



- 1- هدف : هدف از تدوین این سند، اطمینان از اجرای صحیح و ایمن انتقال بیماران از بخش ویژه به سایر بخش ها 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- جابه 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- تیم دفتر پرستاری مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
 - 2-4- تیم ایمنی بیمار، سوپروایزران بالینی و سوپروایزر آموزشی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند .
 - 3-4- سرپرستاران و پرستاران مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
 - 5- گام های دستورالعمل:
 - 1-5- دستور انتقال بیمار به بخش، باید توسط پزشک معالج در پرونده بیمار ثبت گردد.
 - 2-5- انتقال بیمار از ICU و CCU به بخش عادی، علاوه بر پزشک معالج باید توسط پزشک بیهوشی/ قلب مقیم نیز تایید شود و در پرونده بیمار درج گردد.
 - 3-5- دستور پزشک معالج باید توسط پرستار مسئول بیمار چک شود و اقدامات لازم جهت انتقال بیمار انجام گیرد.
 - 4-5- علت انتقال بیمار، بخش مورد نظر و زمان انتقال و... باید توسط پزشک/پرستار به بیمار و همراهانش توضیح داده شود.
 - 5-5- جهت انتقال بیمار به بخش عادی باید توسط مسئول شیفت با سوپروایزر بالینی وقت هماهنگ شود.
 - 6-5- هماهنگی با مسئول شیفت بخش مقصد جهت انتقال بیمار باید توسط پرستار مسئول شیفت بخش مبدا انجام گیرد و شرح حال بیمار شامل وضعیت بالینی بیمار و اقدامات تشخیصی و درمانی انجام گرفته، اطلاع داده شود. (در صورت نیاز اعلام تهیه تشک مواج)
 - 7-5- پس از اخذ پذیرش بیمار، جهت انتقال بیمار باید تخت از بخش مقصد توسط کمک پرستار تحویل گرفته شود.
 - 8-5- جهت انتقال بیمار، باید تجهیزات لازم نظیر کپسول اکسیژن، آمبویگ، پالس اکسیمتری و ... با توجه به وضعیت بالینی بیمار، توسط پرستار آماده شود.
 - 9-5- داروهای بیمار که در بخش ویژه قطع شده اند باید توسط پرستار مسئول بیمار به داروخانه مرجوع گردد.
 - 10-5- برگ SBAR (از جمله تعداد شیت ها و مدارک بیمار) باید توسط پرستار تکمیل و به بخش مقصد تحویل داده شود (تمامی موارد خاص اعم از مخدر بیمار و یا داروی خاص باید در برگ SBAR ذکر گردد) .
 - 11-5- بیمار باید توسط پرستار مسئول و کمک پرستار، با برانکارد یا تخت و بصورت ایمن، در حضور همراه بیمار به بخش مربوطه انتقال داده شود.
 - 12-5- وضعیت بالینی و تمام اتصالات بیمار باید در طول مسیر توسط پرستار مسئول بیمار مرتباً کنترل و حضور موثر و مداوم بر بالین بیمار داشته باشد .
 - 13-5- تحویل بالینی بیمار باید بر اساس تکنیک SBAR توسط پرستار مسئول بیمار و با حضور ایشان در بخش مقصد، صورت گیرد و علایم حیاتی و وجود زخم و درجه آن در دفتر انتقال بیمار به بخش و برگ SBAR ثبت شود.
 - 14-5- مستندات پرونده و کاردکس و موارد قابل پیگیری توسط پرستار تحویل گیرنده کنترل گردد و با شرایط بیمار مطابقت داده شود.



15-5- نام بیمار باید از طریق HIS توسط پرستار مسئول بیمار به بخش مقصد انتقال داده شود.

16-5- تمامی اقدامات مربوط به تحویل و تحول در بخش مبدا و مقصد طبق "روش اجرایی پذیرش و جابجایی بین بخشی بیماران جهت مدیریت بهینه تخت های ایزوله و انجام خدمات حمایتی و درمانی و تشخیصی" به شماره مدرک : WNH-PRU-ICD-00030-02 باید توسط پرستار و کمک پرستار انجام گیرد.

تبصره 1: هیچ بیماری با پرفیوزر و پمپ درد (درپف TNG ، دوپامین ، نوراپی نفرین، مخدر ، آرام بخش) از ICU منتقل نمی گردد . و در صورت نیاز به ادامه پمپ درد در بخش، دستور ادامه باید مجدد مکتوب گردد .

تبصره 2 : هرگونه جابجایی بیمار بین هر دو ICU و دیگر بخش ها باید با اطلاع خانواده بیمار صورت گیرد.

6-پایش و نظارت:

1-6-پایش : فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط نماینده دفتر پرستاری 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 سوپروایزران بالینی به مدیر پرستاری و هر 6 ماه در کمیته ارتقای 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 بر عهده سوپروایزران بالینی خواهد بود .

2-2-6- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 3 ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر بالینی به ترتیب به مدیر پرستاری ، مدیر درمان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

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

2-7- تصویب و ابلاغ: رییس 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. رییس بیمارستان، مدیر درمان، مدیر پرستاری 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:

1-8- استاندارد های اعتبار بخشی-ویرایش پنجم- سال 1401



دارپوش عندلیبی سرپرستار اورژانس	وحید بیدی سرپرستار ICU	فرزانه امامی سرپرست بخش آرش	مهناز خادم حسینی سرپرستار سوزنا	حامد وجود سرپرستار نیما و یاس	زهره اقصاقدی سرپرستار CCU	سمیه راسخ سرپرستار دنا	سلمان ملک زاده سرپرستار ICO OH	زهره پولاییان سوپروایزر بالینی	عبداله فلاحتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	تهیه کنندگان		
مدیر پرستاری	تایید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته ارتقای خدمات اورژانس مورخ 1404/09/11 دکتر مهدی معصومی مدیریت بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان	تأیید اولیه	دفتر سنجش و پایش کیفیت	توزیع نسخ					
نسخه کپی							تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب				کنترل شد ۱۴۰۴/۱۱/۰۸ بیمارستان نیکان غرب	