



۱- هدف: این خطمشی با هدف افزایش آگاهی و توانمندی کادر درمان در شناسایی به موقع، ارزیابی سریع و رسیدگی صحیح به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری تدوین شده استاجرای این خط مشی با هدف پیشگیری از بروز آسیب های جدی و غیرقابل جبران، ارتقای کیفیت مراقبت، افزایش ایمنی بیمار و کاهش تأخیر در ارائه اقدامات درمانی حیاتی در بیمارستان نیکان انجام می گیرد.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بستری به جز اورژانس	
۳- تعاریف: ۳-۱- بیماران اورژانسی: بیماری است که به دلیل اختلال در یک یا چند عملکرد حیاتی بدن، در وضعیت تهدیدکننده حیات قرار دارد و نیازمند ارائه اقدامات فوری جهت پایداری می باشد. ۳-۲- شاخص های بالینی بیمار بد حال: کاهش سطح هوشیاری ($GCS < 13$) یا کاهش ناگهانی اختلال تنفسی: $RR > 30$ یا $A > 8$ $SpO_2 < 90\%$ با اکسیژن اختلال همودینامیک: $SBP < 90$ یا $MAP < 65$ تاکی کاردی شدید > 130 در دقیقه تشنج فعال یا مداوم، درد قفسه سینه همراه با علائم ناپایداری، خونریزی شدید، هر وضعیت پزشکی که توسط پرستار یا پزشک تهدیدکننده حیات تشخیص داده شود.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان، با استناد به اسناد بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، با هدف شناسایی به موقع و رسیدگی ایمن و مؤثر به بیماران بد حال در بخش های بستری تدوین شده است. بر اساس این سیاست، کلیه پرسنل درمانی موظف اند در صورت مشاهده علائم بد حالی، فوراً بیمار را شناسایی کرده، اطلاع رسانی نموده و در صورت نیاز تیم پاسخ اورژانسی را فعال کنند تا اقدامات درمانی بدون تأخیر و مطابق دستورالعمل های بالینی انجام شود.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مدیر پرستاری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	پزشک متخصص مقیم بیهوشی: مسئولیت رهبری و هدایت تیم کد و پاسخ اورژانسی بر عهده پزشک متخصص مقیم بیهوشی است که وظیفه مدیریت راه هوایی، پایداری وضعیت حیاتی بیمار و تصمیم گیری درباره انتقال وی به بخش مراقبت ویژه را بر عهده دارد.
۲-۶	پزشک متخصص مقیم (قلب، بیهوشی، زنان، اطفال): موظفند به صورت شبانه روزی در شرایط اورژانسی در بخش ها حضور یافته، بیمار را ارزیابی کرده و اقدامات درمانی لازم را بدون تأخیر انجام دهند.
۳-۶	پرستار مسئول شیفت: مسئولیت نظارت بر وضعیت بیماران، شناسایی سریع موارد بد حال و هماهنگی فوری با پزشک مقیم و سوپروایزر را برعهده دارد.
۴-۶	پرستار: مسئول ارزیابی مداوم بیمار، ثبت دقیق علائم حیاتی، گزارش فوری نشانه های بد حالی و اجرای اقدامات اولیه اورژانسی مطابق دستورالعمل هاست.
۵-۶	سوپروایزر بالینی: مسئول هدایت و نظارت بر روند مدیریت وضعیت های بحرانی در تمامی بخش های بستری است و موظف است موارد عدم انطباق را به مدیر پرستاری گزارش دهد.
۶-۶	مدیر پرستاری: پیگیری عدم انطباق های گزارش شده، اجرای اقدامات اصلاحی و ارجاع موارد مرتبط با حیطه پزشکی به مدیر درمان را برعهده دارد.
۷-۶	مدیر درمان: مسئول رسیدگی به عدم انطباق های مربوط به پزشکان و نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی و بهبود فرآیندهای درمانی مرتبط با مدیریت بیماران بد حال است.
۷- شیوه انجام کار:	
۷-۱- شناسایی بیماران بد حال اورژانسی در بخش های بستری عادی	
۱-۱-۷	پرستار در هر شیفت وضعیت بالینی بیمار را ارزیابی کرده و در صورت مشاهده هرگونه تغییر یا علائم هشدار، بلافاصله موضوع را به پرستار مسئول شیفت اطلاع می دهد.
۲-۱-۷	در صورت شناسایی بیمار بد حال، پرستار بخش فوراً موضوع را به پرستار مسئول شیفت گزارش می کند.



