



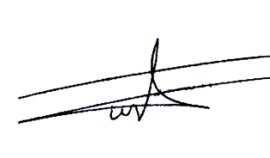
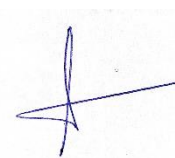
۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل، ارتقاء فرهنگ ایمنی در فرآیندهای درمانی و کاهش خطرات مرتبط با تزریقات در بیمارستان می‌باشد. این دستورالعمل با تأکید بر استانداردسازی و ساماندهی رویه‌های تزریق، درصدد ارتقای سطح ایمنی و حفظ سلامت بیماران از طریق رعایت اصول و روش‌های تزریق ایمن است. همچنین یکی از اهداف مهم آن، افزایش آگاهی و توانمندی کارکنان گروه پزشکی از طریق آموزش‌های لازم در خصوص خطرات ناشی از تزریقات و در نهایت بهبود کیفیت خدمات درمانی می‌باشد.	
۲- دامنه کاربرد: این دستورالعمل برای کلیه کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، پرستاران، کمک‌بهبیاران و کاخداران در تمامی بخش‌های بیمارستانی که در فرآیند آماده‌سازی، نگهداری یا تزریق دارو به بیماران نقش دارند، کاربرد دارد.	
۳- تعاریف: تیم درمان: پزشک، پرستار، ماما، تکنسین/کارشناس بیهوشی و اتاق عمل، کمک بهیار.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان، با استناد به اسناد بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، در راستای حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و اجرای مداخلات پیشگیرانه تدوین شده است. این سیاست با هدف رعایت استانداردهای تزریقات ایمن و کاهش خطر انتقال عفونت‌های مرتبط با خدمات سلامت، از طریق برنامه‌ریزی منسجم، آموزش مستمر کارکنان و تقویت کار تیمی مؤثر در سطح بیمارستان اجرا می‌گردد.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مدیر پرستاری، سوپروایزر ایمنی و کنترل عفونت	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	پزشک: مسئولیت تجویز دارو پس از ارزیابی کامل وضعیت بیمار و بررسی سوابق دارویی وی، همچنین تعیین و تأیید نوع و دوز داروی مصرفی در زمان پذیرش، حین درمان و هنگام ترخیص بیمار را بر عهده دارد.
۲-۶	پرستار: مسئولیت آماده‌سازی و انجام تزریق دارو برای بیمار مطابق با اصول تزریقات ایمن، دستورات پزشک و دستورالعمل‌های بیمارستان را بر عهده دارد.
۳-۶	سوپروایزر: مسئولیت آگاه‌سازی و آموزش پرستاران و کمک‌بهبیاران در خصوص اصول صحیح تزریقات ایمن، پایش و نظارت بر اجرای صحیح این اصول، شناسایی موارد عدم انطباق، پیگیری اقدامات اصلاحی لازم و ارائه گزارش به مدیر پرستاری را بر عهده دارد.
۴-۶	مدیر پرستاری: مسئولیت نظارت کلی بر حسن اجرای دستورالعمل تزریقات ایمن در بخش‌های بیمارستان، برنامه‌ریزی جهت آموزش کارکنان پرستاری، پیگیری موارد عدم انطباق گزارش‌شده و اتخاذ اقدامات اصلاحی لازم در راستای ارتقای ایمنی بیماران را بر عهده دارد.
۷- شیوه انجام کار:	
مدیر پرستاری	۱-۷ دستورالعمل تزریقات ایمن توسط صاحبان فرآیند تدوین و پس از تصویب، به کلیه بخش‌های بالینی بیمارستان ابلاغ گردد.
سوپروایزر آموزش	۲-۷ سوپروایزر آموزش موظف است به منظور آگاه‌سازی کارکنان گروه هدف، برنامه‌ریزی آموزشی لازم در خصوص مفاد این دستورالعمل را انجام دهد.
پرستار و کمک بهیار	۳-۷ کلیه پرستاران و کمک‌بهبیاران موظف‌اند با مفاد این دستورالعمل آشنا شده و تزریقات را مطابق با آن اجرا نمایند.
سوپروایزران	۴-۷ اجرای صحیح دستورالعمل توسط سوپروایزرهای بالینی، ایمنی بیمار، کنترل عفونت و آموزش مورد نظارت و پایش قرار گیرد و موارد عدم انطباق جهت انجام اقدامات اصلاحی به سرپرستار بخش و مدیر پرستاری گزارش شود.
۵-۷ تزریقات ایمن شامل گام های ذیل است:	
تیم درمان	۱-۵-۷ قبل از آماده‌سازی داروهای تزریقی و پس از اتمام کار، بهداشت دست به‌طور کامل رعایت شود.
تیم درمان	۲-۵-۷ قبل از پوشیدن دستکش و بلافاصله پس از خارج کردن آن، بهداشت دست انجام شود.
تیم درمان	۳-۵-۷ هنگام انجام تزریقات وریدی، خون‌گیری و در هر شرایطی که احتمال تماس با خون، مایعات بدن، ترشحات و بزاق بیمار (بالقوه عفونی) وجود دارد، از دستکش استفاده شود.
تیم درمان	۴-۵-۷ در صورت وجود آسیب پوستی در دست ارائه‌دهنده خدمت (مانند آگزما، خشکی یا ترک پوست) یا وجود ضایعات پوستی در محل تزریق بیمار (مانند آگزما، سوختگی یا عفونت)، استفاده از دستکش الزامی است.
تیم درمان	۵-۵-۷ در صورت سالم بودن پوست دست ارائه‌دهنده خدمت، در تزریقات معمول داخل‌پوستی، زیرجلدی و عضلانی استفاده از دستکش الزامی نمی‌باشد.
تیم درمان	۶-۵-۷ در مواقعی که احتمال پاشش خون یا ترشحات بیمار وجود دارد، از وسایل حفاظت فردی مناسب شامل ماسک، محافظ چشم یا سایر تجهیزات حفاظتی استفاده شده و پس از مصرف به‌طور ایمن دفع گردد.
تیم درمان	۷-۵-۷ برای ضدعفونی موضع تزریق از سوآب پنبه‌ای یکبار مصرف آغشته به محلول‌های ضدعفونی‌کننده با پایه الکلی استفاده شود.



تیم درمان	۷-۵-۸- موضع تزریق با حرکت دورانی از مرکز به سمت خارج و به مدت حداقل ۳۰ ثانیه با پنبه الکلی ضدعفونی گردد.
تیم درمان	۷-۵-۹- به دلیل احتمال آلودگی، از سواب‌های پنبه‌ای آماده موجود در ظروف پنبه الکلی که در الکلی غوطه‌ور شده‌اند استفاده نشود.
تیم درمان	۷-۵-۱۰- برای ضدعفونی موضع تزریق در تلقیح برخی واکسن‌ها (مطابق دستورالعمل واکسیناسیون) از الکلی استفاده نشود.
تیم درمان	۷-۵-۱۱- از یک جفت دستکش برای بیش از یک بیمار یا بیش از یک اقدام درمانی استفاده نشود و دستکش بین بیماران تعویض گردد.
تیم درمان	۷-۵-۱۲- برای خون‌گیری یا تزریق، از سرنگ، سرسوزن و لانس یکبار مصرف استفاده شده و هر وسیله تنها برای یک بار مصرف گردد.
تیم درمان	۷-۵-۱۳- در صورت نیاز به گرفتن خط وریدی، محل تزریق قبل از اقدام ضدعفونی شده و پس از ضدعفونی از لمس مجدد آن خودداری شود.
تیم درمان	۷-۵-۱۴- در صورت ضرورت درپوش‌گذاری مجدد سرسوزن، این کار فقط با روش یک‌دستی (One Hand Scoop Technique) انجام شود و از استفاده همزمان از دو دست خودداری گردد.
کمک بهیار	۷-۵-۱۵- پس از پر شدن بیش از سه‌چهارم ظرفیت سیفتی‌باکس، درب آن بسته و مهر و موم گردد. از پر کردن بیش از حد یا جدا کردن درب سیفتی‌باکس خودداری شود.
نمونه گیر آزمایشگاه	۷-۵-۱۶- لوله نمونه خون پیش از ورود سرسوزن در داخل رک (Rack) قرار داده شود.
تیم درمان	۷-۵-۱۷- در صورت وقوع آسیب ناشی از سرسوزن، موضوع بلافاصله گزارش شده و پروتکل بیمارستان در خصوص پیشگیری پس از مواجهه (PEP) اجرا گردد. اقدامات پیشگیری پس از مواجهه باید حداکثر تا ۷۲ ساعت انجام شود.
تیم درمان	۷-۵-۱۸- برای آماده‌سازی هر دارو و انجام هر تزریق، از سرنگ و سرسوزن استریل و جدید استفاده گردد.
تیم درمان	۷-۵-۱۹- از سرنگ یا سرسوزنی که بسته‌بندی آن آسیب‌دیده، سوراخ یا پاره شده است استفاده نشود.
تیم درمان	۷-۵-۲۰- از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به بیش از یک بیمار استفاده نشود.
تیم درمان	۷-۵-۲۱- تعویض صرف سرسوزن و استفاده مجدد از همان سرنگ برای چند بیمار اکیداً ممنوع است.
تیم درمان	۷-۵-۲۲- از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
تیم درمان	۷-۵-۲۳- از مخلوط کردن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف‌های بعدی خودداری گردد.
تیم درمان	۷-۵-۲۴- در صورت امکان، ویال چنددوزی به یک بیمار اختصاص داده شده و نام بیمار، تاریخ باز شدن ویال و سایر مشخصات بر روی آن درج گردد و در محل مناسب نگهداری شود.
تیم درمان	۷-۵-۲۵- به دلیل احتمال آلودگی ناشی از اسپری‌ها و ترشحات محیطی، ویال‌های چنددوزی در فضای باز بخش نگهداری نشوند و پس از مصرف مطابق دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع گردند.
تیم درمان	۷-۵-۲۶- محل آماده‌سازی داروها و تزریقات همواره تمیز، منظم و عاری از آلودگی نگهداری شود.
تیم درمان	۷-۵-۲۷- درپوش ویال دارویی با پنبه آغشته به الکلی ۷۰ درصد ضدعفونی شده و قبل از ورود سرسوزن اجازه داده شود در مجاورت هوا خشک گردد.
تیم درمان	۷-۵-۲۸- هنگام استفاده از ویال‌های مولتی‌دوز، برای هر بار کشیدن دارو از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده شود.
تیم درمان	۷-۵-۲۹- پس از کشیدن دارو از ویال مولتی‌دوز، سرسوزن در داخل ویال باقی گذاشته نشود.
تیم درمان	۷-۵-۳۰- ویال‌های چنددوزی در موارد زیر مطابق دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع شوند: ➤ در صورت از بین رفتن استریلیتی یا تغییر در محتویات ویال ➤ در صورت سپری شدن تاریخ انقضا ➤ در صورت نگهداری یا انبارش نامناسب پس از باز شدن ➤ در صورت نداشتن مواد نگهدارنده آنتی‌میکروبیال ➤ ۲۴ ساعت پس از باز شدن ویال (در صورت عدم وجود دستور کارخانه سازنده) یا پس از زمان توصیه‌شده توسط کارخانه ➤ در صورت آلودگی احتمالی، نگهداری نامناسب یا عدم درج تاریخ باز شدن ویال



تیم درمان	۷-۵-۳۱- پس از باز کردن ویال مولتی دوز، برچسبی بر روی آن الصاق شده و تاریخ باز شدن، شیفت کاری و نام پرستار بازکننده ویال ثبت گردد.
تیم درمان	۷-۵-۳۲- برای حمل وسایل تیز و برنده از رسیور (Receiver) استفاده شود و از حمل این وسایل در دست یا جیب یونیفرم خودداری گردد.
تیم درمان	۷-۵-۳۳- در خصوص مواجهات شغلی با عوامل عفونی، به دستورالعمل «مواجهات شغلی کارکنان» مراجعه و مطابق آن اقدام شود.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۸-۲- نظارت: مدیر پرستاری به واسطه سوپروایزر کنترل عفونت از نحوه ثبت و گزارش موارد عدم انطباقها بر اجرای صحیح دستورالعمل نظارت دارد.	
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 زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- دستورالعمل تزریقات ایمن: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی بیمار آبان ۱۳۹۱	
۱۰-۲- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران، دوره پنجم سال ۱۴۰۱	

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