



۱- هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از تزریق صحیح و به موقع داروی رتپلاز در بیماران سکته حاد قلبی و نیازمندی به فیبرینولیتیک در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند در تمام بخش های بیمارستانی که در ارتباط با بیمار می باشند، در بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳- تعاریف:

۳-۱- رتپلاز: داروی فیبرینولیتیک می باشد. (دسته دارویی)

۳-۲- ترومبولیتیک: به داروهایی اطلاق می گردد که موجب از بین رفتن لخته خون در عروق می گردد.

۳-۳- MI (Myocardial Infarction): به انفارکتوس حاد قلبی که به دنبال انسداد یک یا چند از عروق اصلی قلب ایجاد می گردد.

۳-۴- بولوس: تزریق مستقیم وریدی

۴- مسئولیت ها و اختیارات:

۴-۱- سرپرستار اورژانس، سرپرستار CCU و سرپرستار CATH LAB و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

۴-۲- مدیر درمان، مدیر پرستاری و مدیر گروه قلب مسئولیت نظارت بر اجرای این سند را بر عهده دارند.

۴-۳- پزشکان و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح این سند را بر عهده دارند.

۵- گام های دستورالعمل:

۵-۱- پرستار باید دارو ۲ ویال ۱۸ mg را به آرامی و بدون هم زدن دارو با آب مقطرهای موجود در آن رقیق نماید.

۵-۲- پرستار باید در مرحله اول یک ویال ۱۸ mg ظرف ۲ دقیقه به صورت بولوس تزریق نماید.

۵-۳- پرستار باید پس از ۳۰ دقیقه ویال دوم ۱۸ mg بعدی را در صورت Stable بودن شرایط بیمار به صورت بولوس ظرف مدت ۲ دقیقه تزریق نماید.

۵-۴- پرستار باید دارو را تحت مانیتورینگ قلبی و پایش مستقیم تزریق نماید.

۵-۵- پرستار باید به کاهش سطح هوشیاری، افزایش و کاهش فشارخون، استفراغ، هموپتزی و اپیستاکسی بیمار توجه داشته باشد.

۵-۶- پرستار باید بعد از تزریق اول و دوم حتما ECG بگیرد.

۵-۷- سوپروایزر بالینی و مسئول بخش یا مسئول شیفت و پزشک کاردیولوژیست باید بر تزریق نظارت داشته باشند.

۵-۸- پزشک باید کانترااندیکاسیون های تزریق دارو مانند سابقه GIB و ICH و خونریزی و باردار بودن مادر، $INR > 1.7$ و $PIT < 100000$ و $BS < 50$ سابقه ضربه به سر و جراحی در سه ماه گذشته، مصرف آنتی کواگولان در ۴۸ ساعت گذشته $DBP < 120$ و $SBP > 180$ می باشد را قبل از تزریق در نظر بگیرد.

۶- پایش و نظارت:

۶-۱- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل با همکاری سرپرستار اورژانس، سرپرستار CCU و سرپرستار CATH LAB و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر ۳ ماه یکبار توسط سرپرستار اورژانس در کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مطرح خواهد شد.

۶-۲- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:

۶-۲-۱- نظارت بر عملکرد پرستاران، توسط مدیر پرستاری صورت خواهد گرفت.



۲-۲-۶- نظارت بر عملکرد پزشکان، توسط مدیر امور درمان و مدیر گروه قلب صورت خواهد گرفت.

تبصره ۱: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سرپرستار اورژانس خطاب به مدیر پرستاری، به صورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته ارتقای خدمات اورژانس مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.

7-2- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.

7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

7-4- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، سرپرستار اورژانس، سرپرستار CCU، سرپرستار CATH LAB، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

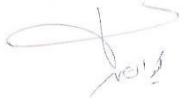
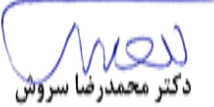
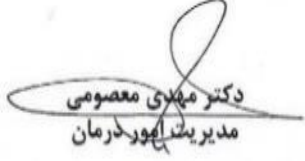
8- منابع و مراجع:

8-1- دستورالعمل دانشگاه علوم پزشکی تهران

8-2- دستورالعمل دانشگاه علوم پزشکی زنجان

8-3- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم- سال 1401



	عبدالله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار		زهرا اقصا دقي - سرپرستار CCU		تهیه کنندگان
 دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته ارتقای خدمات اورژانس مورخ 1403/08/16  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	 دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخه	
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۲/۰۴ بیمارستان نیکان غرب			