۳-۱-۷- پرستار مسئول شیفت کمک از همکاران، اقدامات اولیه را آغاز کرده و در صورت لزوم کد احیا را فعال می‌کند. وضعیت بیمار نیز به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود.	مسئول شیفت پرستار
۴-۱-۷- پس از اعلام کد، اعضای تیم احیا فوراً در محل حضور یافته و روند احیا تحت رهبری پزشک متخصص مقیم بیهوشی انجام می‌شود.	اعضای تیم احیا
۵-۱-۷- نیروهای انتظامات بلافاصله در بخش حاضر شده، فضای اتاق را خلوت کرده و همراه بیمار و سایر همراهان بخش را مدیریت می‌کنند.	انتظامات
۶-۱-۷- پزشک معالج پس از دریافت خبر وضعیت اورژانسی، در اولین فرصت بر بالین بیمار حاضر می‌شود.	پزشک معالج
۷-۱-۷- در صورت موفقیت احیا، سوپروایزر هماهنگی لازم برای انتقال بیمار به بخش ویژه را انجام می‌دهد. بیمار تا زمان انتقال به ICU در نزدیک‌ترین اتاق مشرف به ایستگاه پرستاری نگهداری شده و مراقبت‌های پزشکی و پرستاری طبق پروتکل ادامه می‌یابد.	سوپروایزر پرستار
۸-۱-۷- پرستار و در صورت نیاز متخصص یا تکنسین بیهوشی یا پرستار ویژه، بیمار را همراه با تجهیزات ضروری شامل اکسیژن، پالس اکسیمتری و مانیتور پرتابل، به صورت ایمن به بخش ویژه منتقل می‌کنند.	پرستار کمک پرستار
۹-۱-۷- در صورت ناموفق بودن احیای قلبی ریوی، پزشک معالج نسبت به تکمیل فرم پزشکی قانونی یا جواز دفن اقدام کرده و بیمار توسط کمک پرستار و با هماهنگی انتظامات به واحد مورگ منتقل می‌شود.	پزشک پرستار کمک پرستار
۱۰-۱-۷- اگر وضعیت بیمار بدحال بوده ولی نیاز به فعال‌سازی کد احیا ندارد، پرستار بخش فوراً شرایط را به پزشک مقیم، سوپروایزر و پزشک معالج گزارش داده و تا زمان حضور پزشک مقیم مراقبت‌های لازم را انجام می‌دهد.	پرستار
۱۱-۱-۷- پزشک مقیم در اسرع وقت بر بالین بیمار حاضر شده و با ثبت دستورات در پرونده، روند درمانی را مشخص می‌کند.	پزشک متخصص مقیم
۱۲-۱-۷- پزشک مقیم در صورت نیاز بیمار، انتقال به بخش ویژه را درخواست می‌کند و در غیر این صورت دستور ادامه مراقبت در همان بخش را ثبت می‌نماید.	پزشک متخصص مقیم
۱۳-۱-۷- پرستار مسئول شیفت دستورات پزشک مقیم را به پزشک معالج اطلاع داده و پس از تأیید، آن‌ها را اجرا می‌کند. در صورت صدور دستورات تلفنی توسط پزشک معالج، پرستار باید مطابق خط‌مشی دستورات تلفنی و با حضور پرستار شاهد، آن را ثبت و اجرا نماید.	پرستار مسئول شیفت
۱۴-۱-۷- پرستار مسئول شیفت برای پایش بهتر و حفظ آرامش سایر بیماران، بیمار بدحال را به نزدیک‌ترین اتاق مشرف به ایستگاه پرستاری منتقل می‌کند. در صورت موافقت همراه و تأیید سوپروایزر، بیمار در اتاق خصوصی بستری می‌شود. در غیر این صورت اتاق بیمار با فردی با شرایط مشابه جایگزین خواهد شد و از بستری کردن افراد حساس از جمله کودکان یا نوجوانان در این اتاق اجتناب می‌شود.	پرستار مسئول شیفت
۱۵-۱-۷- پرستار تجهیزات حیاتی همچون ترالی کد و دستگاه الکتروشوک را در دسترس و آماده استفاده در کنار بیمار قرار می‌دهد.	پرستار
۱۶-۱-۷- پرستار مسئول بیمار آموزش‌های لازم درباره علائم خطر و تغییرات مهم در وضعیت بیمار را به همراه وی ارائه می‌دهد.	پرستار
۷-۲- شناسایی بیماران بدحال اورژانسی در بخش ویژه	
۱-۲-۷- پرستار بخش ویژه در صورت مشاهده علائم بدحالی فوراً موضوع را به پزشک مقیم بخش ویژه و سوپروایزر اطلاع داده و در صورت لزوم احیای قلبی ریوی را با همکاری سایر پرسنل آغاز می‌کند تا پزشک متخصص بیهوشی برسد.	پرستار بخش ویژه



