



1- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل، افزایش دقت و سرعت در تشخیص بیماری ها و ارائه خدمات درمانی اورژانسی به بیماران و برقراری ارتباط مؤثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی تصویربرداری در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در بخش تصویربرداری، اورژانس، تمام بخش های بستری و کلینیک بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

1-3-نتایج بحرانی: به مواردی اطلاق می شود که پس از انجام پروسیجر بر روی بیمار و مشاهده ی مورد مشکوک لازم است بلافاصله به پزشک معالج بیمار اطلاع داده شود.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- سوپروایزر تصویربرداری مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.

2-4- مدیر درمان و مسئول فنی تصویربرداری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

3-4- کارشناسان بخش تصویربرداری مسئولیت اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- پس از انجام پروسیجر بر روی بیمار و مشاهده موارد مشکوک لیست شده به عنوان بحرانی، باید توسط کارشناس تصویربرداری به پزشک رادیولوژیست گزارش داده شود.

2-5- پس از مشاهده تصاویر بیمار، باید توسط پزشک رادیولوژیست مورد مشاهده شده تایید گردد.

3-5- توسط کارشناس تصویربرداری باید با پزشک معالج یا سرشیفت بخش بستری و سرپایی تماس گرفته شود و مراتب گزارش گردد و در صورتی که نیاز به آزمون های تکمیلی تصویربرداری باشد به پزشک معالج اعلام شود. در صورت ضرورت و نیاز به توضیحات تکمیلی، توسط پزشک رادیولوژیست با پزشک معالج تماس برقرار شود.

4-5- در مواردی که بیمار سرپایی از خارج بیمارستان مراجعه نموده است و بیمار مرکز را ترک کرده، باید توسط کارشناس تصویربرداری جهت مراجعه و دریافت نتیجه با بیمار تماس گرفته شود.

5-5- جهت سهولت در اجرای فرآیند، باید خطوط ارتباطی یک طرفه در تمامی بخش های بستری و کلینیک، به منظور اطلاع رسانی مقادیر بحرانی توسط کارشناس تصویربرداری به بخش ها، در نظر گرفته شود.

6-5- موارد بحرانی گزارش شده در بخش تصویربرداری باید توسط کارشناس تصویربرداری ثبت گردد.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای دستورالعمل توسط سوپروایزر تصویربرداری، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای دستورالعمل هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر تصویربرداری در کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

1-2-6- نظارت بر عملکرد کارشناسان تصویربرداری در اجرای صحیح سند بر عهده مسئول فنی تصویربرداری و سوپروایزر تصویربرداری خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد مسئول فنی تصویربرداری و سوپروایزر تصویربرداری در اجرای صحیح سند بر عهده مدیر درمان خواهد بود.



تبصره 1: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر تصویربرداری خطاب به مدیر درمان ، بصورت 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 دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، مسئول فنی تصویربرداری و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

8-1- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال 1401

مدیر پرستاری	عبداله فلاحي- کارشناس هماهنگ کننده آیتمی بیمار	دکتر ندا آذربی- مسئول فنی تصویربرداری	داریوش عندلیبی- دبیر کمیته ارتقای خدمات اورژانس	تهیه کنندگان
مدیر پرستاری	عبداله فلاحي- کارشناس هماهنگ کننده آیتمی بیمار	دکتر ندا آذربی- مسئول فنی تصویربرداری	داریوش عندلیبی- دبیر کمیته ارتقای خدمات اورژانس	تهیه کنندگان
دکتر محمد رضا سروش رییس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته ارتقای خدمات اورژانس مورخ 1404/09/11 دکتر مهدي معصومی مدیر پست اورژانس	تایید کننده جانشین رییس کمیته	تایید اولیه
تاریخ بازنگری بعدی 1405/10/01 بیمارستان نیکان غرب	کنترل شد 1404/11/04 بیمارستان نیکان غرب	دفتر سنجش و پایش کیفیت	توزیع نسخ	