

مجموعه

خط مشی و روش های

پارستان شهدای فاروج

تاریخ ابلاغ آذر ۱۳۹۸

تاریخ بازنگری بعدی: آذر ۱۳۹۹



فهرست

ردیف	عنوان خط مشی و روش	محور	زیر محور	کد خط مشی	صفحه
۱	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت	مدیریت و رهبری	رهبری و مدیریت کیفیت	FH-MLQ-POL-۰۱	۳
۲	نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی)	مدیریت و رهبری	رهبری و مدیریت کیفیت	FH-MLQ-POL-۰۲	۷
۳	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران	مدیریت و رهبری	مدیریت خطر حوادث و بلایا	FH-RCM-POL-۰۳	۹
۴	روش " کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها	مدیریت و رهبری	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	FH-TIM-POL-۰۴	۱۱
۵	روش مهار شیمیایی	مراقبت و درمان	مراقبتهای عمومی بالینی	FH-BCC-POL-۰۵	۱۴
۶	روش مهار فیزیکی	مراقبت و درمان	مراقبتهای عمومی بالینی	FH-BCC-POL-۰۶	۱۷
۷	" مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"	مراقبت و درمان	مراقبتهای حاد و اورژانس	FH-AEC-POL-۰۷	۲۰
۸	"شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری"	مراقبت و درمان	مراقبتهای حاد و اورژانس	FH-AEC-POL-۰۸	۲۳
۹	روش " نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین	حمایت از گیرنده خدمت	احترام به حقوق گیرنده خدمت	FH-RSR-POL-۰۹	۲۶
۱۰	مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل‌ها های مورد انتظار	حمایت از گیرنده خدمت	احترام به حقوق گیرنده خدمت	FH-RSR-POL-۱۰	۳۰



عنوان خط مشی: مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت

کد سند: FH-MLQ-POL-۰۱	بازنگری: ۱	ویرایش: ۱
تاریخ تهیه: آبان ۹۸	تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸	تاریخ بازنگری: آذر ۱۳۹۸
دامنه کاربرد:		

کل بخش ها.

ذینفعان:

کلیه پرسنل. بیماران. همراهان

فرد پاسخگو:

مسئول ایمنی بیمارستان (ریاست بیمارستان)

تعاریف:

خطاهای پزشکی: خطاهای پزشکی (Medical Malpractice) عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی عوامل مستعد کننده: بروز خطا در بیمارستان به دودسته زیرساختی و فرایندی تقسیم می شوند. عوامل زیرساختی مرتبط با منابع انسانی، تجهیزات و عوامل عوامل فرایندی مرتبط با روش های ارائه مراقبت درمان است

RCA (ROOT Cause A nalysis) تحلیل علل ریشه ای

FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن

بیانیه خط مشی و روش:

از آنجا که یکی از ماموریت بیمارستان ها ، ارائه خدمات ایمن به بیماران و کارکنان می باشد لذا این بیمارستان در راستای تامین خدمات ایمن و مدیریت پیشگیرانه خطر قبل از ارائه خدمت به بیماران این خط مشی را اتخاذ نموده است

شیوه انجام کار:

جهت ارزیابی پیشگیرانه خطا نیاز مند سیستم جامع در زمینه های آشنایی با خطاهای قابل گزارش، سیستم ساده و در دسترس جهت گزارش خطاها، فراهم نمودن شرایط پیشگیری از خطاهای گزارش شده می باشد.

(کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده در مرکز یا سایر مراکز لیست خطاهای قابل گزارش را تهیه و تدوین می نماید.



- ۲) لیست خطاهای قابل گزارش توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به کلیه واحد ها ارسال شده و در اختیار کارکنان قرار میگردد و اطمینان حاصل میکند که تمامی کارکنان لیست مربوطه را مطالعه نموده اند
- ۳) تیم ایمنی بیمارسیستم گزارش دهی خطاها را به چند روش تدوین نموده است.
- راه اندازی سیستم گزارش دهی الکترونیکی
- امکان برقراری تماس تلفنی جهت گزارش به کارشناس ایمنی در ساعات اداری و سایر مواقع گزارش به سوپروایزر به صورت شفاهی و در نهایت مکتوب کردن آن
- تهیه فرمهای گزارش خطا جهت گزارش دستی و انداختن در صندوق گزارش خطا

مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاها و شیوه شناسایی و کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطاها:

- ۱) مسئول هر واحد جهت ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی سالانه طبق فراخوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ۹ خطاهای احتمالی و موقعیت های خطر آفرین واحد مربوطه را شناسایی نموده و لیست پیشنهادی کنترل موانع پیشگیرانه را تنظیم می نماید.

* تیم ارزیابی ایمنی شامل :

- ۱) مسئول فنی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - کارشناس بهداشت حرفه ایی - کارشناس بهداشت محیط - کارشناس کنترل عفونت - مسئول تجهیزات پزشکی - مدیریت دارویی - مدیریت پرستاری - کارشناس دفتر بهبود و مسئول مدیریت خطر و می باشد
- ### ۱ روش ارزیابی پیشگیرانه خطاها به شرح ذیل می باشد:

- ۲) در کمیته های مرگ و میر کنترل عفونت طب انتقال خون، تجهیزات پزشکی زایمان طبیعی و لیست عوامل تهدید کننده بررسی و تصمیمات اصلاحی اخذ یا برنامه بهبود کیفیت جهت رفع عوامل زمینه ساز بروز خطا تدوین می گردد
- ۳) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و سوپروایزر آموزشی باید کلیه دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار مسئول واحد قرار میدهد
- ۴) مسئولین واحد ها و سرپرستان بخشهای بالینی تمامی دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار کارکنان قرار داده و از آگاهی و اجرای آنها توسط کارکنان اطمینان حاصل می نماید
- ۵) سوپروایزر آموزشی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به منظور مشارکت و فرهنگ سازی همه کارکنان و متخصصان در راستای شناسایی مدیریت خطاها فرهنگ سازی نموده که این امر با برگزاری کلاسها و جلسات آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیماران، راه حل ایمنی و سنجش های مدیریت خطا و ایمنی بیمار انجام می شود.
- ۶) سوپروایزرین باید در راندهای بخش نظارت دقیق بر اجرای دستورالعمل های ایمنی بیمار نمایند و از طریق چک لیست بازخورد شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطاها را به مسئول واحد ها و دفتر پرستاری گزارش دهند
- ۷) مسئول ایمنی بیمارستان با همکاری کارشناس هماهنگ کننده باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از تنبیه و سرزنش که تسهیل کننده گزارش اطلاعات صحیح و صریح در مورد خطاهای پزشکی است را تدوین دهد
- ۸) تیم مدیریت ایمنی بیمار به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحدها بازدید به عمل آورده و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش کوشا باشد و عوامل



مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس اولویت بندی اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا صورت پذیرد

۹) مسئول فنی داروخانه طبق دستور العمل داروهای باهشداربالالیست مربوطه را تهیه و در اختیار بخشهای بالینی قرار می دهد

کلیه داروهای باهشداربالا از داروخانه برچسب گذاری به رنگ قرمز و سپس به واحدها ارسال می نمایند

۱۰) مسئول فنی داروخانه لیست داروهای مشابه را تهیه و در اختیار واحدها قرار می دهد و این داروها با برچسب گذاری به رنگ زرد به واحدها ارسال می شوند

۱۱) مسئولین واحدها قفسه داروهای باهشداربالا را از سایر داروها جدا می نمایند و برچسب گذاری با رنگ قرمز می نمایند

۱۲) مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید

۱۳) مسئولین واحدها باید کلیه تجهیزات پزشکی آن واحد را به صورت روزانه از نظر صحت عملکرد و ایمن بودن سالم و آماده به کار بودن یانیا به تعمیر در فرمهای مرتبط ثبت نماید

۱۴) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش خطاهای پزشکی با اطلاع رسانی راه های گزارش خطا در کلیه واحدها ماهیانه به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها به ویژه در بخشهای پر خطر نظیر اورژانس پرداخته و در صورت لزوم سریعاً رسیدگی می نماید که در این زمینه اصل محرمانگی و تشویق پرسنل گزارش کنندگی رعایت میشود.

۱۵) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با مشارکت مسئول فنی و مسئول دفتر بهبود کیفیت و مسئول واحد موارد خطای گزارش شده و مواردی که منجر به آسیب جدی یا مرگ شده اند را به کمیته مورتالیته ارجاع نموده و با توجه تکنیک گذشته نگر RCA و آینده نگر FMEA برنامه مداخله و پیشگیرانه تدوین می نماید و مسئول ایمنی بر اجرای آن نظارت دارد.

۱۶) علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد آنها با عنوان به اشتراک گذاری آموخته ها توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی پایان هر ماه اطلاع رسانی می گردد

۱۷) شاخص های ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان و پرستاران تعیین و توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاعات مربوط به آنها هر ماه جمع آوری استخراج ، و در کمیته مدیریت رهبری پایش میشود.

۱۸) با سرپرستی مسئول فنی مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تیم ایمنی بیمار تشکیل و ارزیابی میدانی طبق برنامه زمانی ماهیانه یکبار انجام و مسایل در تیم مدیریت رهبری مطرح میشود و اقدامات اصلاحی. پیشگیرانه برنامه بهبود کیفیت تنظیم میگردد تیم ایمنی با توجه سوابق و تجربه کاری انتخاب می گیرند

۱۹) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و دفتر بهبود با همکاری سوپروایزر آموزشی لیست خطاهای به دست آمده تجربه شده در سایر بیمارستان ها و گزارشات پرسنل بیمارستان را در کنفرانسهایی باموضوع خطای پزشکی جهت اطلاع رسانی و آگاه سازی کارکنان آموزش میدهد.

روش ارزیابی پیشگیرانه خطر به شرح ذیل می باشد:

کارشناس مرتبط در هر زمینه طبق فرایند کار واحد مشکلات احتمالی برای بروز خطرات احتمالی را شناسایی لیست و اولویت بندی می کند. گزارشات جمع بندی شده به دبیر کمیته بحران اعلام و اقدامات اساسی لازم پس از اولویت بندی در جلسات کمیته بحران با مدیریت اجرایی بررسی و جهت اجرا پیگیری می شود

*بازدیدهای پیشگیرانه و اصلاحی طبق چک لیستهای تدوین شده مرتبط با هر واحد بصورت دوره ای انجام و عدم انطباقهای شناسایی شده لیست و اقدام اصلاحی انجام می شود

برای مدیریت پیشگیرانه خطرات ناشی از ارائه خدمات مراقبت سلامت جدول FMEA تدوین شده که توسط تیم ایمنی سالانه بازنگری میشود



*شناسایی و پایش نتایج بازدیدها توسط دبیر کمیته بحران صورت می گیرد (تحلیل)

*نظارت بر روند پایش توسط دفتر بهبود کیفیت و حوزه مدیریت انجام می شود اقدامات اصلاحی پیشگیرانه در قالب کمیته های بیمارستانی مانند حفاظت فنی - بهداشت محیط و ... مطرح و با استفاده از خرد جمعی جهت رفع آنها برنامه ریزی می شود

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

مسئولیت اجرایی نمودن مفاد این روش اجرایی با همکاران بخش های درمانی و نظارت بر حسن انجام کار با مدیر داخلی بیمارستان می باشد

منابع:

تجربیات بیمارستان - کتاب استاندارد های اعتبار بخشی - راهنمای ایمنی بیمار - مقالات مرتبط با FMEA

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
فاطمه فاروجی زاده (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - سوپروایزر آموزشی) مهديه رستمی (مسئول بهبود کیفیت) زهرا مختارزاده (مسئول بحران و بلایا) عطیه حداد علیزاده (مدیر داخلی) زهرا محمدی (کارشناس کنترل عفونت) بتول فرامرزی (سرپرستار بخش جنرال) سمیه نعمتی (مسئول داروخانه)	دکتر حامد عسکر پور (مسئول ایمنی)	دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)



عنوان خط مشی: انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی معاملاتی

کد سند: FH-MLQ-POL-۰۲	بازنگری: ۴	ویرایش: ۴
تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵	تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸	تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸
دامنه کاربرد:		

حوزه مدیریتی

ذینفعان:

ریاست بیمارستان - مدیر داخلی - تیم رهبری و مدیریت

فرد پاسخگو:

ریاست بیمارستان

تعاریف:

-

بیانیه خط مشی و روش:

با توجه به وجود برون سپاری در بیمارستان فاروج، این بیمارستان سیاست خود را جهت اطمینان از انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی معاملاتی، نظارت تیم مدیریت رهبری بر عملکرد واحدهای برون سپاری شده و پیگیری مصوبات در این راستا میباشد.

شیوه انجام کار:

با توجه به برون سپاری پیمانکاران این روش توسط دانشگاه علوم پزشکی بجنورد انجام می شود.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

ریاست بیمارستان یا جانشین تام الاختیار وی مسئول نظارت بر اجرای این خط مشی است.

منابع:

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
احسان چاره ساز (مدیر داخلی) مهدیه رستمی (مسئول بهبود کیفیت) مهدی شوقی (مسئول امور مالی)	دکتر حامد عسکرپور (ریاست بیمارستان)	دکتر حامد عسکرپور (ریاست بیمارستان)



عنوان خط مشی: تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در شرایط بحران

کد سند: FH-RCM-POL-۰۳ بازنگری: ۴ ویرایش: ۴

تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵ تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

:: کلیه کارکنان بیمارستان. • و هدف تعیین نحوه تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه

ذینفعان:

بیماران، همراهان، پرسنل درمانی و پزشکان

فرد پاسخگو:

مسئول فنی بیمارستان، ریاست /مدیر ، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

تعاریف:

ارایه خدمات درمانی در زمان حادثه به منظور درمان بیماران و بر جای ماندن حداقل آسیب باید تداوم یابد که این تداوم از صحنه حادثه به اولین مرکز درمانی مجهز و در صورت نیاز سپس با مراکز درمانی فوق تخصصی می باشد .

بیانیه خط مشی و روش:

پیشگیری از بیماری ها و ارتقا دهنده سلامت برای بیماران ، تغییر نگرش درمان – محور به نگرش سلامت

شیوه انجام کار: چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود

۱. در راستای صحیح این روش اجرایی نیاز به گام های مقدماتی و برنامه ریزی می باشد که شامل موارد ذیل است:
۲. لیست و اولویت بندی همه خدمات بیمارستان توسط مسئول مدیریت خطر و بلایا تهیه میگردد .
۳. لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آنهایی که باید در همه زمان در هر شرایطی نیز در دسترس باشند .
۴. منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آن ها بخصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر(مانند کودکان، افراد مسن وازکارافتاده) در کمیته مدیریت خطر و بحران بلایا مطرح و تعیین و تامین آن برنامه ریزی میگردد .
۵. مدیریت خطر بیمارستان طبق مصوبات کمیته خطر حوادث و بلایا؛ یک طرح سیستماتیک و قابل گسترش برای حفظ تداوم مراقبت های ضروری(به عنوان مثال،دسترسی به تهویه مکانیکی و داروهای حیاتی)تعیین نموده است.
۶. هماهنگی با وزارت بهداشت، بیمارستان های همجوار و پزشکان خصوصی جهت اطمینان از ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی در سراسر جامعه در کمیته مدیریت خطر و بحران بلایا مطرح و تامین آن برنامه ریزی گردد .



۷. حصول اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلايا توسط مسئول مدیریت خطر و بلايا انجام شود.
۸. حصول اطمینان از وجود مکانیسم‌های احتمالی برای جمع‌آوری و دفع اجساد و دیگر ضایعات خطرناک بیمارستانی در کمیته مدیریت خطر و بحران بلايا مطرح و تامین آن برنامه ریزی گردد.
۹. محل تریاژ در زمان بحران، با برپایی چادر برزنتی در ورودی بیمارستان طبق مصوبه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا مشخص شده است
۱۰. در زمان وقوع بحران سلف سرویس و پارکینگ جهت بستری بیماران مازاد بر ظرفیت بیمارستان در نظر گرفته شده است
۱۱. تجهیزات ضروری و مورد نیاز بخش‌ها به همراه بخش / واحدهای پشتیبان مشخص شده و در زمان وقوع بحران تجهیزات از بخش‌هایی که استفاده کمتری دارند در بخش‌های فعال فراخوانده و مورد استفاده قرار می‌گیرند.
۱۲. جهت تامین نیرو در زمان بحران لیست کارکنان به انضمام شماره تلفن و آدرس محل سکونت تهیه و در دسترس دفتر پرستاری و سوپروایزر بالینی قرار دارد تا در زمان نیاز فراخوان شوند.
۱۳. جهت ایجاد آمادگی در برابر حجم انبوه مصدومین تعداد ۲۰ پرونده محتوی اوراق پذیرش دستی، قلم و خودکار، در واحد پذیرش پیش‌بینی و نگهداری می‌شود.
۱۴. روش کار در زمان وقوع حادثه:
۱۵. در زمان وقوع حادثه اگر حادثه در خارج از بیمارستان رخ داده باشد نیروهای اورژانس پیش بیمارستانی وارد عمل می‌شوند.
۱۶. اقدامات اولیه حیات برای مصدومین انجام می‌شود.
۱۷. در صورت وجود چند مصدوم تریاژ پیش بیمارستان توسط پرسنل ۱۱۵ انجام می‌شود.
۱۸. اقدامات تشخیصی و درمانی از سوی پرسنل ۱۱۵ آغاز می‌شود.
۱۹. سپس مصدومان جهت درمان به بیمارستان منتقل می‌شوند.
۲۰. در صورت مصدومان بالای پنج نفر یا بیماران با شرایط پرخطر از EOC فوریت‌ها با اورژانس از قبل از ورود به بیمارستان اطلاع می‌دهد

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

بازدیدهای مدیریت خطر و بلايا

منابع:

مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلايا، تالیف: دکتر حمید رضا خانکه
۱۳۹۳

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
احسان چاره ساز (میر داخلی) عطیه حداد علیزاده (مترون) مهديه رستمی (مسئول بهبود کیفیت) زهرا مختارزاده مسئول مدیریت خطر و بلايا	دکتر حامد عسکرپور (ریاست بیمارستان)	دکتر حامد عسکرپور (ریاست بیمارستان)



عنوان خط مشی: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها /واحدها

کد سند: FH-TIM-POL-۰۴	بازنگری: ۱	ویرایش: ۱
تاریخ تهیه: ۹۸/۰۷/۰۵	تاریخ ابلاغ بازنگری: ۱۳۹۸	تاریخ بازنگری: ۹۸/۰۷/۱۰

دامنه کاربرد:

بخش ها و واحدهای بیمارستان

ذینفعان:

بیمار و بخش های مربوطه

فرد پاسخگو:

مسئول بایگانی-مسئول مدارک پزشکی

تعاریف:

استفاده از روشهای کنترل پرونده ها و خروج آنها از بایگانی معرف این قضیه است که پرونده ها و خروج آنها از بایگانی بسیار حساب شده است و گیرنده پرونده مسئول بازگرداندن پرونده پزشکی به مخزن بایگانی می باشد. اگر سیستم کنترل پرونده ها وجود نداشته باشد پرونده ها به راحتی قابل دسترسی نخواهند بود و اگر پرونده بیمار در هنگام نیاز در دسترس نباشد درمان بیمار دچار مشکل خواهد شد. بنابراین هر مرکز درمانی باید تدابیر و روش های جهت خارج کردن پرونده ها از بایگانی داشته باشد.