۲-۲-۷- در صورت نیاز به حضور سایر متخصصین (قلب، بیهوشی و...) پرستار مسئول شیفت موظف به اطلاع‌رسانی فوری است.	پرستار مسئول شیفت	
۳-۲-۷- پس از اقدامات حیاتی، بیمار به نزدیک‌ترین تخت مشرف به ایستگاه پرستاری منتقل می‌شود.	مسئول شیفت بیمار	
۴-۲-۷- اقدامات درمانی فوری طبق دستور پزشک مقیم (بیهوشی یا قلب) و با تأیید پزشک معالج انجام می‌شود.	پزشک و پرستار	
۵-۲-۷- تمام تغییرات وضعیت بالینی، علائم حیاتی و اقدامات انجام‌شده باید به‌صورت کامل، دقیق و زمان‌دار در گزارش پرستاری ثبت شود.	پرستار	
۶-۲-۷- تمامی اعضای تیم درمان در تمام مراحل مراقبت و درمان موظف به رعایت کامل حریم خصوصی بیمار هستند.	تیم ارائه دهنده مراقبت	
۷-۲-۷- در صورت نیاز بیمار به جراحی فوری، پرستار پس از اطلاع به پزشک معالج، اقدامات پیش‌عمل را سریعاً انجام می‌دهد.	پرستار	
۸-۲-۷- پس از اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک، پرستار مسئول شیفت با مسئول اتاق عمل هماهنگی لازم برای انتقال اورژانسی بیمار را انجام داده و گزارش وضعیت را ارائه می‌دهد. تبصره ۱: مطابق با دستورالعمل، اخذ رضایت آگاهانه در موارد فوریت های پزشکی ضروری نمی‌باشد. فوریت پزشکی به مواردی اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنان‌چه اقدام فوری به عمل نیاید، باعث خطرات جدی، نقص عضو یا عوارض صعب العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.	پرستار مسئول شیفت	
۹-۲-۷- در صورت نبود فرصت کافی برای تشکیل کامل پرونده قبل از انتقال، تکمیل مدارک بلافاصله پس از انتقال بیمار به بخش ویژه یا اتاق عمل انجام می‌شود.	پرستار متصدی پذیرش	
۱۰-۲-۷- پرستار و کمک‌پرستار بیمار را همراه با تجهیزات حیاتی به‌صورت ایمن منتقل کرده و گزارش ISBAR را به پرستار مقصد ارائه می‌دهند.	پرستار و کمک پرستار	
۷-۳- درخصوص بیماران مبتلا به بیماری های واگیردار و عفونی (مثال: کووید...)		
۷-۳-۱- در کل مراحل مراقبت، استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت کامل احتیاطات استاندارد الزامی است. بیمار در اتاق ایزوله یا خصوصی با تهویه مناسب بستری می‌شود و تعداد افراد تیم درمان محدود می‌گردد.	پرستار کمک پرستار	
۲-۳-۷- تجهیزات بیمار باید اختصاصی باشد و در صورت نیاز به استفاده مشترک، پس از هر بار مصرف با الکل ۷۰٪ ضدعفونی شود. اقدامات تشخیصی و درمانی (رادیولوژی، دیالیز، اکو و...) ترجیحاً به‌صورت پرتابل انجام می‌شود. پس از انتقال بیمار، اتاق و تمامی تجهیزات طبق دستورالعمل ضدعفونی شسته و گندزدایی می‌شود.	پرستار کمک پرستار	
ضمیمه ۱: جدول شناسایی شرایط بحرانی و تهدید کننده حیات:		
ردیف	اندیکاسیون	توضیحات
۱	بیماران با دیسترس حاد تنفسی	بیماران دچار تنگی نفس حاد با علائم غیر طبیعی RR≥۲۰، اشباع اکسیژن شریانی زیر ۸۵، استفاده از عضلات فرعی تنفسی شامل ادم حاد ریوی، آسم متوسط تا شدید، آمبولی ریوی، اپیگلو تیت حاد، COPD تشدید یافته، اسپاسم حاد برونشیا ناشی از حساسیت و آنافیلاکسی، پنومو توراکس، همو توراکس، بیماران نیازمند انتوباسیون یا حمایت تنفسی مکانیکی
۲	بیماران بدحال یا دچار شوک	بیمارانی که به هر دلیلی دچار علائم شوک شامل افت فشار سیستول (90≥SBP) (Arterial Base Deficit 20/min) ، HR>100/min تاکیکاردی، تاکی پنه علائم کاهش پرفیوژن بافتی (مثل: کاهش سطح هوشیاری و اولیگوری و نارسایی ارگان ها) هستند انواع شوک شامل: شوک کاردیوژنیک، شوک سپتیک، شوک نوروزنیک، شوک هیپوولمیک، شوک آنافیلاکتیک



