



1- هدف: هدف از تدوین این سند اطمینان از اجرای صحیح و ایمن انتقال بیماران بد حال و با شرایط حاد از بخش اورژانس و سایر بخش ها به بخش ویژه و حصول اطمینان از به کارگیری روش صحیح، تجهیزات کافی و سالم و مطابق با اصول استاندارد جهت جا به جایی ایمن بین بخش های بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای صحیح این سند در بخش های بالینی بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

1-3-جا به جایی بین بخشی: انتقال بیمار از یک بخش به یک بخش دیگر بر اساس شرایط بیمار و با دستور پزشک معالج

2-3-انتقال ایمن: به کار گیری تجهیزات لازم (اکسیژن، ساکشن، پالس اکسی متر، مانیتور پور تابل) و رعایت اصول صحیح و ایمن جا به جایی بیمار

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- مدیر پرستاری مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

2-4- تیم ایمنی بیمار مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را خود بر عهده دارد .

3-4- سوپروایزران، سرپرستاران و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5-دستور پزشک در مورد انتقال به بخش های ویژه باید توسط پرستار مسئول بیمار چک شود.

2-5- مشاوره مقیم بیهوشی یا قلب یا نوزادان باید توسط پزشک مقیم جهت انتقال بیمار به بخش های ویژه انجام گردد.

3-5- جهت انتقال بیمار به بخش های ویژه باید توسط مسئول شیفت با سوپروایزر بالینی وقت هماهنگ شود

4-5- هدف از انتقال بیمار، علت انتقال، بخش مورد نظر و زمان انتقال و...باید توسط پزشک/پرستار به بیمار و همراهانشان توضیح داده شود.

5-5- هماهنگی بخش مبدا(اورژانس یا عادی) با مسئول شیفت بخش ویژه(بخش مقصد) جهت انتقال بیمار باید توسط پرستار مسئول شیفت انجام شود و شرح حال بیمار شامل بیان وضعیت بالینی بیمار و نتایج ارزیابی های انجام شده و تجهیزات ایمن مورد نیاز جهت بستری در بخش ویژه و اقدامات تشخیصی و درمانی انجام گرفته و اطلاع داده شود.

6-5- فرم SBAR باید توسط پرستار تکمیل شود و تجهیزات لازم جهت انتقال بیمار به بخش ویژه شامل کپسول اکسیژن پرتابل، دستگاه الکتروشوک و پالس اکسیمتری و سایر تجهیزات (آمبویگ، ونتیلاتور،...) باتوجه به وضعیت بالینی بیمار توسط پرستار آماده شود.

7-5- بیمار باید توسط پرستار مسئول و کمک پرستار با برانکارد یا تخت و تجهیزات ایمن به بخش مربوطه انتقال داده شود.

8-5- وضعیت بالینی بیمار و اقدامات انجام شده از ابتدای تحویل بیمار تا لحظه انتقال به بخش ویژه توسط پرستار مسئول در گزارش پرستاری قید گردد.

9-5- وضعیت بالینی بیمار و اتصالات بر بالین بیمار باید توسط پرستار مسئول چک شود و مستندات پرونده و موارد قابل پیگیری توسط پرستار تحویل گیرنده کنترل گردد.

تبصره 1: تحویل بیماران با تکنیک SBAR توسط بخش مبدا و مقصد بر بالین بیمار و چهره به چهره انجام میشود.

10-5- تمامی اقدامات مربوط به تحویل و تحول در بخش مبدا و مقصد طبق دستورالعمل کشوری SBAR باید توسط پرستار و کمک پرستار انجام گیرد.

11-5- در صورت اقامت طولانی بیمار در بخش اورژانس و خالی نبودن تخت ویژه، مراقبت های لازم بخش ویژه مطابق "خط مشی و روش شناسایی و به موقع و رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری" به شماره مدرک WNH-PNP-NUR-00015-01 باید توسط پرستار مسئول بیمار با نظارت مسئول شیفت انجام گیرد.



12-5 فرایند صحیح انتقال بیمار حاد، باید توسط سوپروایزر و سرپرستار و مسئول شیفت نظارت گردد و موارد عدم انطباق توسط مسئول شیفت گزارش گردد.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند با همکاری دفتر پرستاری با دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزران بالینی به مدیر پرستاری و هر 6 ماه در کمیته ارتقاء خدمات اورژانس بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

1-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی و سوپروایزر آموزشی خواهد بود.
2-2-6- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی و پزشکان در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 2: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزران بالینی در فرم گزارش 24 ساعته و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سرپرستاران خطاب به مدیر پرستاری و مدیر درمان بصورت رونوشت به دفتر سنجش و پایش کیفیت انجام خواهد شد. اقدامات اصلاحی توسط سرپرستار بخش و یا سوپروایزر جهت جلوگیری از بروز مجدد خطا توسط سوپروایزر/سرپرستار انجام گردد.

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

1-7- تایید: پس از تایید مدیر درمان، کمیته ارتقاء خدمات اورژانس مرجع تایید این سند خواهد بود.
2-7- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.
3-7- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

4-7- بازنگری: این سند توسط دفتر پرستاری با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، مدیر پرستاری، دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

- 1-8- کتاب مرجع چک لیست های خدمات پرستاری
- 2-8- استاندارد های اعتبار بخشی-ویرایش پنجم- سال 1401



مدیر پرستاری	عبداله فلاحي کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	الهام محمودی سوپروایزر آموزشی	زهرآ پولاییان سوپروایزر بالینی	سلمان ملک زاده سرپرستار ICU OH	زهرآ اقصادقی سرپرستار CCU	داریوش عندلیبی دبیر کمیته ارتقای خدمات اورژانس	تهیه کنندگان
		تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته ارتقای خدمات اورژانس مورخ 1404/09/11 		تایید کننده جانشین رییس کمیته		تایید اولیه
نسخه کپی			دفتر سنجش و پایش کیفیت			توزیع نسخ	