بیانیه خط مشی و روش:

امر کنترل پرونده احتیاج به نظارت ثابت و تجربه کافی دارد که توسط مسئول بخش مدارک پزشکی تامین می شود.

مسئول مدارک پزشکی موظف است مکانیسمی برای پیگیری پرونده های خارج شده از بایگانی در نظر بگیرد.

شیوه انجام کار:

۱. تعیین افراد مجاز برای دریافت پرونده
۲. تکمیل و ارائه فرم درخواست پرونده جهت هر گونه درخواست پرونده از بخش مدارک پزشکی
۳. تبصره ۱: فرم درخواست شامل: شماره پرونده ، نام و نام خانوادگی بیمار، نام درخواست کننده ، علت درخواست پرونده، نام فرد تحویل دهنده پرونده، نام فرد تحویل گیرنده پرونده ، تاریخ درخواست، تاریخ واگذاری پرونده ، تاریخ عودت پرونده)
۴. تایید فرم درخواست پرونده توسط مدیریت بیمارستان
۵. تدوین دفتر ارسال مراسلات بین بخشی در بخش مدارک پزشکی
۶. لیست پرونده های درخواستی در دفتر ارسال مراسلات ثبت می شود.
۷. بازیابی پرونده /پرونده های درخواستی

۸. ثبت پرونده های خروجی در سیستم his و ثبت در دفتر ارسال مراسلات
۹. پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت در زمان تحویل پرونده: اوراق پرونده را برگ شمار نموده و بعد از ثبت در دفتر یا سیستم توسط افراد معین و مجاز منتقل می شود
۱۰. در زمان عودت پرونده به واحد ، پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت مجددا پرونده را برگ شمار و تحویل می گیرند .پرونده در جای خودش در واحد قرار داده میشود .در صورتیکه پرونده مربوط به بایگانی باشد پرونده در فایل مربوط به خود قرار داده میشود و کارت جایگزین برداشته میشود .
۱۱. برای همه پرونده هایی که به درمانگاهها یا بخش ها ارسال می شوند کارت جایگزین که شامل اطلاعات : نام بیمار، شماره پرونده، تاریخ، نام پزشک یا بخش مربوطه تهیه شود.
۱۲. پرونده هایی که برای تحقیق از فایل خارج می شوند باید حتی الامکان در واحد بایگانی یا در بخش مدارک پزشکی مطالعه شوند.

ثبت و کنترل خروج پرونده هایی که برای رفع نقص مستندات به بخش های بالینی عودت میگردد .

۱. متصدی مدیریت اطلاعات سلامت مشخصات پرونده های ناقص را در دفتر ارسال مراسلات ثبت مینماید.
۲. منشی بخش پرونده ها را در واحد مدیریت اطلاعات سلامت تحویل و دفتر ارسال مراسلات را امضا مینماید و پرونده ها را جهت رفع نواقص به بخش می برد
۳. منشی بخش پرونده ها را پس از رفع نواقص، تحویل پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت مینماید
- ۴- در پایان هر ماه پرونده های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده تطابق داده می شود و در صورت عدم دریافت پرونده ردیابی پرونده آغاز می گردد.
- ۵- گزارش پرونده هایی که پاتولوژی برای آنها ثبت شده است از hmis استخراج می شود و با جواب پاتولوژی های رسیده به بخش مدیریت اطلاعات سلامت مطابقت داده می شود و در پرونده بیمار جایگذاری می شود.
- ۶- پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت در پایان ماه ، دفتر ارسال مراسلات را بررسی مینماید و پرونده هایی که باز نگشته اند را لیست و پیگیری مینماید .
- ۷- مسئول مدیریت اطلاعات سلامت لیست پرونده هایی را که به واحد بازنگشته است طی نامه کتبی به مدیریت و سرپرستار بخش مربوطه اطلاع می دهد
- ۸- کلیه ثبیتات پرونده پزشکی بیمار بایستی بهنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و اعزام شده به بخش درمانی مربوطه تحت عنوانی از قبیل تکمیل گزارشات و... اکیدا اجتناب گردد .
- ۹- پرونده هایی که برای تحقیق از فایل خارج می شوند باید حتی الامکان در واحد بایگانی یا در بخش مدیریت اطلاعات سلامت مطالعه شود.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

- در پایان هر ماه پرونده های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات سلامت با فهرست بیماران پذیرش شده تطابق داده می شود و در صورت عدم دریافت پرونده ردیابی پرونده آغاز می گردد.
۱. گزارش پرونده هایی که پاتولوژی برای آنها ثبت شده است از hmis استخراج می شود و با جواب پاتولوژی های رسیده به بخش مدیریت اطلاعات سلامت مطابقت داده می شود و در پرونده بیمار جایگذاری می شود.
 ۲. پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت در پایان ماه ، دفتر ارسال مراسلات را بررسی مینماید و پرونده هایی که باز نگشته اند را لیست و پیگیری مینماید .
 ۳. مسئول مدیریت اطلاعات سلامت لیست پرونده هایی را که به واحد بازنگشته است طی نامه کتبی به مدیریت و سرپرستار بخش مربوطه اطلاع می دهد



۴. کلیه ثبیتات پرونده پزشکی بیمار بایستی بهنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و اعزام شده به بخش درمانی مربوطه تحت عنوانی از قبیل تکمیل گزارشات و... اکیدا اجتناب گردد.
۵. پرونده هایی که برای تحقیق از فایل خارج می شوند باید حتی الامکان در واحد بایگانی یا در بخش مدیریت اطلاعات سلامت مطالعه شود.

منابع:

کتاب مدارک پزشکی حاجوی

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
ملیحه مومن زاده مسئول مدیریت اطلاعات سلامت احسان چاره ساز (مدیر داخلی) عطیه حداد علیزاده (مترون)	مهديه رستمی مسئول بهبود کیفیت بیمارستان	دکتر عسکریور ریاست بیمارستان



عنوان خط مشی: خط مشی و روش مهار شیمیایی

کد سند: FH-BCC-POL-۰۵ بازنگری: ۴ ویرایش: ۴

تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵ تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

کلیه بخش های بالینی (بخش زنان - جراحی - داخلی - ..)

ذینفعان:

بیماران، همراهان، پرسنل درمانی و پزشکان

فرد پاسخگو:

پرستاران - سرپرستاران - پزشکان و کارکنان بالینی

تعاریف:

استفاده از روش های دارویی برای محدود کردن بیمار .

بیانیه خط مشی و روش:

سیاست این بیمارستان در تدوین این خط مشی: - برنامه ریزی مناسب جهت مهار شیمیایی بیماران - ارتقا سطح ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

۱- پرستار/ پزشک با ارزیابی بیمار و مصرف داروهای اعصاب و روان، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را مشخص می نمایند. بیمارانی که (رفتارهای تهاجمی؛ رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر، رفتار خودتخریبی، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده یا سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها، رفتارهایی همراه با کنترل ضعیف و سابقه تهاجم و رفتارهای خود آسیب رسانی همراه با کنترل ضعیف، خواست خود بیمار) را دارا هستند.

۲- پزشک، دستور استفاده از دارو جهت مهار شیمیایی بیمار، نوع مهارشیمیایی، دوز، راه مصرف و مدت استفاده آن (مشخص نمودن شروع و پایان مدت زمان) را با در نظر گرفتن سابقه دارویی و حساسیت های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض بیمار و تداخلات دارویی در برگ دستورات ثبت نماید.

۳- پرستار آموزش های لازم در خصوص مهار شیمیایی به صورت اثربخش را کسب می نماید.

۴- پرستار، دستور پزشک مبنی بر استفاده از دارو جهت مهار شیمیایی بیمار را چک و بیمار را شناسائی و داروی دستور داده شده را مطابق استاندارد مربوطه به بیمار تزریق می نماید .



۵-پرستار مسئول بیمار ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی را چک و در پرونده بیمار ثبت می نماید.

۶-پرستار مسئول، بیمار تحت مهارشیمیایی را در حتی الامکان در معرض دید بستری می نماید و مداخلات لازم را انجام می دهد (ایجاد محیطی آرام- حفظ حریم خصوصی بیمار - مانیتورینگ مداوم- تسکین درد - داروهای آرام بخش - بالا بردن حفاظ کنار تخت و ...)

۷-پرستار، در صورت هوشیار بودن بیمار، دلیل استفاده از دارو را به او توضیح می دهد .

۸-پرستار در شرایط اورژانسی و بحرانی دستور شفاهی یا کتبی را طبق استاندارد مربوطه دریافت و اجرا می نماید.

۹-پرستار مسئول بیمار مهار شیمیایی را در کوتاهترین زمان ممکن قطع می نماید.

۱۰-وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار در خط مشی و روش مهار شیمیایی به شرح ذیل باشد: انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم-جا گذاشتن هرگونه device اعم از سوزن، قیچی و پنس ... در بدن - موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت(مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)-سقوط بیمار-هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار

۱۱-پرستار کنترل علایم حیاتی/ نیازهای تغذیه ای/ اجابت/ بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و موظف به برطرف کردن آنها با هماهنگی با پرسنل مربوطه (کارشناس تغذیه- خدمات) به انجام می رساند.

۱۲-پرستار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی- مدت زمان (شروع-پایان) و واکنش های بیمار نسبت به آن، نتایج و اقدامات و مشاهدات خود را در برگه گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۱۳- تکرار مهار شیمیایی صرفا منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم ۲ با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز(حداکثر سه بار) توصیه میشود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

سرپرستار بر عملکرد پرستار و پرسنل بخش در اجرای روش اجرایی نظارت می کند

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

مسئول اجرای این خط مشی و روش پرستاران - سرپرستاران و پزشکان می باشند

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
بتول فرامرزی (سرپرستار بخش جنرال) زهرا محمدی (سوپروایزر بالینی)	عطیه حداد علیزاده (مترون)	دکتر حامد عسکرپور (ریاست بیمارستان)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گجرات

کد سند : ۰۱۶.FH.POL

شماره بازنگری: ۰۴/۰۱۶.FH.POL

عطیہ حداد علیزادہ (مترون)

زینب گردن فراز (سرپرستار بخش

اورژانس)

فاطمہ فاروجی زادہ (سوپروایزر آموزشی /

کارشناس هماہنگ کنندہ ایمنی



عنوان خط مشی: خط مشی و روش مهار فیزیکی

کد سند: FH-BCC-POL-۰۶ بازنگری: ۴ ویرایش: ۴

تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵ تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

بیماران، پزشکان، پرستاران

ذینفعان:

بیماران، همراهان، پرسنل درمانی و پزشکان

فرد پاسخگو:

پرستاران - سرپرستاران - پزشکان و کارکنان بالینی

تعاریف:

مهار فیزیکی: استفاده از دستبند چرمی یا گان مخصوص در مواردی که بیمار احتیاج به جداسازی کامل دارد شامل:

الف) پرخاشگری ب) افکار فرار ج) افکار خودکشی و دگر کشی د) هذیان گزند و آسیب که احتمال خطر وجود دارد.

مهاری چرمی بی خطرترین و مطمئن ترین انواع مهار فیزیکی است.

مهار شیمیایی: استفاده از آمپول هالوپریدول (۵ میلی گرم) و آمپول بی پیریدین (۵ میلی گرم) عضلانی طبق دستور پزشک

در محدود کردن فیزیکی و شیمیایی حداقل ۳ نفر لازم می باشد. در صورت نیاز از پرسنل انتظامات می توان کمک گرفت.

بیانیه خط مشی و روش:

حفظ ایمنی بیمار - پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری - رفع موانع عرضه و تسهیل مراقبت درمان

شیوه انجام کار:

۱- معیارهای استفاده از مهار فیزیکی: رفتار تهاجمی - رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران - رفتارهای خودتخریبی و تهاجم - مسمومیت با الکل یا داروها - کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها (دیلریوم) - رفتارهای خودآسیب رسان همراه با کنترل ضعیف - و در صورت تشخیص پزشک در اقدامات تشخیصی و درمانی

۲- پزشک معالج دستورمهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر می نماید.



(بالغین حداکثر ۴ ساعت - نوجوانان ۹ تا ۱۷ سال حداکثر ۲ ساعت - کودکان زیر ۹ سال حداکثر یک ساعت)

۳- پزشک معالج در صورت نیاز به استفاده از مهار فیزیکی، دستور استفاده از مهار فیزیکی و ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن را در برگه دستورات پزشک ثبت می کند.

۴- پزشک معالج باید در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار را ثبت نماید در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی بایستی پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک بگیرد. و دلایل استفاده از مهار فیزیکی در پرونده بیمار ثبت گردد.

۵- پرستار دستور پزشک مبنی بر استفاده از مهار فیزیکی و مدت آن را چک میکند.

۶- پرستار بیمار تحت مهار فیزیکی را در معرض دید بستری نمایند. و در حین زمان مهار فیزیکی حریم خصوصی بیمار را حفظ نماید.

۷- پرستار مسئول بیمار استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام ها و اعضای مجاز با روش های استاندارد و بدون عوارض و وسایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده می نماید (نوارهای پددار قابل انعطاف - دستبند پددار - شکم بند پددار - باند - پنبه و...)

۸- پرستار در صورت هوشیاری علت بسته شدن دست و پای بیمار را بعد از مهار باید برای او به آرامی توضیح داد تا از ترسش کاسته شود و احساس نکند که این امر جنبه تنبیهی یا خصمانه دارد.

۹- پرستار ، بیمار را مرتباً از نظر سیستم عصبی عروقی اندام های مهار شده را به صورت مستمر بررسی (جریان خون، قرمزی و ادم اندامها) چک و ارزیابی می کند(مخصوصاً از نظر اندامهای تحت فشار) و پرستار باید کنترل نماید نرده کنار تخت بیمار بالا باشد.

۱۰- پرستار مسئول بیمار آموزش های لازم و اثربخشی را در خصوص مهار فیزیکی گذرانده باشد.

۱۱- پرستار مسئول بیمار وقایع ناخواسته و تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و... را هم باید مد نظر قرار دهد.

۱۲- پرستار بیمار بی قرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی کرده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۱۳- پرستار باید دقت نماید راستای طبیعی بدن بیمار در طول مدت مهار حفظ شود و شانه ها در وضعیت مناسب قرار گیرد و وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد. سر بیمار را کمی بالاتر از سطح بستر قرار داده تا احساس آسیب پذیری او را کم کند و ضمناً احتمال آسپیراسیون را کاهش دهد.

۱۴- پرستار باید طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی زمان شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل - حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت نماید



- ۱۵- پرستار مسئول بیمار مهار فیزیکی را باید در کوتاهترین زمان ممکن انجام دهد.
- ۱۶- تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.
- ۱۷- سرپرستار بر عملکرد پرستار و پرسنل بخش در اجرای روش اجرایی نظارت می کند.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

نحوه نظارت بر اجرای این خط مشی بر عهده سرپرستاران - سوپروایزر بالینی و مترون می باشد

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
بتول فرامرزی (سرپرستار بخش جنرال) فاطمه فاروجی زاده (سوپروایزر آموزشی / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی زهرا محمدی (سوپروایزر بالینی) مهديه رستمی (مسئول بهبود کیفیت) عطیه حداد علیزاده (مترون)	عطیه حداد علیزاده (مترون)	دکتر حامد عسکریپور (ریاست بیمارستان)



عنوان خط مشی: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد سند: FH-AEC-POL-۰۷ بازنگری: ۴ ویرایش: ۴

تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵ تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

بخش های بالینی

ذینفعان:

مدیر پرستاری، پرستاران، سوپروایزرین، پزشکان اورژانس، بیمار

فرد پاسخگو:

مدیر پرستاری، پزشک اورژانس

تعاریف:

. مراقبتهای بحرانی: مراقبتهایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت های تخصصی پیشرفته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ صورت می پذیرد

بیانیه خط مشی و روش:

بیماران نیازمند مراقبتهای بحرانی، به علت ناپایداری علایم نیازمند استمرار مداخلات درمانی و پایش مداوم وضعیت بیمار و ارتقاء مراقبت ها در حیطه های فیزیولوژیکی می باشند. پایش مداوم وضعیت بیمار نیز از طریق دستگاه مانیتورینگ علایم حیاتی انجام می شود مراقبت و مانیتورینگ شامل کنترل فشار خون دیاستولیک (DBP) فشار خون سیستولیک (SBP) فشار متوسط شریان (AMP) کنترل ریتم قلبی (HR) ریتم تنفسی (RR) -درجه حرارت (T) در صد اشباع اکسیژن خون (SpO2) کنترل نبض های محیطی و بازگشت وریدی می باشد.

