



1- هدف : هدف از تدوین این سند، اطمینان از حفظ ایمنی بیمار و دارودهی ایمن و صحیح و پیشگیری از بروز خطای دارویی در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

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

3- تعاریف:

1-3- داروهای هشدار بالا (پرخطر): داروهایی که در صورت استفاده اشتباه، خطر آسیب قابل توجهی به بیمار دارند.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

1-4- مسئول فنی داروخانه بستری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارد.

2-4- سرپرستاران، سوپروایزران بالینی، مدیر پرستاری و پزشکان مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

3-4- مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را بر عهده دارد.

5- گام های دستورالعمل:

1-5- داروهای مخدر به عنوان داروی هشدار بالا می باشد. لذا شرایط انبارش، نگهداری و برچسب گذاری قرمز رنگ داروهای هشدار بالا باید توسط مسئول انبار دارویی جهت داروهای مخدر فراهم گردد.

2-5- استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر باید توسط مسئول فنی داروخانه بستری، پزشکان و پرستاران مد نظر واقع گردد.

3-5- داروهای مخدر در انبار دارویی، داروخانه، بخش های بستری، اتاق عمل و دفتر پرستاری باید توسط مسئول فنی داروخانه بستری/مسئول بخش در قفسه قفل دار بصورت حفاظت شده، با دسترسی کارکنان مسئول و معین نگهداری شود.

4-5- اطلاعات دارویی مربوط به داروهای مخدر، مانند اشکال دارویی، دوزها، طریقه آماده سازی، راه های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش و هشدارهای دارویی باید توسط رییس بخش مراقبت های دارویی در اختیار سرپرستاران و پرستاران قرار گیرد.

5-5- آموزش های لازم در ارتباط با تفاوت های مورفین و هیدرومورفین باید توسط رییس بخش مراقبت های دارویی به کادر بالینی ارایه گردد.

6-5- سامانه HIS باید توسط مسئول IT به سیستم های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی پس از ثبت داروی مخدر، متصل گردد.

7-5- داروی مخدر با توجه به اندیکاسیون های تجویز باید توسط پزشک معالج در برگ داروی مخدر به شماره مدرک "WNH-FRM-NUR-00130-04" ثبت گردد.

تبصره 1 : مطابق با استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم، سنجه ب-1-6-1، نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.

8-5- داروهای مخدر باید توسط پزشک معالج در نسخه با حروف درشت ثبت شود و نام، شکل و دوز دارو بصورت کامل و خوانا درج گردد(به کارگیری اختصارات ممنوع است).

تبصره 2 : تجویز داروهای مخدر بصورت تلفنی و شفاهی باید محدود گردد.

9-5- داروی مخدر ثبت شده در پرونده و پمپ هوشمند باید همانند پروتکل داروهای هشدار بالا، توسط پرستار مسئول بیمار در حضور پرستار شاهد چک و اجرا شود.

10-5- نسخه داروی مخدر باید توسط پرستار مسئول بیمار در سامانه HIS و به نام بیمار درج گردد.



- 11-5- بر روی وسایل مورد استفاده جهت تزریق داروی مخدر مانند سرنگ پمپ، سرم پمپ، میکروست و .. باید برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب توسط پرستار مسئول بیمار الصاق گردد.
- 12-5- اصول کلی دارودهی شامل داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، بیمار صحیح، مستندسازی صحیح، حق کارکنان و بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی تجویز شده باید توسط پرستار مسئول بیمار رعایت گردد.
- 13-5- در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته (مانند آپنه) باید توسط پرستار مسئول بیمار مد نظر قرار گیرد.
- 14-5- در خصوص استفاده از پمپ های مخدر، تمهیدات ایمنی لازم مطابق با دستورالعمل مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن به شماره مدرک "WNH-INS-NUR-00093-01" باید توسط تیم ایمنی بیمارستان رعایت گردد.
- تبصره 3:** الصاق برچسب قرمز رنگ بر روی پمپ های مخدر و کیسه دارویی پمپ های اپیدورال توسط پرستار الزامی است.
- تبصره 4:** عوارض داروهای مخدر باید توسط پرستار مسئول بیمار به بیمار/ همراه اطلاع رسانی گردد.
- 15-5- پوکه مصرفی داروی مخدر باید به همراه نسخه کاغذی تجویزی مسموم به مهر و امضای پزشک تجویز کننده/ معالج و امضای پرستار مسئول بیمار توسط سرپرستار/ مسئول شیفت به مسئول فنی داروخانه بستری تحویل گردد.
- 16-5- درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت ها باید توسط سرپرستاران/ مسئولین شیفت انجام گیرد.
- 17-5- تمام نسخ و پوکه های مصرفی داروهای مخدر باید توسط مسئول فنی داروخانه بستری مهر و امضا گردد.
- 18-5- در صورت باقی ماندن داروی مخدر، باقیمانده دارو باید بلافاصله توسط پرستار مسئول بیمار دور ریخته شود.
- 19-5- گزارش مصرف داروهای مخدر بصورت خروجی اکسل از سامانه HIS بیمارستان، باید توسط مسئول فنی داروخانه بستری در بازه های زمانی مشخص (روزانه/ هفتگی) در سامانه معرفی شده سازمان غذا و دارو بارگذاری گردد.
- 20-5- تمام مستندات (شامل فاکتور خرید داروهای مخدر، نسخ مصرفی، پوکه های مصرفی، ثبت مستندات مصرف در دفتر مخدر کاغذی و الکترونیک) باید توسط مسئول فنی داروخانه بستری در داروخانه بستری حفظ شود.
- 21-5- در زمان خرید مجدد داروی مخدر، مستندات بند 21-5 باید توسط رئیس بخش مراقبت های دارویی به سازمان غذا و دارو تحویل گردد.

6-پایش و نظارت:

- 1-6-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول فنی داروخانه بستری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، با همکاری 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 مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب به رئیس بخش مراقبت های دارویی و مدیر درمان و هر 6 ماه در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 2-6-نظارت: نظارت بر اجرای این سند به شرح ذیل خواهد بود:
- 1-2-6-نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستار بخش و سوپروایزر بالینی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول فنی داروخانه بستری خواهد بود.
- 2-2-6-نظارت بر عملکرد پزشکان در اجرای درست سند بر عهده مدیر درمان خواهد بود.
- 3-2-6-نظارت بر عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب بر عهده مدیر درمان و رئیس بخش مراقبت های دارویی خواهد بود.



تبصره 5: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب خطاب به رئیس بخش مراقبت های دارویی و 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 درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مرجع تایید این سند خواهد بود.

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

7-3- 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.

7-4- بازنگری: این سند توسط مسئول فنی داروخانه بستری با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، رییس بخش مراقبت های دارویی و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

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

مدیر پرستاری	عبداله فلاحي-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر پریسا درودیان مطلق- رییس بخش مراقبت های دارویی	دکتر زهرا یوسفی- مسئول فنی داروخانه بستری	تهیه کنندگان
هلن دلیری راد				
تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/10/22	تایید کننده جانشین رییس کمیته	دکتر مهتابی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان		دکتر مهتابی معصومی مدیر بیمارستان		
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۴/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب		کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب		