروس وزارتخانه
تجهیزات حفاظت فردی شامل: گان، انواع ماسک، دستکش، محافظ صورت (عینک)، کلاه و چکمه - راهنمای تصویری استفاده از
وسایل حفاظت فردی

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۲	سنجه	۵	کد سند	INS-LM-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۴. نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های

ارجاعی

کام های انجام کار:

مدیریت نمونه:

فرایند مدیریت نمونه بیماران نقش اساسی در دقت و صحت جواب های آزمایش ایفا می نماید، رعایت دستورالعمل ایمنی در همه مراحل جمع آوری نمونه الزامی است. مراحل جمع آوری، نگهداری و انتقال نمونه های بالینی با توجه به نوع نمونه باید مطابق با استانداردهای آزمایشگاهی انجام پذیرد.

نشانه گذاری و جمع آوری نمونه:

الف) نمونه ها جهت ارسال باید دارای اطلاعات زیر باشد:

۱- نام و نام خانوادگی ۲- نام تست ۳- شماره پذیرش بیمار

ب) در ورک لیست ارسالی جهت آزمایشات به آزمایشگاه ارجاع دهنده اطلاعات زیر باید نگارش شود:

۱- نام و نام خانوادگی ۲- نام تست ۳- سن ۴- بخش ۵- شماره پذیرش ۶- تاریخ ارجاع نمونه ها

ج) نوع نمونه ارسالی در راهنمای کامل آزمایشها وجود دارد و همکاران موظف به داشتن اطلاعات کافی در مورد نمونه ها از طریق مطالعه دفترچه راهنمای کامل آزمایشات می باشند.

د) زمان انتقال نمونه ها راس ساعت ۱۳ یکبار در روز بوده و بایستی تا ساعت ۱۴ به آزمایشگاه ارجاع گردد.

نحوه بسته بندی:

۱- مسئولیت بسته بندی ایمن نمونه ها بر عهده مسئول نمونه گیری آقایان و انتقال آن از آزمایشگاه به عهده همکار خدماتی به راننده بیمارستان و توسط راننده به نماینده آزمایشگاه جهاد می باشد. تحویل نمونه ها در آزمایشگاه ارجاع صورت می گیرد و از آن به بعد مسئولیت، مدیریت و حفظ نمونه ها و ملاحظات ایمنی مربوط به آزمایشگاه ارجاع می باشد.

۲- بسته بندی نمونه های آزمایشگاهی بایستی به صورت کاملاً استاندارد در لوله های ۱۳X۱۰۰ درب دار و هنگام انتقال در جا لوله ای مخصوص در کلدباکس به همراه Icepack انجام شده و دورتادور کلدباکس یک لایه محافظ جاذب گذاشته تا از نشت مایعات (سرم، خون، تام، خلط) جلوگیری شود تا ایمنی فرد انتقال دهنده کاملاً حفظ گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

جوابدهی از آزمایشگاه ارجاع:

- ۱- جوابها در تاریخ مشخص شده توسط آزمایشگاه جهاد در سایت قابل رویت بوده و همچنین به صورت کاغذی از آزمایشگاه ارجاع دهنده توسط راننده بصورت روزانه گرفته می شود و بایگانی کاغذی به مدت ۶ ماه و الکترونیکی به مدت ۱۰ سال آرشیو می باشد.
- ۲- زمان چرخه کاری آزمایشات آزمایشگاه جهاد در قسمت نمونه گیری و داخل آزمایشگاه در پوشه راهنمای کامل آزمایشها باید موجود باشد.

گزارش دهی:

پس از دریافت جواب از آزمایشگاه ارجاع توسط منشی جوابدهی تایپ و در قفسه مشخص جوابدهی بایستی قرار گیرد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب اصول مستند سازی

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۱	کد سند	INS-LM-۰۲
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۵. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود

کام های انجام کار:

- شرح اقدامات (به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام):
- ۱- روشن کردن و آماده سازی دستگاه اتولایزر توسط مسئول بیوشیمی طبق دفترچه راهنمای دستگاه. دادن سرم کنترل به دستگاه و چک کردن جواب آن و در صورت نیاز کالیبره کردن تست ها
- ۲- گرفتن برگه کار بیوشیمی که مشخصات بیمار و تست هایش همراه با قید تاریخ، نام کاربر، شروع و خاتمه کار در بالای صفحه، نام و سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت مورد استفاده را دارد توسط مسئول بیوشیمی انجام می شود.
- ۳- تحویل نمونه ها از بخش خونگیری هر نیم ساعت یکبار (نفر دوم بیوشیمی یا نفر دوم نمونه گیری)
- ۴- سانتریفوژ کردن نمونه ها (نفر دوم بیوشیمی یا نفر دوم نمونه گیری)
- ۵- نوشتن شماره بر اساس برگه کار بر روی کاپهای مخصوص یونوگرام (نفر دوم بیوشیمی)
- ۶- ریختن سرم در کاپها به مقدار مورد نیاز (نفر دوم بیوشیمی)
- ۷- پذیرش تستهای درخواستی بر اساس لیست دفتر و قرار دادن کاپها در جایگاه مربوطه و شروع به کار دستگاه برای انجام آزمایش (مسئول بیوشیمی)
- ۸- چک کردن جواب کنترل ها (مسئول بیوشیمی)
- ۹- وارد کردن جوابها در برگه کار و تکرار آزمایش ها در صورت نیاز (مسئول بیوشیمی)
- ۱۰- اطمینان از انجام همه آزمایش ها و تکمیل برگه کار (مسئول بیوشیمی)
- ۱۱- وارد کردن جوابها در سیستم کامپیوتری (مسئول بیوشیمی)
- ۱۲- انجام شست و شو های مورد نیاز دستگاه و خاموش کردن دستگاه طبق اصول دفترچه راهنما (مسئول بیوشیمی)
- ۱۳- قرار دادن باتلهای محلولها در یخچال بیوشیمی (مسئول بیوشیمی)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- بروشورهای مربوط به محلول ها- دفترچه راهنمای دستگاه اتولایزر-Sp های مربوط به بخش بیوشیمی- دفتر محلول های مصرفی- Log Book دستگاهها - زونکن برگه کارهای بیوشیمی- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۲	کد سند	INS-LM-۰۳
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۶. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

کام های انجام کار:

۲ نفر در شیفت صبح بایستی مسئول آزمایشات هماتولوژی قرار گیرند.

اپراتور دستگاه:

- ۱- نمونه گیری سرپایی تا ساعت ۸ صبح روز در میان توسط مسئول هماتولوژی
- ۲- دادن خون کنترل به دستگاه و چک کردن آن توسط مسئول هماتولوژی
- ۳- دادن نمونه های CBC بیماران به دستگاه توسط مسئول هماتولوژی
- ۴- کشیدن لام بیماران سرپایی و بخش توسط مسئول هماتولوژی
- ۵- چک کردن گروه های خونی و در صورت وجود خطا گزارش آن به سوپروایزر توسط مسئول هماتولوژی
- ۶- شستشوی های روزانه و هفتگی و مراقبت های دستگاه توسط مسئول هماتولوژی
- ۷- انجام ثبت موارد بحرانی و تکرار تست ها در فرم های مربوطه توسط مسئول هماتولوژی
- ۸- گزارش نقطه سفارش ایزوتون و لایز و کاغذ پرینتر توسط مسئول هماتولوژی
- ۹- انجام آزمایش CSF و تمامی مایعات توسط مسئول هماتولوژی
- ۱۰- کشیدن لام های سیتولوژی که از اتاق عمل ارسال می شود توسط مسئول هماتولوژی
- ۱۱- انجام Delta check برای بیماران بستری و دوبلیکیت تست و T.Britin ۲ تا ۳ بار در ماه. توسط مسئول هماتولوژی

نفر دوم هماتولوژی:

- ۱- ردیف کردن برگه های آزمایش توسط مسئول هماتولوژی
- ۲- انجام PTT, PT و گروه خون توسط مسئول هماتولوژی
- ۳- دیدن لام و ردیف کردن آنها توسط مسئول هماتولوژی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دستورالعمل کار با دستگاه Sysmex - دفترچه راهنمای دستگاه Sysmex _ S.p های مربوط به بخش هماتولوژی
- دفتر محلول های مصرفی - دفتر تکرار تست ها - فرم کنترل کیفی - Log Book دستگاهها - - دفتر مخصوص هماتولوژی - دفتر
موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۳	کد سند	INS-LM-۰۴
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۷. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

کام های انجام کار:

