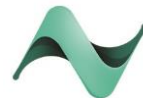




- 1- هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از اجرای صحیح و ایمن جابه‌جایی بیماران در درون یا بیرون از بخش بستری جهت تسریع و تسهیل انجام کار با حفظ رعایت پروتکل‌های کنترل عفونت جهت پیشگیری از انتقال بیماری عفونی و مسری در بیمارستان نیکان غرب می‌باشد.
- 2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش‌های بالینی و غیربالینی بیمارستان نیکان غرب الزامی است.
- 3- تعاریف: _
- 4- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان در اجرای این سند اجرای صحیح و ایمن جابه‌جایی بیماران در درون یا بیرون از بخش بستری به منظور اجرای احتیاطات و ایزولاسیون با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم سال 1401 می‌باشد.
- 5- مسئول پاسخگو: سوپروایزر بالینی
- 6- مسئولیت‌ها و اختیارات:
 - 1-6- مدیر درمان و مدیر پرستاری با مشارکت تیم اجرایی با طرح موارد عدم انطباق نسبت به تدوین اقدامات مداخله‌ای/اصلاحی در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت اقدام می‌نمایند.
 - 2-6- مدیر پرستاری مسئولیت نظارت بر اجرای روش اجرایی و شناسایی موارد عدم انطباق‌ها در تعامل‌های بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها و طرح در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت را برعهده دارند.
 - 3-6- سوپروایزر بالینی و مسئول بخش‌ها مسئولیت اجرای صحیح سند را بر اساس شرح وظایف در حیطه اختیارات خود برعهده دارند.
- 7- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	موارد
پزشک اورژانس	1-7- دستور پزشک اورژانس مبنی بر بستری و پذیرش بیمار با تشخیص بیماری عفونی و مسری داده می‌شود.
مسئول شیفت	2-7- جهت بستری یا اعزام بیمار با سوپروایزر وقت (مدیر تخت) جهت هماهنگی و وجود تخت ایزوله یا ویژه هماهنگ می‌شود.
سوپروایزر بالینی	3-7- در صورت اورژانسی نبودن شرایط بیمار طبق دستورالعمل‌های داخلی بیمارستان اقدامات لازم درخصوص پذیرش از بیمارستان نیکان غرب یا سایر مراکز درمانی پذیرش دهنده کرونا انجام می‌شود. (طبق فرایند اعزام و ارجاع بیمار)
پرستار - کمک پرستار	4-7- در صورت احیاء قلبی ریوی بیمار و در خطر بودن حیات و ناپایدار بودن شرایط بیمار، سوپروایزر با در نظر گرفتن یک تخت ایزوله ویژه، بیمار را با حفظ پروتکل‌های کنترل عفونت و احتیاطات استلندارد به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌کند.
سوپروایزر بالینی	5-7- در خصوص بیمارانی که جهت جراحی‌های اورژانسی بدون آماده بودن جواب تست‌های تخصصی بیماری‌های عفونی بستری می‌شوند و نیاز به تخت عادی دارند سوپروایزر بالین ترجیحاً تا آماده شدن جواب تست کووید و منفی بودن تست، بیمار را در اتاق خصوصی بستری می‌نماید و جابه‌جایی بیمار محدود می‌شود.
سوپروایزر بالینی/مسئول بخش‌ها و واحدها/کمک پرستار/پرستار/انتظامات	6-7- برای جابه‌جایی‌های ضروری بالینی، تشخیصی با واحد مقصد هماهنگی می‌شود تا آمادگی‌های لازم انجام شود و زمان مسیر خروجی بیمار تا مقصد طوری هماهنگ می‌شود تا تماس برای سایر بیماران و کارکنان و مراجعین حاضر در بیمارستان ایجاد نشود.



سوپروایزر بالینی - مسئولین بخش	7-7- در صورت امکان و صلاحدید پزشک معالج جهت پیشگیری از انتقال ویروس برای بیماران با تشخیص بیماری های عفونی و مسری و جابه‌جایی بیمار از انواع پرتابل دستگاه رادیولوژی، اکوکاردیوگرافی، سونوگرافی و دیالیز انجام می‌شود.
سوپروایزر بالینی	7-8- در صورت امکان در هر شیفت چند تخت خصوصی (جهت مدیریت تخت) برای بیمارانی که به‌صورت اورژانس بستری شده‌اند و جواب تست PCR ندادند یا مشکوک به کووید می‌باشند در نظر گرفته می‌شود.

پایش و نظارت:

8-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند ابلاغی توسط سوپروایزر بالینی و سوپروایزر کنترل عفونت، بصورت الکترونیک طراحی و مطابق فرآیند مربوطه تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند بصورت فصلی در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت توسط سوپروایزر کنترل عفونت ارائه خواهد شد.

8-2- نظارت: نظارت بر اجرای سند ابلاغی بشرح ذیل خواهد بود:

8-2-1- نظارت بر عملکرد بخشها در اجرای صحیح سند به ترتیب برعهده‌ی سوپروایزر بالینی، سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود.

8-2-2- نظارت بر عملکرد سوپروایزر بالینی، سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به ترتیب برعهده مدیر پرستاری و مدیر درمان بیمارستان خواهد بود.

تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق توسط سوپروایزر بالینی در فرمت گزارش 24 ساعته، و توسط سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در بازه زمانی تعیین شده خطاب به مدیر پرستاری، بصورت رونوشت به مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.

9- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

9-1- تایید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مرجع تأیید این سند خواهد بود

9-2- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این روش اجرا خواهد بود.

9-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این روش اجرایی در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این روش اجرا توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

9-4- بازنگری: این روش اجرا توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت به‌صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، مدیر پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این روش اجرا را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

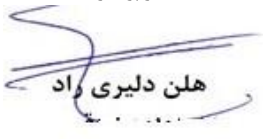
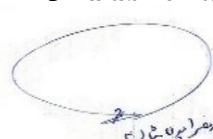
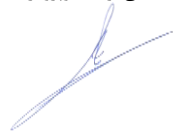
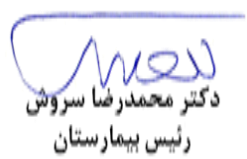
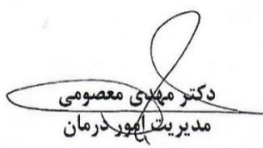
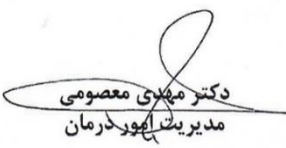
10- منابع و مراجع:

10-1- دستورالعمل‌های داخلی بیمارستان

10-2- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال 1401

10-3- سند مشابه نیکان اقدسیه به شماره سند ANH-PRU-ICD-00226-01



مدیر پرستاری  هنا دلیری راد	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار 	زهرا پولاییان - سوپروایزر بالینی 	مهسا جلیلی نژاد - سوپروایزر کنترل عفونت 	تهیه کنندگان
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان 	تصویب و ابلاغ کننده	کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مورخ 1404/09/18 دکتر مهدی معصومی مدیریت امور درمان 	تأیید کننده جانشین رئیس کمیته دکتر مهدی معصومی مدیریت امور درمان 	تایید اولیه
نسخه کپی			دفتر سنجش و پایش کیفیت 	توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب		