



1- هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از ارتقای ایمنی بیمار و ارائه خدمات درمانی صحیح و مطلوب به بیماران در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای صحیح این سند در تمام بخشهای درمانی، توسط کادر درمان و پزشکان بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف: _

1-3- مشاوره پزشکی: بهره گیری پزشک از نقطه نظرات تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار می باشد.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- کارشناس نظارت بر درمان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر پرستاری مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه های زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

2-4- مدیر درمان یا جانشین تعیین شده توسط وی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این سند را برعهده دارد.

3-4- پرستاران، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بالینی، سرپرستاران و پزشکان مسئولیت اجرای صحیح سند را برعهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- در صورت نیاز به مشاوره درخواست مشاوره باید توسط پزشک معالج در فرم دستورات پزشک و فرم درخواست مشاوره با ذکر تمام موارد مرتبط با اطلاعات کامل هویتی بیمار، ساعت، تاریخ، نوع مشاوره، ثبت، مهر و امضا گردد.

2-5- در قسمت نوع مشاوره (آنی، فوریتی، غیر فوریتی) که توسط پزشک درخواست کننده ثبت می شود، زمان پاسخگویی فرد مشاوره دهنده باید مشخص گردد.

3-5- دستور پزشک در برگ دستورات چک شود. تمام مشاوره ها بلافاصله پس از ثبت در برگ دستورات و مشاوره باید توسط سرپرستار یا مسئول شیفت به اطلاع مشاور رسانده شود. زمان اطلاع به مشاور در برگ گزارش پرستاری توسط پرستار مسئول بیمار ثبت گردد.

تبصره 1: اطلاع به مشاور به صورت تلفنی و ارسال پیامک از طریق HIS انجام می شود.

تبصره 2: مشاور بر حسب نوع تخصص مطابق با زمانبندی اعلام شده بایستی بر بالین بیمار حضور یابد و دستورات یا توصیه ها را در برگ مشاوره ثبت، مهر و امضا نماید. (با ذکر ثبت زمان دقیق از نظر ساعت و تاریخ)

4-5- در صورت درخواست مشاوره آنی از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور در صورت مقیم بودن ظرف 10 دقیقه و در غیر این صورت در مدت 30 دقیقه باید بر بالین بیمار حاضر و به مشاوره پاسخ دهد.

5-5- در صورت درخواست مشاوره فوریتی از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور باید حداکثر ظرف مدت 2 ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.

تبصره 3: در مشاوره های آنی علاوه بر اطلاع رسانی روتین باید بصورت تلفنی نیز توسط کادر بیمارستان به فرد مشاوره دهنده اطلاع رسانی شود و ایشان در زمان کوتاه بر بالین بیمار حاضر و به مشاوره پاسخ دهد.

تبصره 4: مشاوره های آنی در بخش های عادی طی مدت **1 ساعت** و در حالت غیر فوریتی طی مدت **24 ساعت** انجام می شود. در بخش های ویژه در حالت آنی و فوریتی مانند بخش اورژانس و در حالت غیرفوریتی مانند بخش های عادی می باشد. حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار در صورت قید عبارات آنی الزامی است.

تبصره 5: تمام مشاوره ها در بخش اورژانس حالت آنی محسوب می شود و در حالت آنی در صورت حضور پزشک متخصص مقیم ظرف مدت **10 دقیقه و در غیر اینصورت کمتر از 30 دقیقه و در حالت فوریتی کمتر از 2 ساعت** انجام می شود.



تبصره 6: شایان ذکر است چنانچه انجام اقدامی از سوی مشاور اورژانسی تلقی می شود توسط پزشک مشاور عبارت اورژانسی بودن در برگه مشاوره قید و همزمان در حضور پزشک مشاور یا شاهد پرستار، توسط سرپرستار مسئول یا جانشین وی به پزشک معالج اطلاع رسانی گردد.

تبصره 7: مشاوره های تخصصی آنی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد. اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ بر بالین بیمار قابل اجرا می باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ یا تایید پزشک معالج ندارد. (سنجه ب ۱-۵-۳)

تبصره 8: پزشک جانشین /ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک انکال با تخصص مرتبط همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. (سنجه ب ۱-۵-۳)

تبصره 9: در صورت عدم دسترسی به هرکدام از پزشکان مشاور و جانشین وی ابتدا توسط سرپرستار یا مسئول شیفت به سوپروایزر اطلاع رسانی گردد. سپس با پزشک مربوطه توسط سوپروایزر تماس گرفته شود چنانچه مورد برطرف نشد توسط سوپروایزر به مدیر درمان اطلاع داده شود. در صورت تکرار توسط مدیریت با پزشک مشاور مطابق قوانین داخلی برخورد خواهد شد. موارد عدم دسترسی به پزشک مشاور باید توسط پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری قید شود.