- ۱- انتقال نمونه ها از محل نمونه گذاری به میز کار میکروبی شناسی توسط نیروی خدماتی
 - ۲- بررسی نمونه ها از نظر نام بیمار و کد توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۳- روشن کردن شعله توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۴- ردیف کردن نمونه ها توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۵- کشت ادرار توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۶- قرار دادن پلیت های حاوی محیط کشت بلاد آگار و EMB در دمای اتاق توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۷- نوشتن نام بر روی محیط کشت توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۸- استریل کردن لوپ بر روی شعله توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۹- انجام کشت نمونه های مختلف بر روی محیط کشتها به صورت استاندارد توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۱۰- دوباره استریل کردن لوپ توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۱۱- قرار دادن محیط های کشت شده درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت توسط مسئول میکروب شناسی
 - ۱۲- پس از ۲۴ ساعت بررسی محیطهای کشت داده شده از نظر رشد میکروب توسط مسئول میکروب شناسی
- اگر میکروبی رشد نکرده باشد: NO GROWTH
 - اگر میکروب رشد کرده باشد: تهیه اسمیر برای رنگ آمیزی گرم- کشت میکروب در محیطهای افتراقی در صورت لزوم و قرار داد آن در انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت دیگر. پس از آن تشخیص نوع میکروب و آنتی بیوگرام بر اساس میکروب- خواندن جواب آنتی بیوگرام پس از ۲۴ ساعت و رسیدن به جواب نهایی
 - ۱۳- ثبت جواب در دفتر و کامپیوتر و بقیه تستها هم بر اساس SOP می باشد توسط مسئول میکروب شناسی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دفترچه راهنمای دستگاه- S.p های مربوط به بخش میکروب- فرم کنترل کیفی- دفتر مخصوص میکروب- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری- Log Book دستگاهها

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۴	کد سند	INS-LM-۰۵
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۸. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود

کام های انجام کار:

- ۱- از ساعت ۸:۰۰ شروع به کار بخش ادرار انجام می پذیرد. (مسئول بیوشیمی ادرار)
 - ۲- کنترل نوارهای ادراری که دستورالعمل آن در قسمت کنترل کیفی بخش ادرار موجود می باشد توسط مسئول بیوشیمی ادرار انجام می شود.
 - ۳- راس ساعت ۹:۰۰: بعد از OK بودن نوار ادراری، باید تا ساعت ۱۲:۳۰ آزمایشات U/A انجام گردد و در صورت موجود بودن درخواست U/C اول نمونه کشت انجام شده و بعد U/A آن گذاشته شود. (مسئول بیوشیمی ادرار)
- * نکته: تمامی امکانات (نوار ادراری، لام، لامل، معرف ارلیش (اوروبیلی نوژن) و اسید نیتریک (بیلی رو بین) دارای نقطه سفارش می باشد که مسئول هر بخش موظف است با توجه به نقطه سفارش درخواست را روی برد برای سوپر وایزر نوشته و ایشان سفارش لازم را می دهد. از لحاظ تجهیزات (میکروسکوپ، سانتریفیوژ) Back up باید موجود باشد که در صورت خرابی هر کدام از تجهیزات جایگزین استفاده می شود. (مسئول بیوشیمی ادرار)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- بروشورهای مربوط به محلول ها - Log Book دستگاهها- فرم کنترل کیفی (رفرکتومتر - نوار ادراری) - دفتر مخصوص بیوشیمی ادرار- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۵	کد سند	INS-LM-۰۶
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۴۹. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود

کام های انجام کار:

آزمایش مدفوع (شرایط قبل از آزمایش، نحوه گرفتن نمونه، نگهداری و انتقال به آزمایشگاه)

نمونه گیری مدفوع یک آزمایش جهت بررسی ارگانیسم های بیماری زا و غیر بیماری زای موجود در دستگاه گوارش مانند انگل، قارچ و باکتری و همچنین وجود آسیب در دستگاه گوارش و آنالیزهای بیوشیمی انجام می گیرد.

نمونه گیری باید به گونه ای انجام شود که بتوان هر نوع انگلی را تشخیص داد و جداسازی نمود. همچنین نمونه باید در یک ظرف دهان گشاد تمیز قرار گیرد و درب ظرف محکم باشد تا رطوبت نمونه حفظ شود.

برای اینکه نمونه گیری مدفوع به راحتی انجام شود لازم است که نکاتی مورد توجه قرار گیرد.

در صورتی که اندازه گیری کمی یا کیفی چربی در مدفوع درخواست شود بیمار باید قبل از اینکه آزمایش را انجام دهد از شیف یا مواد روغنی استفاده نماید.

۵روز قبل از نمونه گیری از درمان با موارد زیر بپرهیزد:

- روغن های کرچک
- روغن های معدنی
- منیزیم
- بیسموت
- ترکیبات ضد اسهال
- مصرف آنتی بیوتیک

دقت نمایید که نمونه مدفوع باید در یک ظرف پلاستیکی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار داده است جمع آوری شود. در صورتی که بیمار بستری باشد می تواند در یک ظرف خشک نمونه را ریخته و با استفاده از چوب مخصوص (آپسلانگ) نمونه را به ظرف برچسب دار انتقال دهد.

همچنین توجه داشته باشید که نمونه مدفوع را نباید با دستمال کاغذی، صابون، ادرار یا آب مخلوط شود. نکته ای باید مورد توجه قرار گیرد اینکه برخی از انگل های فعال ممکن است با ادرار از بین بروند.

نمونه هایی که به اسهال خونی مشکوک هستند باید بلافاصله بعد از نمونه گیری به آزمایشگاه ارسال گردند.

کتابچه دستورالعمل ها

سه نوبت آزمایش مدفوع

اگر قرار باشد که سه نوبت آزمایش مدفوع انجام شود باید هر نوبت در یک روز یا یک روز در میان انجام شود. در صورتی که فرد دچار یبوست باشد بهتر است که سه نمونه را حداکثر در فاصله زمانی ۱۰ روز جمع آوری نمود. نمونه مدفوع اسهالی و لزج باید هرچه زودتر به آزمایشگاه ارسال شوند. اما اگر نمونه معمولی باشد و یا اینکه سفت باشد اگر نمونه سریع به آزمایشگاه منتقل نشود باید نمونه را در یک محل که سرد و گرم نباشد نگهداری نمود و حداکثر باید تا ۲۴ ساعت نمونه را به آزمایشگاه انتقال داد.

اگر کرم یا موارد مشکوکی مشاهده کردید به آزمایشگاه گزارش دهید.

برای نمونه گیری مدفوع نیازی به ناشتا بودن نیست.

در صورتی که درون قوطی مایع مشاهده نمودید مایع را بیرون نریزید.

اگر دارو مصرف می کنید قبل از نمونه گیری حتما با آزمایشگاه مشورت نمایید.

حجم نمونه مدفوع مورد نیاز

حجم مدفوع باید به اندازه چند گرم یا معادل دو یا سه بار برداشت با آبلانگ باشد.

در صورتی که پزشک از شما کشت مدفوع هم درخواست کرده باشد بهتر است که ابتدا کشت داده شود و بعد از آن آزمایش ساده مدفوع انجام گیرد.

در صورتی که قرار باشد بر روی نمونه آزمایش کشت میکروبی انجام شود نباید به نمونه مدفوع مواد نگهدارنده اضافه شود.

جمع آوری نمونه از نظر تشخیص انگلی

نمونه برداری باید به نحوی انجام پذیرد که امکان تشخیص و جداسازی هر انگلی وجود داشته باشد. تشخیص عفونت های انگلی به امتحان میکروسکوپی مدفوع، ادرار، خون، خلط، بافت و در مواردی بررسی ماکروسکوپی نمونه استوار است. نمونه ها باید در یک ظرف دهان گشاد تمیز پلاستیکی یا مومی جمع آوری گردد. در پیچ ظرف باید کاملاً محکم باشد تا رطوبت نمونه حفظ گردد.

نمونه ها نباید با آب یا ادرار مخلوط شوند زیرا سبب بی حرکت شدن تروفوزوئیت تک یاخته و یا موجب از بین رفتن آن می گردد. آلودگی اتفاقی نمونه با خاک و یا آب ممکن است باعث گردد که نمونه به ارگاناسم های دارای زندگی آزاد که موجود در آب و یا خاک باشند آلوده شده که در این مورد به آسانی با تک یاخته های انگلی اشتباه می شوند و جمع آوری نمونه از توالی فرنگی نیز مناسب نمی باشد.

تداخل مواد:

بعضی از مواد مانند روغن های معدنی، باریم (کریستال ها مانع مشاهده انگل به خصوص تک یاخته ها می گردند)، بیسموت، آنتی بیوتیک ها (تتراسیکلین)، داروهای ضد مالاریا و مواد غیر قابل جذب ترکیبات ضد اسهالی در جداسازی انگل های روده ای تداخل ایجاد می کنند.

بعد از مصرف مواد فوق بوسیله بیمار ممکن است برای مدت یک هفته تا چند هفته نتوان انگل را تشخیص داد.

