



۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت و درمان صحیح قبل از ارائه هرگونه خدمات درمانی/مراقبتی جهت پیشگیری از خطاها و آسیب‌های جدی به بیماران می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه کارکنان بخش های درمان/پاراکلینیک/پشتیبانی (تغذیه، پذیرش، مدارک پزشکی، IPD، ترخیص، انتظامات)	
۳- تعاریف: ۳-۱- کارکنان تیم درمان: پزشک، رادیولوژیست، پرستار، پرستار اتاق عمل، تکنسین بیهوشی، کمک پرستار، منشی، فیزیوتراپ، متصدی پذیرش Welcome، نمونه گیر آزمایشگاه، کارشناس رادیولوژی، کارشناس پزشکی هسته ای. ۳-۲ شناسایی فعال: قبل از ارائه هرگونه خدمات درمانی/مراقبتی از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید و سپس آن را با مشخصات روی دستبند بیمار تطبیق دهید. ۳-۳ دوشناسه اصلی: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد به روز و ماه و سال ۳-۴ بیماران مجهول الهوية: بیماری است که تعیین هویت و اخذ اطلاعات فردی بیمار برای متصدی پذیرش به دلیل کاهش سطح هوشیاری، نداشتن مدارک شناسایی یا عدم حضور همراه یا بستگان بیمار امکان پذیر نباشد. یک بیمار مجهول الهوية، همیشه یک فرد تصادفی یا آسیب دیده نیست، بلکه ممکن است یک کودک سرراهی، یک فرد روانی یا سالخورده با از دست دادن حافظه باشد. ۳-۵ احراز هویت: احراز هویت فرایندی است که بر اساس آن بررسی می شود که آیا طرف مقابل ارتباط، همانی است که باید باشد یا یک فردی است که خود را به جای طرف واقعی جا زده است. ۳-۶ بیمار پرخطر: بیماران/مراجعین پرخطر در این دستورالعمل افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند. ۳-۷ بیماران در معرض خطر: شناسایی بیمارانی که بعد از ارزیابی اولیه بیمار و در ارزیابی های مستمر در طول بستری، بنا به شرایط بالینی موقت یا دائمی که دارند در گروه های پرخطر قرار می گیرند و در معرض خطر سقوط، زخم فشاری، سوء تغذیه، پلی فارمسی، تشنج، خودکشی و ترومبومبولیسم می باشند.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱-۴ سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف شناسایی صحیح بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت و درمان صحیح قبل از ارائه هرگونه خدمات درمانی/مراقبتی جهت پیشگیری از خطاها و آسیب های جدی به بیماران. در راستای سیاست ارائه خدمات ایمن و اثربخش تدوین گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، مدیر پرستاری.	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	رئیس بیمارستان : مسئولیت ابلاغ دستورالعمل «شناسایی صحیح بیمار» به کلیه واحدهای بیمارستان را بر عهده دارد و بر اجرای آن در سطح سازمانی نظارت می نماید.
۲-۶	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی/ سوپروایزر ایمنی: مسئول تدوین و بازنگری دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ها و الزامات ابلاغی می باشد. همچنین نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل، پایش نحوه اجرا، ارائه گزارش های مرتبط، ارائه بازخورد به مسئولین بخش ها و واحدها و پیگیری انجام اقدامات اصلاحی را بر عهده دارد.
۳-۶	مسئول بهبود کیفیت: مسئول نظارت بر فرایند تدوین دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار و پایش اجرای آن می باشد و اقدامات اصلاحی و بهبود مستمر در این حوزه را پیگیری می کند. همچنین مسئولیت طرح و پیگیری تصویب تعاریف ریسک بیماران در معرض خطر در کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی و کدهای اختصاری مربوط به هر ریسک در کمیته اخلاق بالینی و ابلاغ آن ها پس از تصویب به واحدهای ذیربط را بر عهده دارد.
۴-۶	سوپروایزر آموزش: مسئول برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی مرتبط با دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار برای کلیه کارکنان بیمارستان می باشد.
۵-۶	مسئول پذیرش: مسئول نظارت بر فرایند احراز هویت بیمار در زمان پذیرش، چاپ مچ بند شناسایی، الصاق آن به دست بیمار و تأیید صحت اطلاعات درج شده بر روی مچ بند می باشد.
۶-۶	کمک بهیار Welcome: مسئول کنترل مجدد مچ بند شناسایی بیمار پیش از انتقال بیمار به بخش بستری می باشد. همچنین آموزش های لازم در خصوص نحوه نگهداری مچ بند شناسایی و توضیحات مرتبط با آن را به بیمار ارائه می دهد.
