



۱- هدف: این دستورالعمل با هدف پیشگیری از مصرف بیش از حد مجاز، بروز خطاهای دارویی و استفاده نادرست از داروهایی که توسط مدیریت دارویی به عنوان داروهای هشدار بالا (High Alert Medications) معرفی و ابلاغ می‌شوند، تدوین گردیده است.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، داروسازان، پرستاران و کمک‌بهباران در تمامی بخش‌های بیمارستانی که در فرآیند تجویز، آماده‌سازی، توزیع و مصرف داروهای بیماران نقش دارند.	
۳- تعاریف: -	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، به‌منظور حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و اجرای مداخلات پیشگیرانه تدوین شده است. این سیاست با هدف رعایت استانداردهای مربوط به داروهای پرخطر (High-Alert Medications) و تضمین استفاده ایمن از آن‌ها، از طریق برنامه‌ریزی منسجم و تقویت کار تیمی مؤثر اجرا می‌شود.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مدیر پرستار، مسئول فنی داروخانه بستری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فنی داروخانه بستری: مسئولیت نظارت بر برچسب‌گذاری صحیح، انبارش ایمن و تفکیک داروهای پرخطر در داروخانه و بخش‌های درمانی را بر عهده دارد. همچنین بر مدیریت فرآیندهای دارویی در اتاق تریتمنت بخش‌ها نظارت نموده و از رعایت استانداردهای دارویی، ایمنی بیمار و کیفیت فرآیندهای درمانی اطمینان حاصل می‌نماید.
۲-۶	داروساز: مسئول نظارت بر فرآیند تجویز دارو در بخش‌های بستری، به‌ویژه داروهای پرخطر است. وی بر مستندسازی صحیح در پرونده بیمار و کاردکس دارویی نظارت داشته، موارد عدم انطباق را شناسایی نموده و اقدامات اصلاحی لازم را انجام داده و در سامانه مربوطه ثبت می‌نماید.
۳-۶	سوپروایزر ایمنی: مسئول پایش رعایت اصول ایمنی دارویی، شناسایی خطرات و موارد عدم انطباق مرتبط با داروهای پرخطر و پیگیری اقدامات اصلاحی در راستای ارتقای ایمنی بیمار می‌باشد. همچنین گزارش‌های مرتبط با خطاها و وقایع نزدیک به خطا را بررسی و تحلیل می‌نماید.
۴-۶	سوپروایزر آموزش: مسئول آگاه‌سازی و آموزش پرستاران در خصوص اصول صحیح شناسایی و مصرف داروهای هشدار بالا می‌باشد. همچنین پایش اجرای دستورالعمل، شناسایی موارد عدم انطباق، پیگیری اقدامات اصلاحی و ارائه گزارش به مدیر پرستاری را بر عهده دارد.
۵-۶	کلیه سوپروایزران: اجرای صحیح این دستورالعمل توسط سوپروایزرهای بالینی، ایمنی بیمار، کنترل عفونت و آموزش به‌صورت مستمر پایش و ارزیابی می‌گردد و موارد عدم انطباق جهت انجام اقدامات اصلاحی به سرپرستار بخش و مدیر پرستاری گزارش می‌شود.
۶-۶	پرستار: مسئول شناسایی داروهای پرخطر، رعایت اصول ایمن دارودهی، کنترل دقیق دارو پیش از مصرف و انجام چک مستقل دوگانه در زمان آماده‌سازی و تزریق داروهای هشدار بالا می‌باشد.
۷- شیوه انجام کار:	مسئول اجرا
۱-۷ فهرست داروهای پرخطر با هشدار بالا (۱۲ گانه) و فهرست الکترولیت‌های با غلظت بالا باید در اتاق تریتمنت هر بخش در محل مناسب نصب شود.	سرپرستار مسئول فنی داروخانه بستری
۲-۷ کمد یا باکس اختصاصی نگهداری داروهای پرخطر با هشدار بالا (۱۲ گانه) باید در اتاق تریتمنت هر بخش مشخص شده و در محل مناسب نگهداری شود.	سرپرستار
۳-۷ چک‌لیست داروهای پرخطر با هشدار بالا (۱۲ گانه) باید در اتاق تریتمنت در دسترس باشد و موجودی آن در هر شیفت کاری بررسی و ثبت شود.	سرپرستار پرستار
۴-۷ داروهای پرخطر با هشدار بالا (۱۲ گانه) باید حداقل در ابتدای هر ماه از نظر تاریخ انقضا بررسی شوند و در صورت مشاهده داروی نزدیک به انقضا یا منقضی، اقدامات لازم مطابق ضوابط انجام گردد.	سرپرستار پرستار
۵-۷ نام دارو، دوز و شکل دارویی باید بر روی باکس داروهای پرخطر با پس‌زمینه قرمز درج شود تا امکان شناسایی سریع آن فراهم گردد.	سرپرستار مسئول فنی داروخانه بستری
۶-۷ برچسب قرمز باید در قسمت پایین داروهای پرخطر به‌گونه‌ای الصاق شود که مشخصات دارو و تاریخ انقضای آن پوشانده نشود.	سرپرستار مسئول فنی داروخانه بستری
۷-۷ محل مشخص، ایمن و دارای نور کافی در اتاق تریتمنت باید برای آماده‌سازی داروهای پرخطر در نظر گرفته شود.	سرپرستار