کتابچه دستورالعمل ها

معمولا دو ماده ای که به مقدار زیاد توسط بیماران مصرف می گردد باریم و آنتی بیوتیک است که تترا سیکلین باعث کاهش یا از بین رفتن انگل ها (مخصوصا تک یاخته ها) می گردد و در چنین مواردی باید نمونه برداری بعد از گذشت ۷ روز انجام شود.

ثبت مشخصات نمونه مدفوع:

هر نمونه باید دارای مشخصات نام بیمار، نام پزشک، شماره آزمایشگاه، تاریخ و زمان جمع آوری نمونه باشد. برگ درخواست پزشک باید ضمیمه شده و در آن اطلاعات اضافی مانند تشخیص احتمالی بیماری با توجه به علائم آن و یا تاریخچه مسافرت به منطقه خاص ذکر گردیده باشد. باید توجه نمود که چون هر نمونه مدفوع می تواند به عنوان یک منبع مهم باکتری، ویروس و انگل باشد لذا باید به عنوان یک منبع آلوده کننده مهم محسوب گردد.

تعداد نمونه های مدفوع

حداقل ۳ نمونه به صورت هر روز یا یک روز در میان باید جمع آوری گردد. (به دلیل اینکه معمولا بعضی از تک یاخته ها و تخم کرم ها به صورت تناوبی دفع می گردند) در مواردی که بیمار اسهال و درد شکم نداشته باشد می توان دو نمونه را بطور معمول و یک نمونه را بعد از استفاده از یک مسهل مانند سولفات منیزیم یا **fleets phosho-soda** جمع آوری نمود. از مسهل های روغنی نباید استفاده کرد زیرا روغن باعث کندی حرکت تروفوزوئیت شده و به علت تغییر شکل انگل تشخیص را مشکل می سازد.

در مواردی که پزشک مشکوک به آمیباز روده ای باشد جمع آوری ۶ نمونه بیمار کمک کننده است و باعث تشخیص عفونت های آمیبی به میزان ۹۰٪ می گردد اما معمولا کمتر توسط پزشک درخواست می گردد. در صورت مثبت بودن آزمایش انگل در نوبت اول دو نوبت دیگر نیز حتما باید مورد بررسی قرار گیرد چون ممکن است بیمار به دو یا چند انگل مختلف آلوده باشد.

زمان جمع آوری نمونه

اگر نمونه های مدفوع به صورت یک روز در میان جمع آوری گردد ۳ نمونه را باید حداکثر در فاصله زمانی ۱۰ روز جمع آوری کرد. اگر منظور جمع آوری ۶ نمونه باشد باید آن ها را حداکثر در فاصله زمانی ۱۴ روز جمع آوری کرد. باید توجه نمود که نباید در طی یک روز بیشتر از یک نمونه جمع آوری نمود.

زمان صحیح انجام آزمایش بعد از جمع آوری نمونه

بستگی به روش جمع آوری نمونه در آزمایشگاه دارد چون بعضی از آزمایشگاه ها از مواد نگهدارنده استفاده می کنند. زمان صحیح به رح زیر است:

آبکی: (**Liquid or watery**) باید در فاصله زمانی ۳۰ دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

نرم: (**soft**) باید در فاصله زمانی ۳۰ دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

نیمه شکل دار: (**semi formed**) باید در فاصله زمانی ۶۰ دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

کتابچه دستورالعمل ها

کاملاً شکل دار: (**formed**) همان روز یا روز بعد می تواند آزمایش شود.

باید توجه نمود که می توان نمونه را در یخچال $3-5^{\circ}\text{C}$ نگهداری نمود که در این حالت تخم ها لاروها و کیست های تک یاخته تا چند روز بدون تغییر شکل حفظ می شود اما باید توجه نمود که نمونه ها یخ زنند چون در اثر نگهداری در دمای زیر صفر خصوصیات ظاهری انگل تغییر می کند. نمونه نگهداری شده در یخچال برای انجام آزمایش مستقیم به هیچ وجه مناسب نیست چون تروفوزوئیت تک یاخته از بین می رود. همچنین نمونه ها را به هیچ وجه نباید در انکوباتور قرار داد.

بررسی میکروسکوپی و ماکروسکوپی مدفوع

جمع آوری نمونه:

اگر زمان زیادی بگذرد (بیش از یک ساعت) تروفوزوئیت از بین می رود. در بیش از یک روز کیست هم از بین می رود. تخم بعضی کرم ها لارو می شود.

روش انجام آزمایش:

آزمایش ماکروسکوپی مدفوع

به محض رسیدن نمونه های مدفوع به آزمایشگاه باید شکل، قوام و رنگ مدفوع را بررسی کرد:

- **Formed** یا **F** یا شکل دار
- **Soft** یا **S** یا نرم
- **Loose** یا **L** یا شل
- **Watery** یا **W** یا آبکی
- نمونه دارای موکوس **M** = یا **Mocoid**
- نمونه دارای خون **B** = یا **Bloody**

رنگ مدفوع را به صورت زیر مشاهده کنید:

- **Brown** = قهوه ای
- **Black** = سیاه
- **Yellow** = زرد
- **Green** = سبز
- **White** = سفید

بررسی موکوس نمونه مدفوع

برای بررسی موکوس نمونه مدفوع توسط یک آبلانگ قسمتی از یک نمونه را برداشت می کنیم. وضعیت و حالت کش آمدن نمونه را بررسی و گزارش می کنیم.

معمولاً آزمایش میکروسکوپی نمونه های مدفوع متشکل از سه مرحله جداگانه شامل:

۱. تهیه گسترش مستقیم

کتابچه دستورالعمل ها

۲. تغلیظ نمونه

۳. رنگ آمیزی

تهیه گسترش مستقیم (مرطوب)

گسترش مستقیم را می توان در کوتاه ترین مدت و با حداقل امکانات تهیه نمود.

در صورت مثبت بودن آن از نظر وجود انگل می توان یک گزارش اولیه سریع به پزشک ارائه داد و گزارش نهایی را موکول به انجام آزمایش با استفاده از روش های تغلیظ و رنگ آمیزی دائمی نمود.

در آزمایش مستقیم به علت برداشت حجم بسیار کمی از مدفوع، امکان دستیابی به انگل خیلی کم است. همچنین در صورت یافتن انگل به علت اینکه بعضی از تک یاخته ها خیلی کوچک می باشند به سختی می توان در گسترش مستقیم نوع آن ها را تعیین نمود. اهداف تهیه گسترش مستقیم شامل:

- ارزیابی میزان الودگی بیمار

- تشخیص سریع نمونه هایی که آلودگی شدید دارند

- بررسی حرکت ارگانیسم ها

این روش آماده سازی باید روی نمونه های تازه مدفوع که در یخچال نگهداری نشده و یا با مواد نگهدارنده مخلوط نگردیده است انجام گیرد. در این روش، مراحل مختلف زندگی اغلب انگل های روده ای (تروفوزوئیت، کیست، لارو و تخم)، اووسیت کوکسیدیاها، اجسام کروماتوئید موجود در کیست و حرکت تروفوزوئیت ها را می توان تشخیص داد.

در مورد نمونه های تازه ای که در ماده نگهدارنده قرار داده نشده اند محلول ۰.۸۵٪ کلوروسدیم در آب و یا محلول ید به عنوان رقیق کننده استفاده می شود.

برای نمونه های نگهداری شده در فرمالین و یا مواد نگهدارنده دیگر، مواد نگهدارنده نقش رقیق کننده را نیز ایفا می کنند.

باید توجه نمود که ید و مواد نگهدارنده مانند فرمالین باعث کشته شدن ارگانیسم شده و حرکت آن را نمی توان بررسی نمود.

تهیه گسترش مستقیم با محلول ید باعث می شود که هسته و بیشتر عناصر داخل کیست های انگل مشخص گردند.

معمولا در این گونه آماده سازی تروفوزوئیت ها شکل طبیعی خود را از دست می دهند. تخم کرم ها و لاروها قابل شناسایی هستند اما بعضا جزئیات داخلی آن ها نامشخص می شود.

برای تشخیص اولیه اووسیت کریپتوسپوریدیوم تهیه نمونه با محلول ید پیشنهاد می گردد زیرا معمولا اووسیت ها ید را جذب نکرده و

شفاف می مانند (برخلاف مخمرها و دیگر عناصر مدفوع که رنگ زرد ید را جذب می نمایند) اما به هر حال باید تشخیص قطعی

کریپتوسپوریدیوم با رنگ آمیزی های اختصاصی و یا استفاده از کیت دارای آنتی بادی منوکلونال اختصاصی انجام گیرد.

اووسیت ایزوسپورابی نیز می تواند در گسترش مستقیم دیده شود. اسپورهای میکروسپوریدیا آنقدر کوچک هستند که ممکن است با

ذره های کوچک موجود در محیط اشتباه شوند، بنابراین در گسترش مستقیم ممکن است تشخیص صحیح داده نشوند.