۷-۶	سوپروایزر بالینی و ایمنی: مسئول نظارت بر فرآیندهای بالینی مرتبط با شناسایی صحیح بیمار می باشد و موارد عدم انطباق را به سرپرستار بخش و مدیر پرستاری گزارش می نماید.
۸-۶	مدیر پرستاری: مسئول بررسی موارد عدم انطباق گزارش شده توسط سوپروایزر بالینی بوده و بازخورد لازم را به سرپرستاران ارائه می دهد تا اقدامات اصلاحی لازم توسط صاحبان فرآیند انجام شود.



۹-۶	سرپرستار یا مسئول شیفت: مسئول کنترل و بررسی مچبندهای شناسایی بیماران و لیبل‌های مربوط به بیماران پرخطر در زمان تحویل و تحول شیفت بوده و در صورت مشاهده عدم انطباق، بازخورد لازم را به پرسنل ارائه می‌دهد.
۱۰-۶	ارائه دهنده مراقبت: مسئول کنترل مچبند شناسایی بیمار، ارائه آموزش‌های لازم به بیمار در خصوص مچبند شناسایی، و انجام فرآیند شناسایی فعال بیمار پیش از هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی یا مراقبتی می‌باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
۷-۱- شناسایی و برچسب‌گذاری بیماران:	
۷-۱-۱- مشخصات و استانداردهای فیزیکی مچبند:	
مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY مسئول	۷-۱-۱-۱- مشخصات بیماران و نوزادان باید به‌صورت خوانا، واضح به روش یکسان و یکنواخت با استفاده از جوهر مشکی بر روی پس‌زمینه سفید درج گردد. مشخصات بیماران بزرگسال و کودکان: نام و نام‌خانوادگی، تاریخ تولد، نام پدر، جنسیت، شماره پرونده، نام پزشک معالج. (در بیمارستان نیکان اقدسیه نام پدر در همه بیماران حتی بیماران مشابه بر روی دستبند شناسایی ثبت شده است). مشخصات نوزادان: نام و نام‌خانوادگی مادر، جنسیت نوزاد، تاریخ و ساعت تولد، تعداد قل، شماره پرونده مادر، نام پدر، نام پزشک، شماره پذیرش نوزاد، ساعت و تاریخ پذیرش.
مسئول پذیرش	۷-۱-۱-۲- جنس مچبند باید از مواد انعطاف‌پذیر، نرم، ضدآب، قابل شستشو و تنفس‌پذیر (عبور هوا) باشد تا از تحریک پوست، آلرژی، خارش، تعریق و آسیب به بافت پرهیز شود.
مسئول پذیرش	۷-۱-۱-۳- نوشته‌ها بر روی مچبند باید در برابر رطوبت و شستشو مقاوم بوده و در مدت طولانی قابلیت خوانایی خود را حفظ کنند.
مسئول پذیرش	۷-۱-۱-۴- اندازه مچبند باید متناسب با ساختار بدنی هر بیمار انتخاب شود.
۷-۲- دامنه شمول و انواع شناسه	
مسئول / متصدی پذیرش	۷-۲-۱- صدور مچبند شناسایی برای کلیه موارد زیر الزامی است: ✓ بیماران بستری ✓ بیماران تحت نظر در بخش اورژانس ✓ بیماران روزانه (Day Care) و اسکویی
۷-۳- مصادیق استثنا و جایگزین‌ها	
سرپرستار ستاره	۷-۳-۱- بیماران دیالیزی: به دلیل مراجعات مکرر و ثابت بودن بیمار، به جای مچبند، از کارت شناسایی سینه‌ای استفاده شود.
مسئول / متصدی پذیرش	۷-۳-۲- بیماران با اختلالات روانی: برای بیماران با اختلالات روانی مچ بند صادر نمی شود. (بیمارستان نیکان بخش روان ندارد و بیمار با تشخیص اولیه اختلالات روانی بستری نمیشود).
۷-۴- روش و محل بستن مچبند	
مسئول / متصدی پذیرش- تیم درمان	۷-۴-۱- محل مناسب برای بستن، مچ دست غالب است تا از دسترس آسان بیمار برای باز کردن جلوگیری شود.
مسئول / متصدی پذیرش- تیم درمان	۷-۴-۲- اولویت‌بندی بستن مچبند به ترتیب الویت در بزرگسالان: ۱. مچ دست غالب ۲. مچ دست غیرغالب ۳. مچ پاها ۴. سینه بیمار
۷-۵- تغییر محل بستن بر اساس شرایط بالینی:	
مسئول / متصدی پذیرش- تیم درمان	۷-۵-۱- فیستول شریانی-وریدی یا شنت: مچبند به دست مخالف نصب شود.
مسئول / متصدی پذیرش- تیم درمان	۷-۵-۲- شکستگی، اندام مصنوعی، ادم یا سوختگی: مچبند به اندام سالم و مخالف نصب شود. در صورت محدودیت در هر دو دست، به مچ پا و در صورت محدودیت در هر چهار اندام، کارت شناسایی سینه‌ای الصاق گردد.
مسئول / متصدی پذیرش- تیم درمان	۷-۵-۳- آنژیوگرافی و اسکویی: به‌صورت پیش‌فرض مچبند به دست چپ بسته شود (به دلیل دسترسی به خط وریدی و موقعیت پزشک)، مگر در شرایط استثنا و طبق تشخیص پرستار.
۷-۶- نوزادان	



مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY	۱-۶-۱-۷ نوزادان بستری: مچندهای چایی باید به هر دو مچ پای نوزاد بسته شوند. در صورت وجود اتصالات پزشکی به اندامها یا نیاز به پیشگیری از آسیب پوستی، بسته شدن در اندامی که از نظر پرستار مناسبتر است (با توجه به اولویتهای بالینی) انجام شود.
مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY	۲-۶-۱-۷ نوزادان Well Baby: مچبند دستنویس (در اتاق عمل یا LDR) یک دست. مچبند کددار یونیک: دست دیگر. مچندهای چایی: هر دو پا.
۷-۱-۷- بیماران مجهولالهویه:	
مسئول / متصدی پذیرش	۱-۷-۱-۷ در صورت پذیرش فرد مجهولالهویه، نام او به صورت "مجهولالهویه" به همراه تخمین سن حدودی ثبت شود و سایر مشخصات طبق دستورالعمل عمومی درج گردد.
مسئول / متصدی پذیرش	۲-۷-۱-۷ در صورت پذیرش چندین بیمار مجهولالهویه در یک روز، شمارهگذاری بر اساس ساعت ورود به اورژانس انجام شود (مجهولالهویه شماره ۱، شماره ۲ و ...).
۸-۱-۷- زایمان با رحم اجاره‌ای:	
مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY	۱-۸-۱-۷ طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان پس از تولد، مشخصات مچبند نوزاد باید دقیقاً با مشخصات مادر بیولوژیکی مطابقت داشته باشد.
مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY	۲-۸-۱-۷ نام پدر بر مچبند به نام همسر مادر بیولوژیکی ثبت شود.
مسئول / متصدی پذیرش WELL BABY	۳-۸-۱-۷ در صورتی که مادر بیولوژیکی همسر نداشته باشد، نام پدر به صورت خالی درج گردد.
۲-۲-۷- فرایند پذیرش و احراز هویت در شناسایی صحیح بیمار:	
۱-۲-۷- احراز هویت و صدور شناسه:	
مسئول / متصدی پذیرش	۱-۲-۷-۱ متصدی پذیرش موظف است پس از احراز هویت فعال بیمار با استفاده از دو شناسه اصلی (مانند کد ملی و تاریخ تولد)، اقدام به چاپ مچبند شناسایی بیمار نماید. پس از تأیید کتبی صحت مندرجات توسط بیمار/خانواده، مچبند باید توسط متصدی پذیرش به دست بیمار بسته شود. سپس متصدی پذیرش باید صحت نصب و تأیید نهایی را به صورت کتبی با امضاء در پرونده بیمار ثبت نماید.
مسئول / متصدی پذیرش Welcome	۲-۲-۷-۲ تأیید اطلاعات: در شیفت روز، متصدی پذیرش با کمک بهیار خوش‌آمدگویی (Welcome) موظف است اطلاعات مندرج بر روی مچبند را مجدداً با پرونده و شخص بیمار (یا یکی از بستگان درجه یک در صورت عدم توانایی بیمار) مطابقت دهد و موظف است پیش از انتقال بیمار به بخش، آموزش‌های لازم در خصوص نحوه نگهداری صحیح مچبند و توضیحات مرتبط با آن را به بیمار و همراهان ارائه نماید.
متصدی پذیرش کمک بهیار بخش	۳-۲-۷-۱ در شیفت‌های شب به دلیل عدم حضور کمک بهیار خوش‌آمدگویی (Welcome)، متصدی پذیرش موظف است جهت انتقال بیمار به بخش، با سرپرستار/کادر بخش مربوطه هماهنگی لازم را انجام دهد تا فرایند تحویل و نصب شناسه توسط کمک‌بیار/پرستار بخش تکمیل گردد.
۳-۷- آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص مچبند شناسایی:	
پرستار مسئول بیمار	۱-۳-۷-۱ به محض ورود به بخش آموزش‌های زیر باید به بیمار و همراه وی ارائه شود: اهمیت و علت استفاده: ضرورت استفاده از مچبند به عنوان ابزار اصلی تأیید هویت در کلیه فرآیندهای درمانی و تشخیصی. مدت زمان استفاده: تأکید بر ضرورت بسته ماندن مچبند تا زمان ترخیص کامل. نگهداری و تعویض: نحوه صحیح نگهداری از مچبند، و دستورالعمل‌های مشخص در مورد اقدام لازم در صورت پارگی، کثیف شدن شدید، یا مفقود شدن آن. کدبندی رنگی (در صورت وجود): تشریح مفهوم کدبندی رنگی مچبندها (مانند حساسیت دارویی، ریسک سقوط و غیره)



پرستار مسئول بیمار	۷-۳-۲- آموزش‌های ایمنی با رعایت ملاحظات حریم خصوصی: پس از ارزیابی اولیه ریسک‌های بیمار (مانند سقوط، زخم بستر و...)، آموزش‌های مرتبط باید به بیمار یا همراه وی ارائه شود، به گونه‌ای که: اطلاعات به صورت مستقیم یا غیرمستقیم منتقل گردد. آموزش‌ها به هیچ وجه نباید حریم خصوصی بیمار را نقض نماید و یا موجب تشویش، اضطراب یا استرس غیرضروری (به‌ویژه در مورد ریسک‌هایی نظیر اقدام به خودکشی) در بیمار گردد.
۷-۴-۴- مراقبت و مدیریت مچ‌بند شناسایی حین بستری	
تیم درمان	۷-۴-۱- رعایت نکات ایمنی نصب: مچ‌بند شناسایی باید به نحوی نصب شود که از هرگونه فشار، فشردگی یا آسیب فیزیکی به بافت پوست بیمار جلوگیری گردد.
تیم درمان	۷-۴-۲- الزامات بستن مجدد: در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمان، به‌منظور انجام خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی، مچ‌بند شناسایی را موقتاً باز نماید، بستن مجدد آن بر روی دست بیمار بلافاصله پس از اتمام اقدام ضروری است.
متصدی پذیرش پرستار مسئول بیمار	۷-۴-۳- فرآیند شناسایی پس از باز شدن غیرضروری: چنانچه مچ‌بند به هر دلیلی (اعم از باز شدن عمدی توسط بیمار یا باز شدن حین مراقبت و عدم بستن مجدد فوری) از دست بیمار خارج شود، بیمار باید مجدداً فرآیند احراز هویت فعال را طی کند و پس از تأیید صحت مشخصات، مچ‌بند جدید (یا مچ‌بند اصلی در صورت اطمینان از احراز) به دست بیمار بسته شود.
۷-۵-۵- فرآیند تعویض مچ‌بند (گم شدن، پارگی، کثیفی یا خیس شدن):	
متصدی پذیرش پرستار مسئول بیمار منشی بخش مسئول شیفت بخش	۷-۵-۱- در صورت مفقود شدن، پارگی، کثیف شدن شدید یا خیس شدن مچ‌بند حین بستری: بیمار باید مجدداً احراز هویت فعال شود. با هماهنگی منشی بخش یا مسئول شیفت بخش، مچ‌بند جایگزین از واحد پذیرش درخواست گردد. پس از دریافت مچ‌بند جدید و تأیید مجدد هویت بیمار و شناسایی فعال مچ‌بند جدید به دست بیمار بسته شود.
تیم درمان	۷-۵-۲- هنگام ترخیص مچ‌بند شناسایی بیمار از تحویل بخش و امحاء شود.
تیم درمان	۷-۵-۳- مچ‌بند نوزادان: مچ‌بندهای دست‌نویس و چاپی نوزاد امحاء شود. تبصره: طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان مچ‌بندهای چاپی نوزاد در صورت درخواست والدین (به‌عنوان یادگاری) پس از ترخیص می‌تواند به والدین تحویل داده شود.