پرستار	۸-۷- بر روی تمامی پمپ‌های مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر باید برچسب قرمز مخصوص داروهای هشدار بالا نصب گردد.
پرستار سوپروایزر آموزشی داروساز بخش	۹-۷- پرستار موظف است از نحوه صحیح رقیق‌سازی، آماده‌سازی و مصرف داروهای پرخطر آگاهی کامل داشته باشد.
پزشک پرستار داروساز	۱۰-۷- دستور داروهای پرخطر باید توسط پزشک در پرونده بیمار به‌صورت واضح و خوانا ثبت شود و از تجویز شفاهی یا تلفنی این داروها حتی‌المقدور اجتناب گردد و تنها در موارد ضروری قابل قبول باشد.
پزشک داروساز	۱۱-۷- نسخه‌نویسی داروهای پرخطر ترجیحاً باید توسط پزشک متخصص یا سطوح بالاتر انجام شود.
پزشک داروساز	۱۲-۷- در نسخه‌نویسی و نسخه‌برداری داروهای دارای اسامی مشابه باید از روش نگارش TALL MAN LETTERING (استفاده از حروف بزرگ در بخش متمایز نام دارو) استفاده شود؛ به‌عنوان مثال: DoBUTamine در مقابل DOPamine.
پزشک/پرستار/داروساز	۱۳-۷- در زمان آماده‌سازی و تزریق داروهای پرخطر باید چک مستقل دوگانه توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای درمان به‌صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
پزشک/پرستار/داروساز	۱۴-۷- دستور پزشک قبل از اجرا باید توسط دو پرستار بررسی شده و مهر و امضای هر دو پرستار در برگه دستورات ثبت گردد.
پرستار	۱۵-۷- در گزارش پرستاری باید به تزریق داروی پرخطر و انجام چک مستقل دوگانه توسط دو پرستار اشاره شده و نام پرستاران نیز ثبت گردد.
پرستار	۱۶-۷- علائم حیاتی بیمار در حین دریافت داروهای پرخطر باید به‌صورت مستمر پایش شده و در پرونده بیمار ثبت گردد.
پرستار	۱۷-۷- در هنگام تجویز انسولین باید کلمه «واحد» به‌صورت کامل، خوانا و واضح در انتهای مقدار داروی تجویزی نوشته شود.
پرستار	۱۸-۷- انسولین باید در یخچال بخش و در محل اختصاصی داروهای پرخطر با برچسب مشخص نگهداری شود.
پرستار	۱۹-۷- در هنگام تجویز انسولین باید کلمه «واحد» به‌صورت کامل، خوانا و واضح در انتهای مقدار داروی تجویزی نوشته شود.
پرستار	۲۰-۷- داروهای مخدر و تسکین‌دهنده‌های قوی درد باید در داروخانه و بخش‌های بستری در کمد قفل‌دار و به‌صورت جداگانه نگهداری شوند.
پرستار	۲۱-۷- فهرست داروهای مخدر باید در هر شیفت بررسی شده و سوابق آن در دفتر مخصوص داروهای مخدر ثبت گردد.
پرستار	۲۲-۷- داروی مخدر آماده یا کشیده‌شده نباید در بخش بدون مصرف باقی بماند و باید بلافاصله طبق دستور پزشک مصرف یا مطابق ضوابط امحاء گردد.
مسئول فنی داروخانه بستری	۲۳-۷- داروهای مخدر در زمان تعویض شیفت باید به‌صورت رسمی تحویل و تحول شده و سوابق آن در دفتر مربوطه ثبت گردد.
سوپروایزر ایمنی	۲۴-۷- وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیرایمن داروهای با هشدار بالا به‌طور مستمر گزارش شده و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها انجام شود.

۸- پایش و نظارت:

- ۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده مسئول فنی داروخانه بستری می‌باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.
۸-۲- نظارت: مسئول فنی داروخانه بستری از نحوه ثبت و گزارش موارد عدم انطباق‌ها بر اجرای صحیح دستورالعمل نظارت دارد.

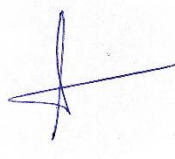
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

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



۱۰- منابع و مراجع:

- ۱-۱۰ راهنمای "داروهای با هشدار بالا" فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه ایمنی بیمار دی ۱۳۹۴
 ۲-۱۰ کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران سال ۱۴۰۱

تهیه کنندگان			
			فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی
			
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقر نیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	