در بررسی میکروسکوپی نمونه مدفوع ممکن است عناصر زیر دیده شوند:

- تروفوزوئیت و کیست تک یاخته های روده ای

کتابچه دستورالعمل ها

- اووسیست کوکسیدیا و اسپورهای میکروسپوریדיا که تشخیص این اسپورها از ذره های کوچک موجود در محیط مشکل است.
- تخم کرم ها و لاروها
- گلبول های قرمز که ممکن است دلیل زخم یا عوامل دیگر خونریزی دهنده باشد.
- گلبول های سفید مخصوصا نوتروفیل ها که ممکن است دلیل التهاب باشند.
- ائوزینوفیل ها که معمولا دلیل وجود یک پاسخ ایمنی است (ممکن است در ارتباط با وجود عفونت های انگلی و یا علل دیگر باشد)
- ماکروفاژها که ممکن است به دلیل حضور عفونت های باکتریایی یا انگلی باشد.
- کریستال های شارکوت لیدن که بقایای ائوزینوفیل های تخریب شده است (ممکن است در ارتباط با وجود عفونت های انگلی و یا علل دیگر باشد).
- قارچ ها (نوع کاندیدا) و مخمرهای دیگر و یا قارچ های شبه مخمر
- سلول های گیاهی، دانه های گرده و اسپورهای قارچ ها که ممکن است شبیه تخم کرم ها، کیست تک یاخته ها و اووسیست کوکسیدیا و اسپورهای میکروسپوریדיا باشد.
- فیبر یا ریشه گیاهان و یا موی حیوانات که ممکن است شبیه لارو کرم ها باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب مستند سازی درازمایشگاه تشخیص طبی

کتاب انگل نوا براون

کتاب فراورده های آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۶	کد سند	INS-LM-۰۷
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۵۰. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام می شود

کام های انجام کار :

- ۱- ابتدا لیست های کاری مربوط به آزمایشات تیروئیدی و ویروسی، توسط مسئول هورمون شناسی از روز قبل گرفته می شود.
- ۲- از لیست روز قبل بیمارانی که تستهایشان نیاز به تکرار داشته باشد توسط مسئول هورمون شناسی به لیست جدید اضافه می گردد.
- ۳- مسئول هورمون شناسی کیت های مورد نظر و سرم بیماران و محلول های شستشو را از یخچال بیرون آورده تا به دمای محیط برسد.
- ۴- مسئول هورمون شناسی بر اساس لیست، سرم ها را ردیف می کند.
- ۵- مسئول هورمون شناسی دستگاه هیومن را روشن کرده و برنامه های شستشو را اجرا می کند.
- ۶- مسئول هورمون شناسی RACK دستگاه را با استاندارد ها و سرم ها پر کرده و بر طبق برنامه دستگاه، وارد دستگاه می کند.
- ۷- بعضی از تستها نیاز به رقیق کردن سرم و یا canjuge و یا سوپسترا دارد که مسئول هورمون شناسی رقیق سازی را هم در ابتدای کار انجام می دهد..
- ۸- بعد از وارد کردن تستها و بیماران توسط مسئول هورمون شناسی دستگاه شروع به کار می کند.
- ۹- در حین انجام کار دستگاه، مسئول هورمون شناسی تستهایی که بایستی با روش دستی انجام شود را شروع می کند.
- ۱۰- مسئول هورمون شناسی برای انجام شستشو ها به روش دستی از دستگاه washer استفاده می کند که قبل از روشن نمودن، waste و محلول شستشو را چک کرده و سپس روشن می کند.
- ۱۱- بعد از ساعت ۱۱ صبح لیست آزمایش BHCG توسط مسئول هورمون شناسی گرفته می شود و پس از ردیف نمودن سرم ها تست به صورت دستی یا دستگاهی انجام می شود.
- ۱۲- در انتها بعد از اتمام آزمایشات جوابها توسط مسئول هورمون شناسی وارد لیست می شود و پرینت آزمایشات دستگاهی گرفته می شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- ۱۳- مسئول هورمون شناسی تستهای بیمارانی را که نیاز به تکرار دارد مشخص نموده و سرم آنها را جدا کرده تا روز بعد تکرار شوند.
- ۱۴- بایگانی سرمهای آن روز توسط مسئول هورمون شناسی
- ۱۵- تکمیل Log book دستگاهها توسط مسئول هورمون شناسی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- برونشورهای مربوط به محلول ها- دستورالعمل کار با دستگاه الیزا- دفترچه راهنمای دستگاه الیزا-S*p های مربوط به بخش هورمون- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری- Log Book دستگاهها- دفتر محلول های مصرفی



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۹۸

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۳	سنجه	۸	کد سند	INS-LM-۰۸
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۱. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود

کام های انجام کار:

- ۱- نمونه ها توسط نیروی خدماتی از اتاق عمل در ساعت های ۱۰ الی ۱۲ به آزمایشگاه آورده می شود و کارشناس پاتولوژی درخواستها را پذیرش و شماره می زند.
- ۲- در شیفت صبح بعد از حضور دکتر نمونه ها برش داده می شود و در باکس های مخصوص قرار می گیرد و به دستگاه تیشوپروسسور انتقال می یابد.
- ۳- بعد از تهیه لام دکتر گزارش نهایی را انجام می دهد.
- ۴- دستورالعمل دستگاه ها SOP تکنیک های پاتولوژی و سیتولوژی و رنگ آمیزی در بخش موجود می باشد.
- ۵- جوابدهی در هفته سوم و روزهای شنبه و سه شنبه انجام می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل کار با دستگاههای پاتولوژی S.p- های مربوط به بخش پاتولوژی

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۱	کد سند	INS-LM-۰۹
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۵۲. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی

گام های انجام کار :

- تمامی گام ها توسط مسئول بخش بیوشیمی انجام می شود.
 - ۱- دادن کنترل TIBC - Lipid - P - N به صورت روزانه به دستگاه
 - ۲- کنترل ها به تایید مسئول فنی یا سوپروایزر آزمایشگاه میرسد.
 - ۳- وارد کردن کنترل ها در نرم افزار کنترل کیفی و محاسبه ی $SD - Mean - CV$
 - ۴- بررسی از نظر قوانین و ستگارد و رفع خطا های احتمالی (مشخص کردن نوع خطا از نظر سیستماتیک یا راندوم-انجام اقدامات لازم برای رفع خطا که شامل تعویض محلول یا کالیبراسیون دستگاه و.....)
 - ۵- رسم نمودار کنترل کیفی و بایگانی آنها به صورت ماهیانه
 - ۶- محاسبه ی CV برای تمامی تست ها و مقایسه ی آن با CV مرجع
 - ۷- در شیفต์ صبح مسئول بیوشیمی کنترل $N - P$ به دستگاه $BT 4500$ داده و قوانین و ستگارد توسط نفر دوم بیوشیمی بررسی میشود و دستگاه بعد از آماده شدن در شیفต์ عصر و شب استفاده می شود.
- تکرار پذیری (دقت):**
- ۱- در ابتدای هر ماه بعضی از تست ها ۲۰ بار به دستگاه داده می شود تا میزان دقت دستگاه سنجیده شود.
 - ۲- پس از آن $SD - CV - Max - Min$ برای هر تست مشخص می شود.
 - ۳- تمامی این تکرار پذیری ها در پوشه مخصوص بایگانی می شود.
- لوگ بوک ها:**

کتابچه دستورالعمل ها

- ۱- هر روز تمامی جواب های بحرانی بیماران توسط همکاران بخش بیوشیمی به اطلاع بخش رسانده می شود و اقدامات اصلاحی انجام می پذیرد و در پوشه مخصوص تمام اطلاعات به صورت کامل به همراه نام پرستار یادداشت می شود و در صورتی که بیمار سرپایی باشد منشی ها تماس گرفته و با او هماهنگ میشوند .
- ۲- ثبت موارد عدم تطابق که شامل تمامی اتفاقاتی که برای نمونه بیمار از لحظه ی ورود به آزمایشگاه می افتد و سبب عدم انجام آزمایش می شود (همولیز- شکستن لوله و....)
- ۳- تمامی مشخصات کیت های مصرفی در زمان باز شدن درب کیت ثبت می شود. این مشخصات شامل نام کیت - تاریخ مصرف - تاریخ انقضاء - نام شرکت تولید کننده و Lot Number است.
- ۴- در پوشه ای نحوه نگهداری مخصوص دستگاه اتوانالایزر ثبت می شود که این اقدامات شامل شست وشوهای روزانه ی پروب - شست وشوهای هفتگی - ماهیانه ومسیر فاضلاب دستگاه است.
- ۵- به صورت مرتب تمامی تست های بیماران که دارای جواب های خارج از رنج نرمال است با نمونه ی مجدد تکرار و ثبت می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب فرآورده های آزمایشگاهی وتجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۲	کد سند	INS-LM-۱۰
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل :

۵۳. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی

کام های انجام کار :

- ۱- مقایسه ی نتایج دستگاه سل کانتر با گسترش خون محیطی توسط مسئول هماتولوژی
- ۲- مقایسه ی نتایج دستگاه سل کانتر با وضعیت بالینی بیمار در صورت عدم تطابق با نمونه جدید توسط مسئول هماتولوژی چک می شود.
- ۳- استفاده از خون کنترل به صورت روزانه یکبار در ابتدای شروع کار توسط مسئول هماتولوژی و بررسی تفسیر نمودار طبق قوانین وستگارد انجام می شود.
- * در صورتیکه خطای راندمان باشد ، خون کنترل از لحاظ تاریخ انقضا ویال، شرایط نگهداری در دمای ۴° ، بررسی و مدت ۲۱ روز شروع استفاده از ویال، شرایط آماده سازی ویال و کاملاً میکس شدن آن بررسی می شود و در صورت احتمال آلودگی ویال از خون کنترل جدید استفاده می شود.
- * در صورتیکه خطای سیستماتیک باشد دستگاه از نظر ولتاژ برق، ایزوتون ، لایز، شست و شوی SRV بررسی می شود و سپس خون کنترل دوباره به دستگاه داده می شود اگر عیب برطرف نشده بود با مهندسین شرکت تماس گرفته می شود.
- ۴- وارد کردن نتایج خون کنترل در نرم افزار کنترل کیفی و بررسی نمودار کنترل کیفی به صورت روزانه توسط مسئول هماتولوژی
- ۵- انجام تست Duplicate Test به صورت روزانه توسط مسئول هماتولوژی و در صورتی که نتایج خارج از محدوده ۲SD باشد نشان خطای تصادفی و همان نمونه تکرار می شود.
- ۶- انجام تست T.Britin به صورت هفته ای یکبار WBC-RBC - Hb- Hct- Mcr-Plt توسط مسئول هماتولوژی

کتابچه دستورالعمل ها

- اگر T.Britin برای ۵ نمونه از ۲/۷۸ بیشتر باشد دستگاه از نظر ایزوتون ، لایز ، ولتاژ برق ، شرایط نگهداری نمونه ها و شستشوها بررسی می شود و T.Britin تکرار می شود . اگر مقدار T.Britin اصلاح نشد دستگاه از نظر Hct و Hb کالیبره می شود و در مورد سایر اندیکس ها با شرکت پشتیبان جهت کالیبره و اصلاح نقص تماس گرفته می شود.
- ۷- انجام تست تکرار پذیری و کنترل CV/ به صورت ماهانه توسط مسئول هماتولوژی و اگر CV مربوطه بیشتر از CV موجود در کاتالوگ دستگاه بود جهت رفع عیب به شرکت پشتیبان اطلاع داده میشود.
- ۸- مقایسه ی نتایج بیماران بستری در بخش با روزهای پیش آنها توسط مسئول هماتولوژی و در صورت وجود اختلاف فاحش بین نتایج به بخش اطلاع داده و درخواست نمونه مجدد می کنیم.
- ۹- کامل کردن لوگ بوک مربوط به سل کانتر توسط مسئول هماتولوژی
- ۱۰- کامل کردن فرم ثبت مشخصات کیت ها- موارد بحرانی و عدم تطابق و همچنین فرم نگهداری دستگاه SYSMEX توسط مسئول هماتولوژی
- ۱۱- بررسی نقطه سفارش کیتها توسط مسئول هماتولوژی
- ۱۲- هماتوکریت دستی و دستگاهی چک می شود توسط مسئول هماتولوژی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

اصول کنترل کیفی آزمایشگاه

کتاب فراورده ها ی آزمایشگاهی وتجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۳	کد سند	INS-LM-۱۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۴. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی

کام های انجام کار:

- ۱- کنترل کیفی محیط های کشت و دیسک های آنتی بیوگرام با استفاده از سوش های میکروب شرکت بهار افشان و کیت های کرایو بانک هفته ای یکبار انجام می گیرد. (مسئول بخش میکروب)
- ۲- کنترل کیفی بررسی صحت عملکرد اتوکلاو با استفاده از نوارهای شیمیایی TST کلاس ۶ و ویال های بیولوژیک هفته ای یکبار انجام می گیرد. در صورت غیر قابل قبول بودن اقدامات اصلاحی انجام می پذیرد. کنترل دما و فشار یا - بررسی نوار لاستیکی دور درب اتوکلاو و در صورت نیاز به مسئول تجهیزات پزشکی برای رفع نقص اطلاع داده می شود. (مسئول بخش میکروب)
- ۳- کنترل و بررسی استاندارد نیم مک فارلند و خوانش OD (۰,۰۸-۰,۱۳) با استفاده از فتومتر ماهی یکبار انجام می گیرد. در صورتی که OD خوانده شده خارج از محدوده باشد برای انجام اقدامات اصلاحی:
الف- دوباره جذب نوری استاندارد نیم مک فارلند را خوانش کرده
ب- همچنین از نظر میزان کدورت به صورت چشمی آن را بررسی کرده ، اگر کدورت زیاد بود استاندارد نیم مک فارلند را

کتابچه دستورالعمل ها

تعویض کرده از کیت جدید استفاده می کنیم

پ- دستگاه را کالیبر کرده دوباره خوانش می کنیم. (مسئول بخش میکروب)

۴- بررسی دمای انکوباتور به صورت روزانه در ۲ نوبت صبح و عصر و ثبت نتایج و رسم منحنی

در صورت بالا و پایین بودن دما ۳۷[±] برای انجام اقدامات اصلاحی:

الف- دماسنج دیجیتالی بر روی درب انکوباتور را با یک دماسنج دیگر بررسی می کنیم.

ب- اطلاع به مسئول تجهیزات پزشکی. (مسئول بخش میکروب)

۵- کنترل کیفی هود لامینار کلاس ۲ و بررسی اثر UV هفته ای یکبار. (مسئول بخش میکروب)

در صورت درست کار نکردن هود ← اطلاع به مسئول تجهیزات پزشکی و شرکت سازنده برای رفع عیب

۶- بررسی تعیین حجم لوپ (در موقع عوض کردن لوپ). (مسئول بخش میکروب)

۷- دستورالعمل انجام تست ها در پوشه SOP ها موجود می باشد.

۸- نقطه سفارشی در بخش میکروب شناسی تهیه شده است. در صورت رسیدن به نقطه سفارش مسئول بخش میکروب شناسی

به سوپروایزر اطلاع رسانی کرده و ایشان موظف است در اسرع وقت تهیه کند و دستورالعمل ساخت تمامی محیط ها و اتوکلاو

در قسمت میکروب شناسی موجود می باشد. (مسئول بخش میکروب)

نقطه سفارش بخش میکروب

محیط کشت- Blood Agar - EMB - Muler - XLD - Manulat salt Ager ← ۱ عدد

محیط های گالری (سیمون سیترات- TSI - اوره- MRvP - SIM - Lysing ← ۱۵ عدد

محیط های SF-Bille ← ۱۵ عدد

رنگ آمیزی Geram ← ۱ عدد

استاندارد نیم مک فارلند ← ۱ عدد

دیسکهای آنتی بیوگرام ← ۱ عدد

آنتی سرم های Salmonella-shigelle ← ۱ عدد

Micregen ← ۱ عدد

خون گوسفند ← ۳ عدد

معرف MRVP ← ۱ عدد

معرف ارلیش (کواکس) ← ۱ عدد

Plate ← ۱ کارتن

سوش های میکروبی ← ۱ سری

محیط کشت خون ← ۱ کارتن

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب فراورده ها ی آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۴	کد سند	INS-LM-۱۲
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۵. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

کام های انجام کار:

تمامی گامها توسط مسئول بخش بیوشیمی ادرار انجام میشود.

هدف از استفاده فرآورده: "کنترل نوار ادرار" برای معتبرسازی کارکرد نوارهای ادرار مورد مصرف در آزمایشگاه است. ۱۰- Urotrol حاوی مقادیر معینی از مواد مورد بررسی توسط نوارهای گوناگون ادراری است. هدف استفاده ۱۰- Urotrol به دست آورده عوامل صحت و دقت (Accuracy & Precision) روش انجام آزمایش ادرار در داخل آزمایشگاه (Intralaboratory) است. فرآورده: ۱۰- Urotrol در ویالهای لیوفیلیزه ارائه شده است حجم نهایی آن پس از بازسازی با آب مقطر ۱۰ میلی لیتر است. پایه این فرآورده از ادرار انسان فراهم شده و مقادیر مربوط به هر تست با نوار ادرار یاد شده در قسمت بعدی آمده است، این فرآورده از نظر تستهای HBS و HIV.۲ و HTLV با تستهای معتبر موجود منفی است. نگاهی و پایداری:

- ۱- ۱۰- Urotrol باید در یخچال و در سرمای ۲ تا ۸ درجه نگهداری شود. این نکته در مورد ادرار بازسازی شده هم صادق است.
- ۲- در سرمای ۲ تا ۸ درجه ۱۰- Urotrol لیوفیلیزه تا زمان قید شده بر روی ویال پایدار خواهد بود. پس از بازسازی و نگهداری در سرمای مناسب یاد شده نمونه بمدت یک هفته برای عوامل غیر قابل استفاده است.
- ۳- پس از بازسازی در صورت بروز کدورت ۱۰- Urotrol آنرا استفاده نکنید.

کتابچه دستورالعمل ها

روش بازسازی و استفاده:

الف- ۱۰- Urotrol لیوفیلیزه را از یخچال خارج کرده و با ۱۰ میلی لیتر آب مقطر دیونیزه آنرا بازسازی کنید، ویال را به مدت دو دقیقه سر و ته کنید تا کاملاً یکنواخت شود (درب لاستیکی را با احتیاط بردارید تا خلا موجود در ویال سبب پراکنده شدن مواد و پودر خشک شده از داخل ویال نشود).

ب- برای سهولت در انجام تست بهتر است محتویات ویال بازسازی شده را داخل یک لوله سانتیفریوژ ادرار ریخته و سپس نوار ادرار مورد نظر را با توجه به روش پیشنهادی کارخانه سازنده بکار گرفته و نتایج را با چشم غیرمسلح و یا در دستگاه خودکار قرائت ادرار بررسی کنید.

Analyticon (Combi Screen)										
RANGE	Lot*	PRO	GLU	ASC	BILI	NIT	BLOOD	PH	SG	KET
Lower Limit	۹۰۷۲/۴۳۸۵	۱+	۲+	۱+	۰	۰	۲+	۸,۰	۱,۰۰۵	۰
Upper Limit		۲+	۳+	۲+	۱+	trace	۳+	۷,۰	۱,۰۱۰	۲+

PRO: protein GLU: Glucose, ASC: ascorbic acid, NIT=nitrite, Bili = bilirubin, PH = pH, ERY = erythrocyte (Hemoglobin), SG= specific gravity KET=ketone.

نکات قابل توجه:

۱- پارامتر "رنگ ادرار" (color) در محدوده زرد کم رنگ تا زرد (Light yellow – Yellow) قرار دارد و از نظر کدورت در محدوده شفاف (Clear) قرار می گیرد.

۲- ۱۰- Urotrol برای تست شیمیایی Leukoocyte و Urobilinogen منفی است.

۳- آوردن اسید آسکوربیک در جدول صرفاً بمنظور توجه به اختصاصی بودن واکنش گلوکز در ۱۰- Urotrol است.

۴- نکته مهم: شماره ساخت (Lot Number) نوشته شده در جدول متعلق به سازنده نوار ادرار می باشد*
کنترل اسید

*جهت صحت پروتئین ادرار با اسید هم چک می شود که نحوه ساخت آن به این صورت می باشد:

CC۵۰۰ آب مقطر + CC۵۰۰ الکل متانول + gr۳۰ اسید سولفوسالسیلیک

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

اصول مستند سازی در آزمایشگاه تشخیص طبی

کتاب فراورده های آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۵	کد سند	INS-LM-۱۳
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۶. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون

کام های انجام کار:

- روزانه کنترل Low و High رای هر تست گذاشته می شود. در صورتی که کنترل ها در محدوده مرجع نباشد، ابتدا شرایط نگهداری کیت و نیز شرایط نگهداری کنترل ها و نیز رقت سازی کنترل ها چک می شود.
- روزانه سرم هایی را انتخاب کرده (به صورت RANDOM) و در سری کار می گذاریم و نیز سرم بیمارانی که جواب مشکوک دارند یا جواب آزمایش آنها با شرح حال بیمار تطابق نداشته باشد در روز بعد تکرار می گردد.
- اگر نمونه هایی که تکرار شدند با جواب روز گذشته تطابق نداشته باشد، ابتدا شرایط نگهداری (محلول ها- استاندارد ها) و سپس LOT NUMBER کیت را کنترل کرده و اگر موردی نبود سپس چاهکهای مورد آزمایش را بررسی می کنیم.
- چاهکها از نظر آلودگی پشت و روی ول و یا خراش ته چاهک بررسی می شوند.

کتابچه دستورالعمل ها

همچنین صحت برنامه دستگاه و برنامه شستشو را کنترل می کنیم و بلاخره سمپلرهایی که در آزمایش به کار برده شده اند را بررسی می کنیم.

- یک یا هر دو کنترل را به صورت دلتا چک در اول و وسط و آخر پلیت می گذاریم تا تغییرات آن بررسی شود. در صورت بوجود آمدن هر مشکلی به همان نکاتی که در مورد کنترل ها و سرم ها اشاره کردیم رجوع می کنیم.

برخی خطاهای رایج در تستهای هورمونی:

- گاهی خطا بر اثر پدیده هوک می باشد. در این موارد باید تست به صورت Duplicate گذاشته شود با دو رقت مختلف همچنین گاهی پدیده EDGE بر اثر اختلاف دمای بین چاهک ها به جود می آید مثلاً اگر تست در دمای 37° باشد، باز و بسته کردن درب دستگاه باعث اختلاف دما می گردد و اگر در دمای 25° (محیط) باشد امکان دارد دستگاهی که برای دمای محیط استفاده می شود در مجاورت پنجره و یا دستگاه تهویه باشد که آن هم موجب اختلاف دمایی و نهایتاً خطا در تست می شود.
- اگر تست ها با دمای محیط بیرون از دستگاه انجام شود نیز فصول سال اثر زیادی روی این تستها خواهند داشت.
- در دستگاههای 37° که منبع نور در داخل دارند پلیت را نزدیک نور قرار نمی دهیم که افزایش دما باعث خطا در آزمایش می گردد.. برای اصلاح خطای EDGE بهتر است تستها به صورت Duplicate در قسمتهای مختلف پلیت گذاشته شود.
- اگر کیت به دمای محیط نرسیده باشد نیز باعث خطا می شود
- اگر برچسب پلیت زده نشود نیز باعث آلودگی و خطا در تست می شود .

خطاهای مرتبط با دستگاه washer :

- در ابتدا PH آب مقطری که با آن محلول شستشو تهیه می گردد باید تعیین گردد که اسیدی نباشد.
- ظرفی که محلول در آن رقیق می شود و یا دستگاه متصل می شود و شستشو انجام می شود تمیز و عاری از هر گونه آلودگی باشد و بعد از استفاده حتماً به یخچال منتقل شود.
- مراحل شستشو باید به درستی انجام شود یعنی آسپیراسیون Dispens با صحت کامل انجام شود و soaking Time رعایت شود.
- محلول wash با فشار زیاد به داخل چاهک ریخته نشود زیرا باعث خطا در آزمایش می گردد.
- برای بهبود عملکرد دستگاه washer Eliza هفته ای یکبار سوزن های دستگاه با محلول شستشو (کلین) چندین بار شسته می شود. همچنین قطعه ای که سوزن های دستگاه در آن قرار دارد ماهی یکبار در ظرف آب ژاول رقیق شده قرار می گیرد تا اگر گرفتگی در سوزن های دستگاه باشد برطرف گردد.

خطاهای مرتبط با دستگاه خوانشگر الایزا:

- دستگاه الایزا نباید در مجاورت تابش نور خورشید باشد و نیز نوسان برق باعث خطا در خوانش تستها می گردد.
- خطای طول موج: اگر رنگ نمونه با Absorbance تست تطابق نداشته باشد به طول موج وارد شده و یا به طول عمر لامپ دستگاه مشکوک می شویم.

کتابچه دستورالعمل ها

- برای بررسی صحت دستگاه خوانشگر الایزر از کیت الایزا چک استفاده می شود که به وسیله آن عملکرد دستگاه خوانشگر و همچنین دستگاه شستشو و سمیلر ها نیز انجام می شود.