شیوه انجام کار:

۱. سرپرستار بخش نسبت به وجود امکاناتی نظیر مانیتورینگ علائم حیاتی، کپسول اکسیژن پرتابل، کامل بودن تجهیزات تالی و الکتروشوک و ... اطمینان حاصل می کند.
۲. سر پرستار آموزش لازم در خصوص مانیتورینگ قلبی و دفیبریلاتور و مراقبت از بیماران حاد را به پرسنل می دهد .
۳. پزشک معالج بیمار در برخورد با بیماران حاد، دستور لازم جهت انتقال بیمار به بخش ویژه در مرکز یا مراکز دیگر را انجام داده و در صورت عدم وجود تخت در بخشهای ویژه، بیمار در بخش اورژانس باقی می ماند .
۴. پزشک معالج بیمار، بیماران حاد بستری را در اسرع وقت ویزیت نموده و در صورت نیاز بصورت مستمر ویزیت می نماید .



۵. پزشک دستور کنترل علائم حیاتی و تنظیمات دستگاه ونتیلاتور، میزان درصد اکسیژن اشباع خون و... را در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.
۶. پرستار مسئول بیمار، در صورت نبود تخت ویژه، بیمار را در بخش اورژانس مانیتورینگ و از نظر شاخص های فیزیولوژیک شامل علائم حیاتی، فشارخون متوسط شریانی، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی و ریتم قلبی به صورت مداوم و طبق دستور پزشک و بر اساس وضعیت بیمار تحت نظر قرار میگیرد
۷. پرستار در صورت هر گونه تغییر وضعیت بیمار و هرگونه اختلال علائم حیاتی پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
۸. پرستار اقدامات صورت گرفته و زمان مانیتورینگ علائم حیاتی را طبق دستورالعمل ثبت گزارش پرستاری، در پرونده بیمار ثبت می کند.
۹. پرستار در صورت لزوم سطح هوشیاری بیمار را بررسی می نماید.
۱۰. پرستار در خصوص حفظ و مراقبت درست از راه هوایی، تهیه اکسیژناسیون و انجام انتوباسیون در موارد ضروری اقدامات لازم را انجام می دهد.
۱۱. پرستار معاینات فیزیکی لازم را ثبت و موارد غیر طبیعی را به پزشک اطلاع می دهد
۱۲. پرستار در خصوص گرفتن نمونه خون شریانی و سایر ترشحات بدن بیمار طبق نظر پزشک عمل می نماید.
۱۳. پرستار آزمایشات لازم بیمار را طبق روتین بخش مربوطه انجام و موارد ضروری را به پزشک اطلاع می دهد.
۱۴. پرستار در خصوص برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه مراقبت کامل از پوست اقدامات لازم بعمل آورد.
۱۵. پرستار در صورت لزوم انجام فرایند تغذیه مددجو از طریق سوند معده را انجام می دهد.
۱۶. پرستار تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه مانیتورینگ را با توجه به وضعیت مددجو انجام می دهد.
۱۷. پرستار اصول مراقبت از بیمار در خصوص اکسیژن درمانی را با توجه به شرایط مددجو و نظر پزشک معالج انجام می دهد.
۱۸. پرستار در صورت بروز دیس ریتمی های خطرناک اقدامات فوری را انجام داده و مراتب را به پزشک معالج اطلاع می دهد.
۱۹. پرستار در خصوص انجام حمایت های روانشناختی از بیماران و خانواده بیمار تلاش می نماید.
۲۰. پرستار مراقبت های پرستاری ویژه به هنگام بروز اختلالات شعوری همچون هذیان، توهم، بی قراری حرکتی را انجام می دهد.
۲۱. پرستار کلیه اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری و چارت های مربوطه ثبت می نماید.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

سرپرستار بخش با بررسی مستندات پرونده و مشاهده عملکرد پرستاران، نظارت را انجام و پس از بررسی با باز خورد و استفاده از الگوی نظارت بالینی حیطه آموزشی و حمایتی اقدامات اصلاحی را انجام می دهد.

منابع:

راهنمای ملی سلامت



تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
زینب گردن فراز (سرپرستار بخش اورژانس) (عطیه حداد علیزاده (مترون) فاطمه فاروجی زاده (سوپروایزر آموزشی / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی زکیه فخرایی(سوپروایزر بالینی)	عطیه حداد علیزاده (مترون)	دکتر حامد عسکرپور(ریاست بیمارستان (



عنوان خط مشی: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخشهای بستری

کد سند: FH-AEC-POL-۰۸ بازنگری: ۴ ویرایش: ۴

تاریخ تهیه: آذر ۱۳۹۵ تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸ تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

بخش اورژانس، بخش جنرال، دفتر پرستاری

ذینفعان:

پزشکان اورژانس - سرپرستار - سوپروایزر - پرستار - مدیر خدمات پرستاری - بیماران

فرد پاسخگو:

مدیر پرستاری - سرپرستار

تعاریف:

. بیماران اورژانس به بیمارانی اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی است

بیانیه خط مشی و روش:

از آنجا که وظیفه بیمارستان فراهم آوردن مراقبت متناسب و مداوم بر اساس نیاز های بیماران می باشد و با توجه به با ارزش بودن زمان در انتقال سریع بیمار بدحال به بخش های ویژه برای دریافت مراقبت های اختصاصی و ضمن اینکه این بیمارستان فاقد بخش ویژه می باشد، بیمارستان این خط مشی را با هدف دسترسی سریع بیماران بدحال به خدمات درمانی و قابل قبول و کاهش خطرات حین انتقال، حفظ حرمت و کرامت انسانی و با اطمینان از اجرای این سیاست که انتقال بیمار با هماهنگی بخش مقصد، رعایت ایمنی بیمار حین انتقال، فراهم بودن تجهیزات کافی در حین انتقال و اطلاع رسانی به همراه بیمار انجام می شود، اتخاذ نموده است.

شیوه انجام کار:

۱. رئیس و سرپرستار بخش، لیستی از بیماران پرخطر و اورژانسی تهیه و در دسترس پزشکان و کارکنان بخش قرار میدهند در مورد بیماران بلوک زایمان طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبتهای مامایی اقدام می گردد.
۲. پرستار/ماما مسئول بیمار، ضمن ارزیابی اولیه بیمار و با مشاهده علائم بدحالی، بلافاصله جهت ویزیت بیمار به پزشک اطلاع دهد.
۳. پرستار/ماما مسئول بیمار، تا رسیدن پزشک، اقدامات اولیه مورد نیاز (گرفتن خط وریدی، باز کردن راه هوایی، مانیتورینگ قلبی، گرفتن نوار قلبی، پالس اکسی متری، پوزیشن مناسب و ...) را انجام می دهد و در صورت نیاز کد ۹۹ فراخوان میشود.
۴. در صورت عدم حضور پزشک معالج، بلافاصله پزشک اورژانس بر بالین بیمار حاضر میشود.
۵. دستورات پزشک اورژانس توسط پرستار/ماما مسئولی که مهارت های لازم را در مراقبت از بیماران بدحال با نظارت مسئول شیفت انجام می دهد.



۶. پرستار /اما مسئول با فاصله زمانی کوتاهتری ارزیابی پرستاری و پزشکی را به صورت مستمر و بسته به شرایط وخیم بودن بیماران انجام میدهد.
۷. چنانچه پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار و قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، بلافاصله طبق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار/اما اجرا میشود.
۸. سو پروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت دارد و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات هماهنگیهای لازم را انجام میدهد.
- ۹- گزارش بیماران بدحال و بستری در دفتر گزارش سوپروایزری نوشته میشود.
- ۱۰- با حضور پزشک معالج یا آنکال / مقیم بر بالین بیمار و معاینه وی، درمان ادامه میابد.
- ۱۱- مشاوره های اورژانسی بلافاصله توسط پرستار/اما پیگیری و توسط پزشک مشاور بیمار ویزیت میشود.
- ۱۲- نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج میرسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار/اما اجرا میگردد.
- ۱۳- پرستار/اما مسئول بیمار در صورت نیاز به انتقال بیمار بدحال به سایر بخشها (بخش مراقبت ویژه) یا اعزام به سایر مراکز درمانی هماهنگی لازم با سوپروایزر را انجام می دهد.
- ۱۴- پرسنل بخش ، جهت انتقال و جابجایی بیمار ، آمادگی و اقدامات لازم را انجام می دهند.
- ۱۵- پرستار /اما مسئول بیمار نحوه ارائه مراقبت های مستقیم پرستاری و بازنگری فاصله زمانی و تواتر مراقبت ها انجام شود.
- ۱۶- پرستار/اما مسئول بیمار، دستور پزشک مبنی بر همراهی پزشک، پرستار و... تجهیزات مورد نیاز در حین انتقال ، را چک نماید.
- ۱۷- پرستار /اما مسئول بیمار ،ضمن تکمیل پرونده بیمار ، بر تجهیزات لازم و همراهی افراد ضروری ، نظارت نماید.
- ۱۸- پرستار/اما مسئول بیمار ، بیمار را همراه با تجهیزات مانیتورینگ به بخش /واحد مربوطه انتقال می دهد.
- ۱۹- آموزشهای لازم در مورد برخورد با بیماران اورژانسی در بدو ورود به صورت دوره ای توسط سرپرستار داده میشود.
- ۲۰- بیمارستان جهت رسیدگی به بیماران بد حال مجهز به دستگاه ونتیلاتور، رادیوگرافی پرتابل ، دستگاههای الکتروشوک و ترالی احیا در کلبه واحدها میباشد