۷-۶-۶- شناسایی فعال بیمار:	
تیم درمان	۷-۶-۱- الزام شناسایی: پیش از ارائه هرگونه اقدام و خدمت درمانی، تشخیصی و مراقبتی به کلیه بیماران، تیم درمان موظف است به‌طور فعال هویت بیمار را با تطبیق حداقل دو شناسه اصلی مندرج بر روی مچ‌بند شناسایی، تأیید نماید.
تیم درمان	۷-۶-۲- در مورد بیمارانی که کودک، ناتوان از تکلم یا فاقد هوشیاری کافی هستند، احراز هویت باید از طریق پرسش مشخصات از والدین یا نزدیک‌ترین خویشاوند درجه یک انجام پذیرد و سپس با شناسه مچ‌بند تطبیق داده شود.
تیم درمان	۷-۶-۳- ارائه‌دهنده خدمت (پرستار، کمک‌بهیار، فیزیوتراپ و سایر مراقبین بالینی) ملزم است موارد زیر را به ترتیب اجرا نماید: از بیمار درخواست نماید تا نام کامل (شامل نام و نام خانوادگی) و تاریخ تولد خود (شامل روز، ماه و سال) را اعلام نماید. اطلاعات شفاهی دریافتی را دقیقاً با مشخصات مندرج بر روی مچ‌بند شناسایی تطبیق دهد.
۷-۷-۷- مدیریت بیماران با اسامی مشابه:	
تیم درمان	۷-۷-۱- در بیمارانی که دارای نام و نام خانوادگی یکسان یا بسیار مشابه هستند: علاوه بر اجرای کامل مراحل ۱ و ۳ (نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد)، نام پدر بیمار نیز باید سؤال شده و با شناسه مچ‌بند تطبیق داده شود. این فرآیند باید تأکیدی بر افزایش دقت در شناسایی باشد.
تیم درمان	۷-۷-۲- به منظور اعلام خطر شناسایی بیماران مشابه به کلیه کادر درمانی: روی جلد پرونده بستری بیمار، باید برچسب هشدار لمینت شده با پس‌زمینه زرد و نوشته قرمز رنگ حاوی عبارت: "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" الصاق گردد.
تیم درمان	۷-۷-۳- جهت ایمنی مضاعف، تابلو هشدار فیزیکی با همین عنوان باید بالای سر بیمار نصب شود تا کلیه پرسنل از جمله تیم‌های پشتیبانی (نمونه‌گیر آزمایشگاه، فیزیوتراپ، تیم تصویربرداری و...) به آن توجه ویژه‌ای مبذول نمایند.
تیم درمان	۷-۷-۴- بیمارانی که دارای اسامی مشابه هستند، تا حد امکان نباید در یک بخش و به صورت مجاور یا در یک اتاق مشترک بستری شوند تا ریسک تداخل در مراقبت به حداقل برسد.



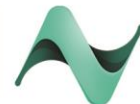
تیم درمان	۷-۷-۵- به هیچ وجه نباید از شماره اتاق یا شماره تخت به عنوان معیار اصلی یا کمکی برای شناسایی بیماران استفاده شود. مچ‌بند و مشخصات هویتی بیمار، تنها منابع تأیید هویت هستند.
۷-۸-۸- شناسایی بیماران پرخطر:	
پرستار مسئول بیمار	۷-۸-۱- پس از انجام ارزیابی اولیه بیمار، بیماران در معرض خطر شناسایی شده و مطابق با پروتکل داخلی بیمارستان، لیبل یا علامت مشخصه مربوطه بر روی مچ‌بند اختصاصی بیمار الصاق گردد. همچنین آموزش‌های لازم در خصوص اقدامات ایمنی مرتبط با ریسک شناسایی‌شده به بیمار و همراه وی ارائه شود.
پرستار مسئول بیمار	۷-۸-۲- تعاریف و معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر شامل: خطر سقوط، زخم فشاری، ترومبوآمبولی وریدی، خودکشی، پلی‌فارمسی، سوءتغذیه و تشنج باید در کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی تصویب شده و به کلیه بخش‌های بالینی ابلاغ گردد.
۷-۸-۳- تعیین علائم اختصاری با رعایت حریم خصوصی:	
پرستار مسئول بیمار	به منظور حفظ حریم خصوصی بیمار و پیشگیری از ایجاد اضطراب یا تشویش غیرضروری، علائم اختصاری مربوط به بیماران پرخطر در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان تعیین و پس از تصویب به تمامی بخش‌های بالینی ابلاغ شود. علائم اختصاری پیشنهادی عبارتند از: بیماران در معرض خطر زخم فشاری (P.U): (Pressure Ulcer Risk) بیماران در معرض خطر سقوط (FR): (Fall Risk) بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی وریدی (VTE): (Venous Thromboembolism Risk) بیماران در معرض خطر خودکشی (SU): (Suicide Risk) بیماران در معرض خطر تشنج (SE): (Seizure Risk)
۷-۸-۴- سیستم کدبندی رنگی مچ‌بند برای بیماران پرخطر:	
پرستار مسئول بیمار	سیستم کدبندی رنگی مچ‌بندها پس از تأیید در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان به کلیه بخش‌های بالینی ابلاغ و به شرح زیر اجرا گردد: رنگ قرمز: جهت شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی استفاده می‌شود. در این موارد، لیبل مخصوص Allergy بر روی مچ‌بند قرمز الصاق گردد. نوع آلرژی (دارویی، غذایی و ...) باید در فرم ارزیابی اولیه بیمار، کاردکس پرستاری و گزارش پرستاری ثبت شود. رنگ زرد: جهت شناسایی بیماران در معرض خطر مورد استفاده قرار می‌گیرد و لیبل مربوطه بر روی مچ‌بند زرد الصاق می‌شود. ممنوعیت الصاق لیبل بر روی مچ‌بند اصلی: لیبل‌های رنگی مربوط به آلرژی (قرمز) و بیماران در معرض خطر (زرد) به هیچ عنوان نباید بر روی مچ‌بند اصلی شناسایی بیمار الصاق شوند و باید بر روی مچ‌بندهای اختصاصی مربوطه نصب گردند.
۷-۸-۵- موارد استثنا در استفاده از مچ‌بند زرد:	
پرستار مسئول بیمار	در برخی موارد، صرفاً شناسایی و ثبت مستندات بالینی انجام شده و استفاده از مچ‌بند زرد الزامی نمی‌باشد: خطر سقوط در کودکان و نوزادان: شناسایی بیماران بر اساس معیار Humpty Dumpty انجام شده و نتایج در برگه ارزیابی اولیه و گزارش پرستاری ثبت گردد، اما استفاده از مچ‌بند زرد الزامی نیست. پلی‌فارمسی: شناسایی بیمار انجام شده و فرآیندهای ایمنی بیمار در مراقبت‌های دارویی رعایت و در مستندات پرستاری ثبت گردد. بیماران در معرض سوءتغذیه: مدیریت ایمنی بیمار بر اساس ارزیابی‌های تخصصی تیم تغذیه انجام می‌شود و استفاده از مچ‌بند زرد برای این بیماران الزامی نمی‌باشد.
۷-۹-۹- شناسایی نوزاد:	
پرستار-ماما مسئول بیمار	۷-۹-۱- شناسایی مادر پیش از زایمان: در زمان پذیرش مادر باردار، مچ‌بند شناسایی مادر چاپ شده و مطابق فرآیند شناسایی بیمار به دست وی بسته شود.
پرستار-ماما مسئول بیمار	۷-۹-۲- استفاده از ست شناسایی نوزاد در زمان تولد: در اتاق عمل زایمان یا بلوک زایمان، بلافاصله پس از تولد نوزاد، ست مخصوص شناسایی نوزاد باز شود. این ست شامل یک کلمپ بند ناف و دو مچ‌بند کددار (برای مادر و نوزاد) است که دارای کد شناسایی یکسان می‌باشند. کلمپ به بند ناف نوزاد متصل شده، یک مچ‌بند کددار به دست مادر و یک مچ‌بند کددار به دست نوزاد بسته شود.



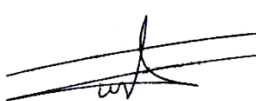
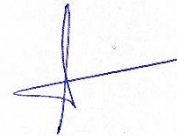
پرستار-ماما مسئول بیمار	۳-۹-۷- ثبت مشخصات اولیه نوزاد: مامای حاضر در زمان زایمان موظف است بلافاصله پس از تولد، مشخصات نوزاد را بر روی مچ‌بند دست‌نویس ثبت کرده و آن را به دست دیگر نوزاد متصل نماید.
پرستار-ماما مسئول بیمار	۴-۹-۷- نصب مچ‌بندهای چایی نوزاد: پس از تأیید مجدد مشخصات نوزاد با اطلاعات مادر، دو مچ‌بند شناسایی چایی تهیه شده و به پای راست و پای چپ نوزاد بسته شود. در شیفت صبح و عصر: مچ‌بندها در ریکاوری اتاق عمل چاپ شده و همان‌جا به نوزاد متصل می‌شوند. در شیفت شب: چاپ مچ‌بند در اتاق عمل انجام نمی‌شود و پس از انتقال نوزاد به بخش Well Baby توسط مسئول بخش انجام می‌گیرد. در بلوک زایمان نیز چاپ مچ‌بند پس از انتقال نوزاد به Well Baby انجام می‌شود. در بخش NICU مچ‌بندهای چایی به هر دو پای نوزاد بسته می‌شود. در صورت وجود اتصالات درمانی یا حساسیت پوستی نوزاد، محل بستن مچ‌بند بنا به صلاحدید پرستار می‌تواند تغییر یابد.
پرستار-ماما مسئول بیمار	۵-۹-۷- امحای مچ‌بند دست‌نویس: پس از انتقال نوزاد به بخش Well Baby و نصب مچ‌بندهای چایی، مچ‌بند دست‌نویس از دست نوزاد باز شده و مطابق ضوابط امحا گردد.
پرستار-ماما مسئول بیمار	۶-۹-۷- شناسایی نوزادان چندقلو: در زایمان‌های دوقلو یا چندقلو، برای هر نوزاد باید یک ست شناسایی مجزا استفاده شود.
پرستار-ماما مسئول بیمار	۷-۹-۷- ثبت مشخصه قل‌ها: در موارد دوقلو یا چندقلو بودن، ترتیب یا عنوان قل‌ها (مانند قل اول، قل دوم و ...) بر روی مچ‌بند شناسایی نوزاد ثبت گردد.
پرستار-ماما مسئول بیمار-شیفت	۸-۹-۷- پایش مچ‌بند نوزادان: مچ‌بندهای شناسایی نوزادان باید در هر شیفت کاری توسط پرسنل پرستاری کنترل و از صحت و سلامت آن اطمینان حاصل شود.
پرستار-ماما مسئول بیمار-شیفت	۹-۹-۷- مفقود شدن یکی از مچ‌بندها: در صورتی که یکی از مچ‌بندهای شناسایی نوزاد مفقود شود، پس از احراز هویت نوزاد، مچ‌بند جدید تهیه و به پای نوزاد متصل گردد.
پرستار-ماما مسئول بیمار-شیفت	۱۰-۹-۷- مفقود شدن هر دو مچ‌بند: در صورتی که هر دو مچ‌بند شناسایی نوزاد مفقود شود، ابتدا مچ‌بند تمامی نوزادان بستری در بخش از نظر تطابق مشخصات بررسی گردد. در صورت عدم مشاهده هرگونه مغایرت، پس از تأیید هویت نوزاد، مچ‌بند جدید برای وی تهیه و نصب شود.
۷-۱۰- شناسایی صحیح بیمار قبل از جراحی:	
مسئول آمادگی اتاق عمل اعضای تیم جراحی	۱-۱۰-۷- هنگام ورود بیمار به قسمت آمادگی اتاق عمل یکی از اعضای تیم جراحی از بیمار درخواست نماید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی، را بطور کلامی بیان و با پرونده بیمار و مچ‌بند شناسایی، بیمار را صحیح شناسایی نمایند.
اعضای تیم جراحی	۲-۱۰-۷- در اتاق عمل قبل از شروع جراحی اگر بیمار هوشیار است، از بیمار درخواست کنید که نام و نام خانوادگی، نوع عمل جراحی، موضع جراحی خود را به زبان آورد، سپس مشخصات روی مچ‌بند و پرونده بیمار را با خود اظهاری بیمار تطبیق دهید.
اعضای تیم جراحی	۳-۱۰-۷- نوع اقدام جراحی و موضع عمل مندرج در برگه رضایت آگاهانه بیمار را با خود اظهاری او تطبیق دهید.
۱۱-۷- شناسایی صحیح بیمار در فرایند نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی دارو، دادن دارو به بیمار:	
داروساز/تکنسین	۱-۱۱-۷- به منظور پیش‌گیری از وقوع حوادث ناگوار در تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی، آماده سازی و دادن داروهای هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دونفر از کادر حرفه‌ای واجد صلاحیت ذیربط به‌صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
داروساز/تکنسین	۲-۱۱-۷- در داروخانه توسط دو پزشک داروساز یا یک پزشک داروساز و یک تکنسین دارویی انجام شود.
پرستار/پزشک/داروساز	۳-۱۱-۷- شناسایی صحیح بیمار درخصوص داروهای هشدار بالا: قبل از دارودهی توسط دو پرستار واجد صلاحیت حرفه‌ای یا یک پزشک ذیصلاح و یک پرستار واجد صلاحیت حرفه‌ای انجام شود.