۳	بیماران کاهش سطح هوشیاری	بیماران دچار افت سطح هوشیاری ۱۳ یا کمتر بیماران دچار مسمومیت حاد، سکنه مغزی، مننژیت و انسفالیت، انسفالوپاتی کبدی، دلبریوم، مراقبت بعد از احیا، تشنج استاتوس
۴	بیماران دچار درد حاد سینه	بیماران دچار درد سینه که وضعیت تهدید کننده حیات داشته و نیازمند مانیتورینگ هستند و توسط نوار قلبی یا آنزیمهای قلبی یا سی تی اسکن یا سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی تایید شده باشد هرنوع سکنه قلبی یا آنزین صدری ناپایدار با تغییرات نوار یا آنزیمی، داپسکشن آئورت تایید شده با سی تی اسکن، آمبولی ریه تایید شده با سی تی اسکن یا آنزیم، پریکاردیت و تامپوناد تایید شده با نوارقلب یا سونوگرافی یا اکوکاردیوگرافی
۵	بیماران دچار دیس ریتمی های تهدید کننده حیات	آریتمی با نوار قلب و مونیتورینگ قلبی: شامل دیس ریتمی تهدید کننده حیات (فیبریلاسیون دهلیزی با پاسخ بطنی سریع، فیبریلاسیون بطنی، تکیکاردی فوق بطنی و بطنی، برادی کاردی، آریتمی های ناشی از اختلالات الکترولیتی بیماران نیازمند کاردیوورژن)
۶	اختلالات خونریزی دهنده حاد	خونریزیهای حاد و فعال شامل: خونریزیهای حاد و فعال گوارشی، خونریزی های فعال شریانی، خونریزی حاد و فعال زنان، بینی و مغزی
۷	موارد تهدید کننده حیات	هر گونه اختلالی که تهدید کننده حیات انسان یا عضو باشد مثال: آپنه یا گسپینگ تنفسی، سندرم کمپارتمان، احتمال قریب الوقوع کریزمیاستنی گراویس، ضعف یا عدم وجود نبض، نارسایی حاد کلیه، تشنج استاتوس، اکلامپسی

۸- پایش و نظارت:

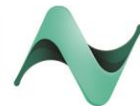
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده سرپرستار بخش می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.
۸-۲- نظارت: مدیر درمان از طریق برقراری تماس سوپروایزر بالینی در ساعات مختلف و در طول شبانه روز و از طریق مدیر پرستاری و از طریق راندهای غیر مترقبه و پیگیری گزارشات روزانه از کارشناس نظارت بر درمان و سوپروایزران بالینی و پیگیری وضعیت بیمارانی که دچار وضعیت اورژانسی شده اند بر اجرای صحیح خط مشی نظارت دارد.

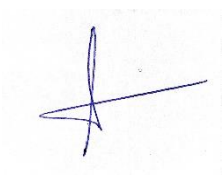
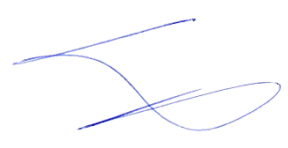
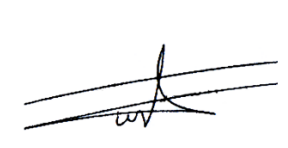
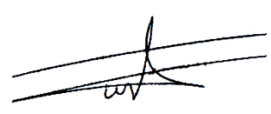
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۹-۱- تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این خط مشی خواهد بود.
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این خط مشی خواهد بود.
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این خط مشی در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این خط مشی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.
۹-۴- بازنگری: این خط مشی توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته پایش و سنجش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این خط مشی را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران، دوره پنجم سال ۱۴۰۱
۱۰-۲- دستورالعمل تریاژ، ویرایش چهارم
۱۰-۳- راهنمای مراقبت بحرانی از بیماران بد حال (اطفال و بزرگسالان)، ناظران ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، خرداد ماه ۱۳۹۴
۱۰-۴- کتاب استانداردهای حرفه ای و مراقبتی پرستاری، دکتر سید حسن امامی رضوی و اعظم گیوری، ۱۳۹۰



تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتبار بخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تائید کننده	تائید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		مهتاب زمانی مدیر پرستاری	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	