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

کنترل مستندات از طریق گزارش سوپر وایزر در خصوص مدیریت بیماران بدحال و اورژانسی توسط مدیر پرستاری
مشاهده مستندات در پرونده بیمار

منابع:

راهنمای ملی سلامت-تجربیات بیمارستانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
زینب گردن فراز (سرپرستار اورژانس) فاطمه فاروجی زاده (سوپروایزر آموزشی /	دکتر فخرایی (مسئول فنی اورژانس)	دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گجرات

کد سند : FH.POL.۰۱۶

شماره بازنگری: FH.POL.۰۱۶/۰۴

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی (
 زکیه فخرایی (سوپروایزر بالینی)
 مهدیه رستمی (مسئول بهبود کیفیت)
 دکتر فخرایی (رییس بخش اورژانس)



عنوان خط مشی: نحوه جبران و پاسخگویی در مقابل خسارت جسمی و مالی - روحی به بیمار / خانواده ایشان

کد سند: FH-RSR-POL-۰۰۹ **بازنگری:** ۱ **ویرایش:** ۰

تاریخ تهیه: آبان ۱۳۹۸ **تاریخ ابلاغ بازنگری:** آذر ۱۳۹۸ **تاریخ بازنگری:** آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

کلیه اعضای تیم درمان و تیم مدیریت ورهبری

ذینفعان:

بیماران ، مراجعین و خانواده آنها

فرد پاسخگو:

رئیس بیمارستان

تعاریف:

اتفاق ناخواسته پزشکی به به اتفاقی گفته میشود که غیر قابل پیش بینی بوده و به نحوی که توسط کادر درمانی بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب یا صدمه به بیمار می گردد. که اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری به بیماران / مراجعین / و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، استفاده میشود. و این عوارض یا پیامد ناخواسته ، عدم موفقیت در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن می رفته است. و در کل عوارض یا پیامد های ناخواسته ، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن بوده است

بیانیه خط مشی و روشن:

سیاست این مرکز در خصوص اجرای این خط مشی ، برنامه ریزی برای بهبود فعالیتهای درمانی، بکارگیری نیروهای انسانی ماهر ، تامین نیازهای آموزشی و آشنایی پرسنل با ضوابط و مقررات برنامه های آموزشی در راستای افزایش مهارتهای بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت ، سهل انگاری در سیر روند درمان و مراقبت و پیشگیری از وقایع ناخواسته درمانی می باشد.

شیوه انجام کار:

۱- کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی در قبال بیمار به طور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ داده در برابر بیماران می باشند. بنابراین چنانچه غفلت ، عدم مهارت؛ عدم رعایت موازین دولتی ، قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد می بایست بیمارستان یا فرد خاطی، نسبت به جبران آن برآید.

۲- افزایش سطح آگاهی بیماران و مراجعین با منشور حقوق خود واز سوی دیگر اطلاع رسانی در موارد تخلفات پزشکی و درمانی موجب گردیده است که بیماران خواستار رعایت استانداردهای درمانی بوده و در صورت بروز خطاها از روی کادر درمان می بایست بیمارستان نسبت به پذیرش مسئولیت و جبران خسارت اقدام نمایند.



- ۳- در صورت بروز حادثه منجر به خسارت لازم است ارتباط بی پرده و واضح و شفاف با بیمار و یا همراه وی که تاثیر گذار بر بیمار می باشد برقرار شود. هیچگاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد حامل خبر و راوی می بایست کاملا متاثر و متاسف از وضع پیش آمده و باحفظ شان و کرامت انسانی و رفتار محترمانه آن چه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آن چه را که موجب تبرئه آنان می گردد باز گو نماید.
- ۴- مسئول ارشد کادر درمانی می بایست در جریان کامل حادثه باشد تا چنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو نماید.
- ۵- از سوی کمیته اخلاق بالینی مسئولان و کارکنانی که که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و عذر خواهی از بیماران را انجام دهند انتخاب گردیده اند که شامل فرد مسئول بروز خسارت و مسئول بخش و در سطوح بالاتر سوپروایزر وقت زیر نظر مترون یا مدیریت ارشد بیمارستان می باشند.
- ۶- طی ۲۴ ساعت اول پس از رخداد حادثه می بایست فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و با تشریح کامل رخداد، به طور شفاف واقعه را توضیح داده و نسبت به عذر خواهی و اظهار ندامت و پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام شود.
- ۷- به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامدها، امکان رویداد هر نوع رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که باید با بردباری و سعه ی صدر مسئولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه نماید.
- ۸- فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواستهایی دارد که فرد راوی پیام می بایست این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت این امر اقدام نماید.
- ۹- حفظ محرمانگی وقایع و رخدادهای حادث شده رعایت می گردد.
- ۱۰- نتایج حاصل از مکالمه ها و گفتگوها به صورت مستند صورت جلسه می گردد.
- ۱۱- این مرکز به حمایت کارکنان منطبق بر فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، پیگیری امورات کارکنان از طریق دفاتر حقوقی مرکز و بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان .. می پر دازد.
- ۱۲- پیش بینی و برنامه ریزی از قبل تعیین شده درجهت پاسخگویی و جبران خسارت به شخص بیمار .
- ۱۳- کارکنانی که مستقیما درگیر بروز آسیب به بیماران / مراجعین هستند لازم است در خصوص نحوه مدیریت میدانی در ساعات اولیه در رابطه با برقراری ارتباط با بیمار آموزش لازم رادیده و در این خصوص مهارت کافی را داشته باشند.
- ۱۴- سایر کارکنانی که که مستقیما درگیر بروز آسیب به بیماران / مراجعین نیستند در خصوص برقراری مهارت ارتباط با بیمار، همکاری و همدلی با پرسنلی که مستقیما درگیر مسائل حادثه هستند خود را دخیل و از ایشان حمایت می نمایند. و همچنین تا زمانی که فرد دخیل در بروز حادثه بتواند به شرایط و حالت عادی باز گردد مدیریت سایر امر ایشان را بعهده گرفته و در این رابطه آموزشهای لازم را می بینند.
- ۱۵- بدیهی است بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط با آن اعم از هتلینگ، دارو و لوازم ... مسئولیتی نخواهد داشت.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

- در خصوص نظارت و نوع خسارت جسمی، روحی- روانی در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی تشخیص و تعیین می گردد
- در خصوص نحوه جبران خسارت وارده، به صورت موردی در کمیته اخلاق تصمیم گیری می شود.



• در خصوص جبران ناشی از وقایع ناخواسته از نظر بعد مالی بیمار هزینه ایی پرداخت نمی کند و از ظرفیتهای بیمه مسئولیت حرفه ای همچنین از واحد مددکاری که با دستور ریاست باشد میشود بهرمنند استفاده کرد.

• تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان و حداقل شامل موارد ۱۵ گانه وقایع تهدید کننده حیات بیماران است:

- ۱- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار و دائمی یا مرگ ایشان
- ۲- واکنش ناشی از تزریق خون ناسازگار
- ۳- آسیب حین تولد نوزاد
- ۴- سوختگی با کوتر در اتاق عمل
- ۵- انجام عمل جراحی بروی عضو یا بیمار اشتباه
- ۶- جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
- ۷- آمبولی ریوی پس از عمل جراحی
- ۸- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ۹- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از عمل جراحی منجر به مرگ عارضه پایدار
- ۱۰- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخمهای فشاری تونلی در بیماران بستری
- ۱۱- تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار
- ۱۲- تکرار موارد منجر به مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
- ۱۳- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عوارض پایدار
- ۱۴- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ۱۵- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار منجر به مرگ یا عارضه پایدار

• در کمیته اخلاق بیمارستان مواردی که میزان شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین که ناشی از وقایع ناخواسته هست را در جهت تعیین مصادیق مشمول جبران می باشد را دسته بندی کرده که عبارتند از:

- ۱- مخاطرات (وضعیت شرایطی) که دارای ظرفیت خطا بوده اند.
- ۲- خطایی که به بیمار نرسیده است.
- ۳- خطایی که به بیمار رسیده است اما سبب صدمه نشده است.
- ۴- خطایی که به بیمار رسیده است و نیازمند پایش به منظور بررسی و تأیید این موضوع است که آسیبی به بیمار نرسیده است.
- ۵- آسیب های موقت نیاز به بستری یا طولانی کردن بستری



۶- آسیب های موقت ، نیازمند مداخله

۷- آسیب دائمی به بیمار

۸- مداخله برای حفظ زندگی نیاز است

۹- نقش داشتن در مرگ

• ردیفهای ۶ به بعد در جهت تعیین معیار جبران خسارت جسمی-روخی-مالی از اهمیت بیشتری برخوردار است

منابع:

استاندارد های اعتبار بخشی و تجربیات بیمارستان

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
<p>زهرا وثوقی (مسئول گیرنده خدمت – مددکار)</p> <p>مهديه رستمی (مسئول بهبود کیفیت)</p> <p>احسان چاره ساز (مدیر داخلی)</p> <p>عطیه حداد علیزاده (مترون)</p> <p>فاطمه فاروجی زاده (سوپروایزر آموزشی / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی</p>	<p>دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)</p>	<p>دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)</p>



عنوان خط مشی: مددکاری اجتماعی در بیمارستان

کد سند: FH-RSR-POL-۱۰	بازنگری: ۱	ویرایش: *
تاریخ تهیه: آبان ۱۳۹۸	تاریخ ابلاغ بازنگری: آذر ۱۳۹۸	تاریخ بازنگری: آبان ۱۳۹۸

دامنه کاربرد:

مسئول مددکاری بیمارستان، مسئول گیرنده خدمت، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران

ذینفعان:

بیماران ، مراجعین و خانواده آنها

فرد پاسخگو:

رئیس بیمارستان

تعاریف:

الف: مددکار اجتماعی: کلیه ی افرادی که در واحدهای مددکاری اجتماعی بیمارستان ها مشغول به ارائه ی خدمت به بیماران هستند و مددکار اجتماعی نیاز های مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه های حیاتی دارد.

ب: مجهول الهویه: به افرادی اطلاق می شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند:

• فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارای هی خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است

• نوزاد مجهول الهویه که در بیمار ستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقبا تحت پوشش بهزیستی قرار می گیرند

• فرد فاقد اسناد هویتی (ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

ج: منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان ، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد ، زندانیان ، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، افراد بی خانمان و از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.



بیانیه خط مشی و روش:

هدف:

تامین بهبودی و تضمین سلامت و رعایت حقوق بیماران،

ایجاد تعهد و مسئولیت در برابر بیماران توسط بیمارستان

گروه های هدف مددکاری اجتماعی:

شامل کلیه ی افرادی است که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت می کنند یا به این خدمات نیازمند هستند و عبارتند از بیماران بی بضاعت و تحت پوشش سازمانهای حمایتی، کودکان، زنان باردار ، افراد ناتوان و معلول، سالمندان، بیماران پیوندی، بیماران روانی، معلولان جسمی و ذهنی ، محکومین یا مجرمین بیمار، افراد دارای اختلال مصرف مواد، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه، نوزادان رها شده یا نوزادان متولد شده از ازدواج های غیر ثبتی با هویت نامعلوم پدر یا پدر غیر ایرانی، جمعیت های در معرض خطر (کودک آزاری ، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سددالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، اختلال سایکوتیک، بی خانمانی، بیماری خاص ، صعب العلاج، مادران پرخطر، بیماران غیر ایرانی فاقد مدرک، بیماران ایرانی فاقد بیمه دارای مدرک، اتباع بیگانه، بیماران تصادفی و مصدومان ناشی از ضرب و شتم .

سیاست :

مددکاری اجتماعی حرفه ای مقدس است با آرمانی نوع دوستانه مبتنی بر دانش و مهارتی خاص که خدماتش زمان و مکان نمی شناسد و تلاش دارد نسبت به توانمند سازی بیمار اقدام نموده تا به آنجا که بیمار خودش نسبت به چگونگی حل مشکل آگاهی پیدا کرده و نسبت به حل آن اقدام نماید

شیوه انجام کار:

نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکار اجتماعی:

۱. مددکاری اجتماعی برای شناسایی سریع و به موقع گروه های آسیب پذیر از دو فرآیند راند و تریاژ استفاده می کند.
۲. تریاژ در اورژانس بیمارستان انجام شده و براساس اولویت کسب شده، برنامه ی مداخله ای تهیه و تنظیم می کند.
۳. افراد نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی، از طریق مدیریت مرکز، پزشکان، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، واحد های ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات به صورت تلفنی، یا حضوری در فرآیند راند به مددکار اجتماعی معرفی می شوند.
۴. فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می گیرد.
۵. مسئول پذیرش بدو ورود بیماران، بیمارانی که تحت پوشش بیمه نیستند را جهت اخذ بیمه سلامت ایرانیان راهنمایی می نماید.
۶. مسئول پذیرش بدو ورود بیماران ، بیمارانی که نیازمند حمایت مالی هستند را شناسایی کرده و به مسئول مدد کاری اجتماعی معرفی می نماید.
۷. معرفی مصدومین حوادث ترافیکی به مدد کاری - ارائه نامه پاسگاه به مصدومین حوادث ترافیکی - شناسایی بیماران نیازمند.

ملاکها و روشهای ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی:



۱. مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند: بررسی مستندات در دسترس (از جمله مطالعه پرونده قبلی)، مشاهده، مصاحبه و بازدید منزل استفاده نماید این ارزیابی با هدف جمع آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی اجتماعی و اقتصادی بیماران نیازمند به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی انجام میگردد
۲. مسئول مددکاری اجتماعی شرایط درمانی بیمار را بررسی نموده و پس از مصاحبه با بیمار و خانواده، مساعدت مورد نیاز را از طریق اخذ تخفیف از ریاست بیمارستان اقدام می نماید.
۳. مسئول مددکاری اجتماعی در صورت شرایط حاد مالی بیمار جهت مساعدت مالی با موسسه خیرین سلامت بیمارستان و یا سایر نهادهای حمایتی مربوطه هماهنگی های لازم را انجام می دهد.
۴. مراجعه روزانه به بخش و مصاحبه و مشاوره و تکمیل فرم ارزیابی مددکاری جهت کلیه بیماران (بر اساس اصول ۱- احترام متقابل ۲- اصل پذیرش ۳- اصل خودآگاهی ۴- برقراری ارتباط حرفه ای ۵- اصل رازداری ارائه می گردد). نیاز به مددکاری توسط کارشناس مددکاری انجام می شود.

نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخشهای مختلف بیمارستان:

۱. فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری اجتماعی تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می گیرد.
۲. مددکار اجتماعی در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروهها را با کارکنان بالینی مرور می کند همچنین می تواند از آموزش های درون بیمارستانی برای آگاه سازی پرسنل استفاده نماید.
۳. مددکار اجتماعی در قالب مکاتبات اداری، کلیه ی پرسنل بیمارستان را از گروه های هدف و معیارهای نیازمندی (به صورت کلی) آگاه می کند.
۴. مددکار اجتماعی فرآیند خدمت رسانی را به طور شفاف در قالب فلوجارت ترسیم کرده و در اتاق خود و سایر بخش های مرتبط در معرض دید مراجعه کنندگان و همراهان قرار می دهد.

نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکار اجتماعی برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان:

۱. ترخیص ایمن بیماران شامل شناسایی بیماران / مددجو یا آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص می باشد و شامل کلیه ی بیماران نیازمندی است که در فرآیند ترخیص، راند و ارزیابی های تخصصی شناسایی شده اند و اهداف مداخله ای برای آنها تعیین میشود برنامه ی مداخله شامل یکی از موارد حمایت یابی درون و برون سازمانی، ارجاع، مداخله در بحران، آموزش فردی و گروهی و مشاوره باشد، لازم است مددکار اجتماعی میزان دستیابی به اهداف را تعیین کرده و اختتام مداخله را شخص کند و کلیه اقدامات صورت گرفته برای بیمار آسیب پذیر را در فرمهای ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد درج نماید.
۲. مسئول اورژانس و سرپرستاران بخش های بستری موارد کودک آزاری، همسر آزاری، بیماران مجهول الهویه و بیماران دچار ضرب و شتم را شناسایی کرده و به مسئول مددکاری یا سوپروایزر کشیک جهت هماهنگی با اورژانس ۱۲۳ و انجام پروتکل مربوطه اطلاع می دهد.
۳. مسئول مددکاری اجتماعی موارد کودک آزاری، همسر آزاری، افسردگی حاد و افراد بی سرپرست بد سرپرست را جهت اخذ مشاوره به مسئول روانشناسی بالینی بیماران در شبکه بهداشت (آقای ویسی در شبکه بهداشت مستقر هستند) معرفی می نماید.
۴. مسئول روانشناسی بالینی بیمارستان پس از مشاوره های لازم در صورت نیاز به پیگیری و ادامه روانکاو و مشاوره بیماران را به دفتر روانشناسی در شبکه بهداشت ارجاع می دهد.

شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکار اجتماعی:



1. مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب فایل اکسل، جمع بندی کرده و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید نتایج حاصل از این آمارگیری باعث شناسایی بیماری های شایع و نیازهای بومی منطقه ی محل خدمت می شود.
2. لازم است مددکار اجتماعی این نیازها (پیشگیری، درمانی، توانبخشی) را اولویت بندی کرده و براساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد.
3. مددکار اجتماعی می تواند در راستای رفع نیازهای شناسایی شده از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید.
4. بخشی از نیازهای شناسایی شده از طریق خدمات سایر مراکز بهداشتی و درمانی و در قالب برنامه های پیشگیرانه ی خانه های بهداشت قابل برطرف شدن هستند در این زمینه مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکانبات اداری این نیازها را به مراکز مربوطه اطلاع رسانی کند.
5. ارزیابی وضعیت و تعیین اولویتهای محدوده تحت پوشش دانشگاه از نظر گروه های شایع که نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی دارند (مثل گروه های آسیب پذیر منطقه (براساس شاخص هایی مانند: شیوع مشکل، شدت مشکل، منابع و امکانات موجود و بررسی اثرگذاری مداخله بر عهده ی کارشناس مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه مربوطه می باشد کارشناس مربوطه موظف است گزارش های دوره ای از مددکاران اجتماعی واحدهای تابعه را جمع آوری کرده و جلسات دوره ای به منظور شناسایی راه کارهای عملیاتی و ارائه ی اقدامات اصلاحی با کارشناسان مددکاری اجتماعی برگزار نماید و گزارشهای اجمالی را به مقام بالاتر ارسال نماید.
6. لازم است مددکار اجتماعی کلیه ی مستندات مربوط به پیگیری ها و مکاتبات صورت گرفته را بایگانی نموده و در کمیته های بیمارستانی مطرح و مصوبات لازم را پیگیری نماید.

نحوه هماهنگی با نهادهای، سازمان ها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آنها برای حمایت از مددجویان:

- 1- مددکار اجتماعی می بایست بانک اطلاعاتی به روز که حاوی نام و مشخصات، وظایف و نوع خدمات ارائه ای توسط نهادها، سازمان ها، موسسات مرتبط با بیمارستان و مشخصات فرد یا سخگو در سازمان مورد نظر را تهیه کند آدرس و شماره تلفن های تماس از مواردی است که باید در این بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد.
- 2- لازم است که مددکار اجتماعی از دستورالعمل ها و شیوه ی کار سازمان های خیریه و حمایتی آگاهی کامل داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار نماید.
- 3- مددکار اجتماعی به عنوان رابط بین سازمانی می بایست اهداف این ارتباط را برای دو طرف به صورت مشخص و شفاف توضیح داده و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده نماید.
- 4- در صورتی که برای ارائه ی خدمات بیشتر یا تکمیلی به ارجاع برون سازمانی بیماراران نیاز باشد، منابع و موسسات حمایتی به گیرندگان خدمت معرفی و در صورت تمایل این کار بصورت مکتوب و با تکمیل فرم ارجاع انجام شود در این فرم مبدا و مقصد و هدف ارجاع توسط مددکار اجتماعی بیمارستان مشخص می شود و با ذکر آدرس و شماره تماس سازمان مقصد، در اختیار مراجعه کننده قرار می گیرد کپی فرم های ارجاع در واحد مددکاری اجتماعی بایگانی شوند.
- 5- استفاده از جلسه های کاری مشترک و ارائه ی آمار و ارقامی از نتایج همکاری های صورت گرفته و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، می تواند هماهنگی های برون سازمانی را تقویت کند توصیه می شود این جلسات با هماهنگی مددکار اجتماعی بیمارستان و با هدف بهبود کیفیت ارائه ی خدمات به مراجعین نیازمند و استفاده ی حداکثری از منابع اجتماعی برگزار شود.
- 6- مددکار اجتماعی از طریق تماس تلفنی یا مصاحبه ی حضوری نسبت به پیگیری خدمات ارائه شده از سوی سازمان حمایتی مقصد اطمینان حاصل می کند و در صورت عدم خدمت رسانی مناسب، فرآیند ارجاع را اصلاح می نماید.

نحوه ارائه خدمات مددکار اجتماعی به بیماران مجهول الهویه ، بی خانمان، بدون همراه

۱. لازم است مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع شود.
۲. کلیه ی بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند می بایست مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند.
۳. شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده ی و وضعیت، مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد.
۴. طی ۲۴ ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.
۵. مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان یا شبکه ی بهداشت و درمان انجام داده تا کلیه ی پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود در صورتیکه واحد حقوقی در بیمارستان مستقر نباشد مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبه مستقیم با مقام قضایی نسبت به کسب مجوزهای لازم اقدام نماید.
۶. در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی بیمار از طریق نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید لازم است معرفی نامه بیمه ی سلامت از سوی بیمارستان صادر شده و اسناد این بیماران در قالب صندوق سایر اقشار، برای ادارات کل بیمه ی سلامت ارسال شود.
۷. در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ اطلاع داده شده و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ شود.
۸. به استناد سنجه ی ج ۱ - ۵ - ۲ در خصوص جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه های مددجویان، بیمارستان طی برنامه ای مشخص با همکاری واحد مددکاری شناسایی بیماران دارای ناتوانایی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی / تشخیصی / توانبخشی را از طریق تلفنی / حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی ها ی مددجویان را پیگیری می نماید

نحوه و محدوده حمایت های مالی از مددجویان نیازمند:

۱. کلیه ی حمایت های مالی از بیماران نیازمند پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان باشد و شامل بیماران نیازمند، خاص، سرطانی، سوختگی، بیماران اعصاب و روان و بیماران با نیازهای ویژه است.
 ۲. جهت مساعدت در هزینه های درمانی، مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت نماید در صورت لزوم فرم های ارزیابی تخصصی و ارزیابی روانی اجتماعی نیز برای بیماران تکمیل می شود.
 ۳. مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد همچنین هزینه ی لازم جهت صدور بیمه ی درمانی برای بیمارانی که فاقد بیمه هستند نیز از محل همین اعتبارات تامین شود لازم است به تأیید واحد حسابداری رسیده و در بانک اطلاعاتی واحد مددکاری اجتماعی ثبت و نگهداری شود.
- لازم است مددکار اجتماعی در تهیه ی فهرست اقلام و وسایلی که بیماران به آن نیاز دارند با واحد های مربوطه همکاری نماید

نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش ها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار اجتماعی

۱- عملکرد واحد مددکاری به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که در دفاتر و فرمهای مربوطه و یا سامانه اطلاعات الکترونیک ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است مددکار اجتماعی موظف است هر روز راند بخش را انجام داده و فرم های ارزیابی تخصصی را برای بیماران نیازمند به خدمات حرفه ای تکمیل نماید و در پرونده ی بالینی بایگانی نماید، رویت فرم های مصوب تکمیل شده و گزارش گیری از سامانه اطلاعاتی بیمارستان در ارزیابی واحد مددکاری مورد توجه قرارگیرد.

۲- مسئولین مربوطه مانند کارشناس ها و یا مدیریت بیمارستان می توانند از فرم ها و چک لیست های ویژه ای برای ارزیابی استفاده کنند در ارزیابی مددکاران اجتماعی باید به توانمندی های فردی و حرفه ای، ارتباطات و تعاملات درون و برون سازمانی، قابلیت های اجتماعی و خلاقیت و علاقه مندی به حرفه توجه نمود .

۳- مقایسه ی روند کار واحد مددکاری اجتماعی و میزان دستیابی به اهداف سازمانی، رضایت مندی بخش ها، تنظیم خط مشی ها و روش های کاری منطبق بر آن، نمره ی ارزشیابی سالیانه و نمره ی کیفی واحد مددکاری اجتماعی و فرم رضایت سنجی واحدهای شکایت نیز از جمله آیتم هایی است که در روند ارزیابی باید مورد توجه قرار می گیرد.

۴- میزان مشارکت و حضور مددکار اجتماعی در کمیته های بیمار ستانی، عملکرد مددکار در جذب

۵- خیرین و آورده های اقتصادی، برگزاری دوره ها و نشست های تخصصی، انعقاد تفاهم مشترک درون و برون سازمانی، ارائه گزارش های تحلیلی بصورت دوره ای، میزان همکاری در تیم درمان توانایی و قابلیت های مددکار اجتماعی در انتقال دانش و تجارب حرفه ای به سایر همکاران و مشارکت در آموزش های حرفه ای هم باید در ارزیابی واحدهای مددکاری اجتماعی مد نظر قرار گیرد.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

مدیریت بصورت فصلی و با مشاهده و مصاحبه بر حُسن اجرای این خط مشی نظارت دارد.

منابع:

استاندارد های اعتبار بخشی و تجربیات بیمارستان

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب و ابلاغ کننده:
زهرا وثوقی (مسئول گیرنده خدمت - مددکار) مهديه رستمی (مسئول بهبود کیفیت) احسان چاره ساز (مدیر داخلی) عطیه حداد علیزاده (مترون)	دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)	دکتر حامد عسکر پور (ریاست بیمارستان)

نظام کدگذاری خط مشی و روش بیمارستان شهدای فاروج

جهت تعریف کد خط مشی بیمارستان شهدای فاروج چهار کاراکتر منظور شده است که ترکیبی از حروف و اعداد به شرح ذیل می

باشد :

دو حرف اول مخفف بیمارستان شهدای فاروج FH

دو حرف دوم مخفف زیر محور مرتبط با خط مشی است که در جدول ذیل آمده است.

دو حرف بعدی نشانگر کلمه policy به معنای خط مشی است که در تمام خط مشی ها یکسان است. (Pol: POLICY)

دو کاراکتر نهایی که به صورت عدد تعریف شده است نشانگر شماره روش اجرایی می باشد.

Leadership and Quality Management	MLQ	مدیریت و رهبری کیفیت
Risk & Crisis Management	RCM	مدیریت خطر و حوادث و بلایا
Technology and Health Information Management	TIM	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
Basic Clinical Care	BCC	مراقبتهای عمومی بالینی
Acute And Emergency Care	AEC	مراقبتهای حاد و اورژانسی
Respect for service recipient	RSR	احترام به حقوق گیرنده خدمت
Policy	pol	خط مشی و روش
Farooq Hospital	FH	بیمارستان شهدای فاروج