CURVE:

- CURVE هر تست در پایان کار پرینت گرفته شده و بررسی می شود.
- منحنی تست باید با CURVE داخل کیت همخوانی داشته باشد و در صورتیکه مشکل باشد این همخوانی وجود نخواهد داشت که در این صورت غلظت استانداردها را بررسی می کنیم و نیز ترتیب گذاشتن استانداردها کنترل می شود.
- ممکن است غلظت بعضی استانداردها بر اثر محکم نبودن درب ویال دچار تغییر شده باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دفترچه راهنمای دستگاه های موجود در بخش هورمون
- S+p های مربوط به بخش هورمون
- مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی

استاندارد	و	۱	۴	سنجه	۷	کد سند	INS-LM-۱۴
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۷. کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش پاتولوژی

کام های انجام کار:

به علت نبود دستورالعمل مشخص کنترل کیفی بخش پاتولوژی، کنترل کیفی انجام نمی شود (سوپروایزر آزمایشگاه)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۱۱۰

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۱	۵	سنجه	۱	کد سند	INS-LM-۱۵
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۸. کنترل کیفی ابزار پایه شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی

کام های انجام کار:

- ۱- تمامی سمپلرها و ابزارهای حجمی به شرکت تست ارسال می گردد و شناسنامه یک ساله صادر می شود.
- ۲- تجهیزات برودتی و گرمایشی، ترازو و سانتریفیوژها توسط شرکتی که تجهیزات پزشکی معرفی می کنند برای کنترل کیفی آمده و گواهی یک ساله صادر می کنند و تمام گواهینامه ها در تجهیزات پزشکی می باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:



تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری:

صفحه: ۱۱۱

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۲	۳	سنجه	۲	کد سند	INS-IM-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۵۹. نحوه استفاده از مواد حاجب

کام های انجام کار:

۱. پذیرش بیمار توسط متصدی پذیرش واحد تصویر برداری صورت می گیرد
۲. شرح حال مختصر از بیمار و اندازه گیری وزن بیمار و سن اخذ می شود
۳. بیمار به اتاق سونوگرافی جهت تجویز داروهای مواد حاجب توسط پزشک مربوطه ارجاع می شود.
۴. بیمار جهت اخذ داروی مربوطه به داروخانه ارجاع می شود .
۵. بیمار به بخش اورژانس به منظور برقراری راه وریدی ارجاع می شود.

کتابچه دستورالعمل ها

۶. بیمار به بخش طب و تصویر مراجعه نموده و شرح حال توسط تکنسین مربوطه اخذ می شود.
۷. محاسبه **GFR** بیمار و اخذ رضایت آگاهانه انجام می شود.
- در موارد تجویز سولفات باریم جهت رادیوگرافی مری معده و اثنی عشر و روده کوچک و روده بزرگ به صورت زیر عمل می شود:
- * جهت بررسی مری معده و اثنی عشر ۲ بسته پودر به صورت سوسپانسیون خمیری شکل
 - * جهت بررسی روده باریک ۳ بسته به صورت رقیق شده با ۴ لیوان آب
 - * جهت بررسی روده بزرگ ۳ بسته به صورت رقیق شده با ۲ لیتر آب
- موارد منع مصرف:
- انسداد و احتمال پارگی احشا و زخم شدید دستگاه گوارش و فیستول
- در موارد تجویز ویال ویزیپک ۳۲۰-۳۷۰
- در موارد تزریق ۱ سی سی به ازای هر کیلو وزن بدن بیمار
- موارد منع مصرف: بیماران دیابتی با مصرف متفورمین / در بیماران با **GFR** کمتر از ۳۰ و بیماران با سابقه حساسیت دارویی
- در موارد تجویز ویال اوروگرافین ۷۶ درصد
- بعنوان ماده حاجب خوراکی در سی تی اسکن می شود.
- که ۲۰ سی سی در ۱/۵ لیتر آب حل می شود و به صورت خوراکی به بیمار داده می شود.
۷. پس از تزریق دارو و انجام گرافی، پس از ۱۰ دقیقه در صورت نداشتن مشکل خاص راه وریدی بیمار قطع و بیمار ترخیص می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه موجود در بخش - ترالی اورژانس - کارشناسان بخش طب تصویری

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	ح	۲	۳	سنجه	۵	کد سند	INS-FS-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۶۰. حفاظت از اموال گیرنده خدمت

کام های انجام کار:

۱. در صورتی که بیمار با هوشیاری کامل و با همراه به بخش مراجعه نماید کلیه اموال قیمتی و وسایل وی توسط کمکی بخش تحویل همراه می گردد.
۲. در صورتی که بیمار هوشیار بوده ولی همراه ندارد، اموال وی با حضور منشی یا پرسنل بخش تحویل بیمار می گردد.
۳. در صورتی که بیمار با عدم هوشیاری و به صورت اورژانس و بدون همراه بستری گردد بعد از انجام اقدامات پزشکی و درمانی در صورتیکه بیمار دارای طلا جواهرات و اشیا گران بها می باشد و همچنان همراهی مراجعه نکرده است و نیاز است که موارد ذکر شده از بدن وی خارج گردد با واحد نگهداری تماس گرفته شده و البسه بیمار توسط نیروی کمکی همگن از بدن وی خارج و کلیه اشیا و اموال و البسه وی با حضور سرپرستار یا مسئول شیفت و نماینده حراست (نگهبان) و پرستار بیمار صورتجلسه شده و امضا می شود و به نماینده حراست تحویل می گردد و صورتجلسه ضمیمه پرونده بیمار میشود.
۴. در نوشتن صورتجلسه قید تعداد و مقدار و نوع اشیای گرانبهای بیمار ضروری می باشد.
۵. وسایل قیمتی با ارائه کارت شناسایی به همراهان درجه یک بیمار تحویل میگردد و رسید دریافت می شود.
۶. در صورتیکه همراهان بیمار مراجعه ننمایند و بیمار ناشناس باقی بماند وسایل قیمتی توسط نگهداری پس از دو ماه به حراست دانشگاه تحویل می گردد.
۷. در صورت فوت بیمار بدون همراهی، وسایل بیمار در همان شیفت صورتجلسه شده و تحویل نگهبان داده می شود و صورتجلسه به امضای سوپروایزر و مسئول شیفت و نگهبان می رسد و ضمیمه پرونده می گردد.
۸. در صورتی که بیمار فوت نموده و همراهی دارد کلیه وسایل و اشیای قیمتی بیمار در همان شیفت خارج شده و صورتجلسه می شود و با ارائه کارت شناسایی معتبر تحویل همراهی داده می شود و صورتجلسه به امضای سوپروایزر و مسئول شیفت و نگهبان می رسد و ضمیمه پرونده می گردد.
۹. کلیه وسایل و مدارک جامانده از بیماران بستری و سرپایی در بخشهای مختلف تحویل واحد نگهداری می شود تا در صورت مراجعه همراهیان یا بیماران با ارائه کارت شناسایی معتبر تحویل آنها داده شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجربه بیمارستان - فرم صورتجلسه، کمد بایگانی - نگهبان، کمکی بخش، سوپروایزر، پرستار بخش، مسئول شیفت، سرپرستار

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۴	۱	سنجه	۱	کد سند	INS-BT-۰۱
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۶۱. انجام آزمایش های سازگاری از جمله: Antibody screening و Cross match خون و

فرآورده های خونی

کام های انجام کار:

۱. لوله هایی را که با نمونه خون هر یک از اهداکنندگان و سرم بیمار آزمایش می شود، نشانه گذاری کنید.
۲. به هر یک از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسما بیمار اضافه نمایید.
۳. به هر یک از لوله های مربوطه ۱ قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون ۲ الی ۵ درصد اهداکننده اضافه نمایید.
۴. محتوای لوله ها را مخلوط نمایید و به مدت ۳۰ - ۱۵ ثانیه با دور ۹۰۰ - ۱۰۰۰ سانتریفوژ نمایید.
۵. توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی آگلوتیناسیون با استفاده از آینه مقعر مشاهده و ارزیابی نمایید.
۶. نتایج آزمایش را خوانده، تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.
۷. دو قطره آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.
۸. لوله حاوی آلبومین ۲۲ درصد را به مدت ۱۵ - ۳۰ دقیقه و در صورت استفاده از LISS لوله حاوی LISS را به مدت ۱۵ - ۱۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید.
۹. محتوای داخل لوله ها را بعد از گذشت زمان مذکور به مدت ۳۰ - ۱۵ ثانیه با دور ۹۰۰ - ۱۰۰۰ سانتریفوژ نمایید.
۱۰. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.
۱۱. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
۱۲. سپس لوله را سه تا چهار بار با سالی ۰.۹ درصد شستشو دهید و در مرحله آخر کاملاً سالی را تخلیه نمایید.
۱۳. به این لوله دو قطره AHG اضافه کنید.
۱۴. محتوای لوله را مخلوط کرده و سانتریفوژ نمایید.
۱۵. لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده کنید.
۱۶. در ابتدا بررسی ماکروسکوپی و در موارد مشکوک بررسی میکروسکوپی توصیه می گردد.
۱۷. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
۱۸. در صورت عدم وجود هرگونه واکنش، کراس منج منفی و نمونه خون اهداکننده با خون بیمار سازگار (Compatible) گزارش می شود.
۱۹. در صورت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون، نمونه با خون بیمار سازگار نبوده و (Incompatible) گزارش می شود.
۲۰. به لوله منفی یک قطره گلبول قرمز خون حساس شده IgG Control Cells اضافه کنید. پس از سانتریفوژ کردن، مشاهده آگلوتیناسیون آزمایش را تأیید می کند و در صورت عدم مشاهده واکنش، باید آزمایش مجدداً تکرار شود.

تفسیر:

*وجود آگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری (Incompatible) می باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

* وجود سوسپانسیون گلبولی یکنواخت با گلبول های قرمز خون آزاد پس از سانتریفیوژ نشان دهنده آزمایش منفی یا کراس مچ سازگار (Compatible) می باشد.

نکات مهم:

- * در صورتیکه فرد گیرنده خون سابقه تزریق خون یا بارداری در سه ماهه گذشته دارد ، نمونه تهیه شده فقط تا ۷۲ ساعت پس از انجام آخرین آزمایش غربالگری خون معتبر می باشد.
- * جهت پیشگیری از وقوع هرگونه خطای انسانی ، جداسازی سرم یا پلاسما از گلبول قرمز نمونه بیمار و ذخیره سازی در لوله های تفکیک شده توصیه نمیشود.
- * در صورت انجام آزمایش غربالگری آلو آنتی بادی غیرمنتظره (antibody screen) با استفاده از کیت استاندارد و مشاهده نتیجه منفی فقط آزمایش کراسمچ مختصر (Immediate spin crossmatch) یعنی مراحل ۱ الی ۶ کافی میباشد و ادامه آزمایش لازم نیست.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۴	۱	سنجه	۲	کد سند	INS-BT-۰۲
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۶۲. انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش Rh(D) به روش لوله ای

کام های انجام کار:

آزمایش گلبول قرمز (Test Forward)

- ۱- یک قطره A-Anti را به یک لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید، اضافه نمایید
- ۲- یک قطره B-Anti را به یک لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید، اضافه نمایید
- ۳- به هر یک از لوله ها یک قطره از سوسپانسیون گلبول قرمز (۵-۲ درصد) بیمار را اضافه نمایید
- ۴- محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط کنید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتریفوژ کالیبره شده به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه با دور $g^* 900-1000$ سانتریفوژ نمایید
- ۵- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون یا همولیز را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید
- ۶- نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.
- ۷- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید. آزمایش سرم یا پلاسما (Test Reverse) ۱. ۲ تا ۳ قطره از سرم یا پلاسما را به دو لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که قبلاً A۱ و B نشانگذاری شده اضافه نمایید. ۲. یک قطره از سوسپانسیون گلبول A۱ را به لوله های که A۱ نشانه گذاری شده اضافه نمایید. ۳. یک قطره از سوسپانسیون گلبول B را به لوله های که B نشانه گذاری شده اضافه نمایید. ۴. محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتریفوژ کالیبره شده به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه با دور $g^* 900-1000$ سانتریفوژ نمایید. ۵. سرم یا پلاسما را داخل لوله ها جهت وجود همولیز بررسی نمایید. ۶. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را با استفاده از آینه مقعر مشاهده و بررسی نمایید. ۷. نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.
- ۸- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید.

تفسیر:

نتایج واکنش های به دست آمده با آزمایش سرم یا پلاسما (Test Reverse) را با نتایج واکنش گلبول قرمز (Test Forward) مقایسه نمایید و گروه ABO را مطابق جدول ذیل تفسیر کنید

If RBCs react		And Serum/ Plasma react		Then ABO type is
Anti-A	Anti-B	A۱ RBCs	B RBCs	
.	.	$\geq 3+$	$\geq 3+$	O
$\geq 3+$	.	.	$\geq 3+$	A
.	$\geq 3+$	$\geq 3+$	.	B
$\geq 3+$	$\geq 3+$	.	.	AB

کتابچه دستورالعمل ها

عدم مشاهده آگلوتیناسیون همراه با محیط همگن مخلوط گلبول قرمز، نشان دهنده نتیجه منفی می باشد. هرگونه ناهمخوانی در نتایج آزمایش گلبول قرمز خون و سرم / پلاسما باید قبل از ثبت و تفسیر گروه ABO پیگیری و حل شود. در صورت وجود واکنش ضعیف تر از ۳+ در آزمایش سرم / پلاسما لوله ها را به مدت ۵-۱۵ دقیقه در دمای اتاق انکوبه نمایید و سپس مراحل ۸-۴ را تکرار نمایید.

نکات مهم:

۱. در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است. به دستورالعمل تولیدکننده معرفها رجوع شود.
۲. گلبولهای قرمز گروه A که با آنتی سرمهای A۱-anti و یا A-anti واکنش نشان میدهند، A۱ Cell نامیده میشوند. (تقریباً ۸۰ درصد افراد گروه A از گروه A۱ می باشند) بنابراین معمولاً جهت تعیین A۱ Cell استفاده از معرف آنتی سرم A۱-anti الزامی نیست.
۳. در بانک خونهای مراکز بیمارستانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی انجام آزمایش ABO با استفاده از اسلاید ممنوع میباشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمونوهماٹولوژی سازمان انتقال خون ایران

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۴	۱	سنجه	۳	کد سند	INS-BT-۰۳
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۶۳. انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیرمنتظره، انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم

کام های انجام کار:

- ۱- سه لوله را شماره گذاری نمایید.
 - ۲- درون هر یک از لوله ها یک قطره معرف سلولی (معرف های کیت اسکرنینگ) اضافه می نمایم.
 - ۳- به تمامی لوله ها ۲۰۰ لانداسرم بیمار اضافه و لوله ها را به مدت ۵ - ۱۰ دقیقه در دمای اتاق انکوبه می نمایم.
 - ۴- لوله ها را سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی می نمایم.
 - ۵- نتایج را بررسی سپس به تمامی لوله ها ۱ قطره آلبومین ۲۲٪ اضافه و ۱۵-۳۰ دقیقه درون بن ماری انکوبه می نمایم.
 - ۶- لوله ها را سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی می نمایم.
 - ۷- لوله ها را ۳ بار شسته و بعد از آگیری به تمامی لوله ها ۱ قطره آنتی هیومن اضافه سپس سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی
 - ۸- در صورتی که آزمایش در هر مرحله ای مثبت شد روند را تا پایان انجام دهید و نتایج را گزارش نمایید.
- نکته:
- نتایج را بصورت ۱+، ۲+، ۳+ گزارش نمایید.
- در صورت مثبت شدن مرحله RT بیمار دارای آنتی بادی سرد بوده که این مشکل باترانس در شرایط ۳۷ درجه مرتفع میشود. که جمله "ترانس در شرایط ۳۷ درجه انجام شود" باید در برگه ثبت شود.
- در صورتی که مراحل آلبومین و آنتی هیومن مثبت شود باید ویال گروه خون و سرم بیمار به سازمان انتقال خون ارسال شود تا خون متناسب با بیمار تهیه و دریافت شود. فرم این ارسال در سیستم بانک خون موجود است.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

روش عملکردی استاندارد آزمایشگاه رفرانس ایمونوهما تولوژی سازمان انتقال خون ایران

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	و	۴	۱	سنجه	۴	کد سند	INS-BT-۰۴
-----------	---	---	---	------	---	--------	-----------

عنوان دستورالعمل:

۶۴. تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز های حساس شده

کام های انجام کار:

جهت تهیه ۱۰ میلی لیتر از سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید:

- ۱- حداقل ۱ میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله ۱۰ میلی لیتری انتقال دهید.
- ۲- به گلبولهای قرمز خون نرمال سالین اضافه نموده و به مدت ۱ الی ۳ دقیقه سانتریفوژ نمایید . این مرحله را ۲ تا ۳ بار تکرار نمایید. محلول نهائی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشند. محلول سالین فوقانی supernatant را کاملاً دور بریزید.
- ۳- مقدار ۰,۳ میلی لیتر از گلبولهای قرمز متراکم شسته شده را به لوله های حاوی ۹,۷ میلی لیتر سالین ۰,۹ درصد انتقال دهید.

- ۴- با استفاده از پارافیلیم لوله را پوشش دهید . با چند بار سروته کردن لوله، گلبولهای قرمز خون را با سالین ۰,۹ درصد کاملاً مخلوط نمایید. سوسپانسیون بدست آمده غلظت ۳ درصد می باشد.

نکات مهم:

- ۱- در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است.
- ۲- سوسپانسیون تهیه شده را فقط در روز آماده سازی استفاده نمایید . جهت نگهداری روزانه از یخچال آزمایشگاه در دمای ۲-۸ درجه سانتیگراد استفاده شود.
- ۳- جهت تهیه حجم کمتر ، مقدار سالین ۰,۹ درصد و گلبول قرمز خون را به تناسب انتخاب نمایید
- ۴- تهیه سوسپانسیون گلبولی غلیظ یا رقیق میتواند منجر به پاسخ مثبت یا منفی کاذب در آزمایش گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل های سازمان انتقال خون ایران