پرستار/ پزشک/ داروساز	۷-۱۱-۴- به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته دارویی دستورات شفاهی دارویی محدود شود و فقط در ارائه خدمات درمانی اورژانس انجام شود.
۷-۱۲- فرایند شناسایی صحیح بیمار قبل از تزریق خون و فرآورده های خونی:	
پرستار- کمک بهیار- مسئول بانک خون	۷-۱۲-۱- قبل از تحویل خون و فرآورده های خونی از بانک خون، مشخصات درج شده بر روی کیسه خون با اطلاعات ثبت شده در برگه درخواست خون به دقت مطابقت داده شود. پس از تأیید تطابق مشخصات، کیسه های خون از مسئول بانک خون تحویل گرفته شود.
پرستار	۷-۱۲-۲- پیش از شروع تزریق، ارائه دهنده خدمت موظف است فرایند شناسایی فعال بیمار را انجام دهد. بدین منظور از بیمار درخواست شود نام، نام خانوادگی و نام پدر خود را به صورت کلامی بیان نماید. سپس اطلاعات اعلام شده با مشخصات درج شده بر روی مچ بند شناسایی بیمار و/یا پرونده پزشکی مطابقت داده شود.
پرستار/ پزشک	۷-۱۲-۳- قبل از تزریق خون یا فرآورده های خونی، مشخصات کیسه خون یا فرآورده با اطلاعات درج شده در فرم پایش و نظارت خون و فرآورده توسط دو پرستار کنترل شود. سپس شناسایی فعال بیمار توسط دو پرستار (پرستار تزریق کننده و پرستار شاهد) انجام گردد. پس از اطمینان از صحت اطلاعات و تأیید نهایی، فرم پایش و نظارت خون توسط هر دو پرستار مهر و امضا شود و در نهایت تزریق خون یا فرآورده خونی انجام گردد. در اتاق عمل، کنترل مشخصات خون و فرآورده می تواند توسط پرستار اتاق عمل و پزشک متخصص بیهوشی نیز انجام شود.
پرستار/ پزشک	۷-۱۲-۴- در زمان تطابق خون یا فرآورده های خونی، ضروری است حداقل موارد زیر با اطلاعات موجود در پرونده بیمار، مچ بند شناسایی یا از طریق پرسش از بیمار بررسی و تطبیق داده شود: نام و نام خانوادگی کامل بیمار، نام پدر، تاریخ تولد (روز، ماه و سال)، شماره پرونده، و شماره کیسه خون یا فرآورده خونی.
پرستار/ پزشک	۷-۱۲-۵- در صورتی که بیمار بیهوش، نوزاد یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نباشد، پرستار موظف است پیش از تزریق خون، اطلاعات درج شده روی مچ بند شناسایی بیمار را با مشخصات ثبت شده در پرونده بیمار تطبیق دهد.
۷-۱۳- شناسایی صحیح بیمار در آزمایشگاه:	
سوپروایزر آزمایشگاه نمونه گیر	۷-۱۳-۱- برچسب کلیه نمونه ها باید واجد مشخصات نام و نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، نام بخش، شماره پذیرش و نام آزمایش باشد.
پرستار/ نمونه گیر آزمایشگاه	۷-۱۳-۲- در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار روی لوله های آزمایش صورت گیرد.
پرستار/ نمونه گیر آزمایشگاه	۷-۱۳-۳- پس از کسب اطمینان از نوع آزمایش درخواستی، برچسب مشخصات بیمار به لوله/ ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیش گیری نماید و از چسباندن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود. برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ ظرف نمونه گیری بچسبانید.
پرستار/ نمونه گیر آزمایشگاه/ سوپروایزر آزمایشگاه	۷-۱۳-۴- در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها، نمونه گیری مجدد انجام شود و فرایندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سوپروایزران می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مدیر درمان بر روند اجرای خط مشی و روش نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ای زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	



- ۱-۱۰- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران، دوره پنجم سال ۱۴۰۱
۲-۱۰- راهنمای شناسایی صحیح بیمار، فرناز مستوفیان مرداد سال ۱۳۹۲
۳-۱۰- شیوه نامه پوشش بیمه بستری افراد مجهول الهویه ۱۳۹۸/۰۱/۰۱
۴-۱۰- دستورالعمل های داخلی بیمارستان و مصوبات کمیته های بیمارستان

تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیری پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	