تبصره 10: مشاوره های تخصصی غیر آنی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد.

تبصره 11: اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج الزامی است (سنجه ب 1-5-3)

تبصره 12: جهت انجام مشاوره، جابجایی بیمار بستری از بخش به بخش دیگر یا کلینیک و... ممنوع می باشد.

5-6- دستورات مشاور در برگ مشاوره کنترل و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود. تمام مشاوره ها باید بلافاصله پس از انجام توسط پرستار مسئول بیمار به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.

5-7- لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد.

5-8- تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) یا صرفا تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه " دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد " قابل انجام است .

تبصره 13: چنانچه پزشک معالج جهت رویت دستورات و توصیه های مشاور در بیمارستان حضور ندارد مطابق دستورالعمل ثبت دستورات تلفنی پس از اطلاع به پزشک معالج در برگ دستورات توسط پرستار مسئول بیمار و یک نفر شاهد نوشته می شود و طی مدت 24 ساعت توسط پزشک معالج دستورات مهر و امضا می گردد. همچنین در هر حالت پزشک معالج موظف است برگ مشاوره را پاراف کند و عبارت «رویت شد» را ثبت نماید.

5-9- دستورات پزشک معالج پس از انجام مشاوره باید در برگ دستورات توسط سرپرستار یا جانشین وی کنترل و توسط پرستار مسئول بیمار اجرا گردد.

تبصره 14: شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج بایستی توسط پرستار مسئول بیمار انجام گردد.

6-پایش و نظارت:

6-1- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط نماینده دفتر پرستاری با همکاری دفتر بهبود کیفیت بصورت الکترونیک، طراحی و مطابق فرایند مشخص تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل بصورت فصلی توسط نماینده دفتر پرستاری بر اساس چک لیست ارزیابی مشاوره انجام و در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.

6-2- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل به شرح ذیل خواهد بود:



- 1-2-6- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای دستورالعمل به ترتیب بر عهده‌ی سرپرستاران و سوپروایزران بالینی و سوپروایزر آموزشی خواهد بود.
- 2-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و سوپروایزر بالینی و سوپروایزر آموزشی در اجرای درست دستورالعمل بر عهده‌ی مدیر پرستاری خواهد بود.
- 3-2-6- نظارت بر عملکرد پزشکان در اجرای درست دستورالعمل بر عهده‌ی مدیر درمان خواهد بود.
- تبصره 15: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر بالینی در فرمت گزارش 24 ساعته سوپروایزر، سرپرستاران از طریق اتوماسیون، و پرستاران از طریق سامانه HR ثبت و توسط مدیر پرستاری به مدیر درمان، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می‌شود.
- 7- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:
 - 1-7- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.
 - 2-7- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.
 - 3-7- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.
 - 4-7- بازنگری: این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت بصورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، مدیر اجرایی، مدیر پرستاری و دفتر سنجش و پایش کیفیت می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه‌ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.
- 8- منابع و مراجع:
 - 1-8- مراقبت های مدیریت شده
 - 2-8- دستورالعمل جامع اورژانس تابستان 1400
 - 3-8- سنجش های اعتبار بخشی- ویرایش پنجم- سال 1401
 - 4-8- استاندارد و شناسه مشاوره
 - 5-8- مقررات داخلی بیمارستان
 - 6-8- نحوه انکالی پزشکان در بیمارستان های کشور/ وزات بهداشت
 - 7-8- اجرای مشاوره ها بر اساس ابلاغیه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، به شماره 130/17153-1-1403- مورخ 1403/09/11



مستول بهبود کیفیت	مدیر پرستاری	عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهام محمودی سوپروایزر آموزشی	دکتر سارا بیگی - کارشناس نظارت بر درمان	دکتر پریسا درودیان - دبیر کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی	داریوش عندلیبی - سرپرستار اورژانس / نماینده دفتر پرستاری	تهیه کنندگان
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان		تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/10/22 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان		تایید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب				دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ	