



۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل، ارتقای ایمنی بیماران و اعضای تیم درمان در محیط‌های جراحی و هنگام انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و همچنین کاهش احتمال بروز خطاهای جراحی و خطاهای مرتبط با پروسیجرها می‌باشد. این دستورالعمل با هدف بهبود شرایط کاری در اتاق‌های عمل، پیشگیری از عفونت‌ها و تضمین ارائه مراقبت‌های ایمن قبل، حین و پس از جراحی طراحی شده است.	
۲- دامنه کاربرد: بخش‌های بالینی، اتاق‌های عمل (جنرال- زنان- اسکوپ- کت لب)	
۳- تعاریف: ۱-۳ تیم جراحی/ پروسیجر: شامل جراح اصلی، کمک جراح، متخصص بیهوشی، کارشناس بیهوشی، پرستار اسکراب، پرستار سیرکولر و پرستاران اسکوپ و کت لب.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان، مبتنی بر اسناد بالادستی ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی، بر حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و اعضای تیم درمان تأکید دارد. در همین راستا، با هدف پیشگیری از خطرات و خطاهای احتمالی مرتبط با جراحی‌ها و انواع پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، برنامه‌ریزی منسجم، اجرای مراقبت‌های ایمن و تقویت کار تیمی مؤثر در تمامی مراحل قبل، حین و پس از جراحی در دستور کار قرار دارد.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر درمان، مدیر پرستاری، سرپرستاران اسکوپ و کت و لب و سوپروایزر اتاق عمل	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶ پزشک جراح: مسئولیت ارزیابی دقیق بیمار پیش از عمل جراحی، اطمینان از آمادگی بیمار برای انجام عمل، اجرای صحیح و ایمن تکنیک‌های جراحی، هماهنگی و تعامل مؤثر با اعضای تیم جراحی، پیشگیری از بروز عوارض احتمالی و مدیریت وضعیت بیمار در حین عمل و پس از آن را بر عهده دارد.	۱-۶
۲-۶ سوپروایزر و سرپرستاران اتاق عمل: مسئول نظارت بر حسن اجرای استانداردها و اصول جراحی ایمن در اتاق عمل، هماهنگی مؤثر میان اعضای تیم جراحی و پایش روند ارائه مراقبت‌های ایمن می‌باشند. همچنین وظیفه دارند بر وضعیت بیمار قبل، حین و پس از جراحی/ پروسیجر نظارت نموده و از رعایت الزامات ایمنی اطمینان حاصل نمایند. در صورت بروز مشکلات یا شرایط بحرانی، موظفند با اتخاذ تصمیمات به‌موقع و مؤثر و هماهنگی با تیم درمان، اقدامات لازم را جهت حفظ ایمنی بیمار انجام دهند.	۲-۶
۳-۶ کارکنان اتاق‌های عمل: مسئولیت آشنایی کامل با مفاد دستورالعمل جراحی ایمن و اجرای دقیق آن در تمامی مراحل قبل، حین و پس از جراحی را بر عهده دارند. همچنین موظفند در اجرای چک‌لیست جراحی ایمن، رعایت اصول استریلیتی، برقراری ارتباط و همکاری مؤثر با اعضای تیم جراحی، شناسایی و گزارش هرگونه خطر بالقوه یا عدم انطباق با اصول ایمنی مشارکت فعال داشته و در راستای حفظ ایمنی بیمار و تیم درمان تلاش نمایند.	۳-۶
مدیر درمان: مسئولیت نظارت بر رعایت استانداردهای حرفه‌ای پزشکی و اطمینان از ارائه مراقبت‌های ایمن به بیمار در مراحل قبل، حین و پس از عمل جراحی را از طریق پایش مستمر و دریافت گزارش‌های لازم از اعضای تیم درمان بر عهده دارد. همچنین در صورت بروز شرایط بحرانی، مدیر درمان موظف است تصمیمات به‌موقع، مؤثر و مبتنی بر پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی اتخاذ نموده و نسبت به حفظ ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خدمات جراحی اطمینان حاصل نماید.	۴-۶
سوپروایزر ایمنی و آموزش: مسئولیت برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های لازم به‌منظور آگاه‌سازی کارکنان اتاق عمل در خصوص اصول و الزامات دستورالعمل جراحی ایمن را بر عهده دارد و موظف است بر ارتقای دانش و مهارت کارکنان در اجرای صحیح این دستورالعمل نظارت نماید.	۵-۶
مدیر پرستاری: مسئولیت نظارت کلی بر حسن اجرای دستورالعمل جراحی ایمن در واحدهای مرتبط، برنامه‌ریزی و حمایت از آموزش کارکنان پرستاری و اتاق عمل در خصوص اصول جراحی ایمن، پایش اجرای صحیح فرآیندها و پیگیری موارد عدم انطباق را بر عهده دارد. همچنین موظف است با همکاری سایر مدیران و اعضای تیم درمان، اقدامات اصلاحی لازم را در راستای ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت خدمات جراحی برنامه‌ریزی و اجرا نماید.	۶-۶
۷- شیوه انجام کار:	
۱-۷ گام ۱: تأیید بیمار، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل:	
۱-۱-۷ تأیید بیمار، موضع و پروسیجر از زمان اخذ تصمیم به عمل بیمار تا هنگام انجام عمل جراحی به شرح ذیل انجام شود:	➤ در هنگام برنامه ریزی و زمان بندی عمل جراحی ➤ در هنگام پذیرش یا ورود به اتاق ➤ در هر زمان که مسئولیت مراقبت از بیمار به فرد دیگری منتقل شد. ➤ قبل از ورود بیمار به اتاق عمل
تیم جراحی/ پروسیجر	



تیم جراحی/ پروسیجر	۱-۲-۷- گام یک با مشارکت بیمار بیدار و آگاه و کلیه اعضای تیم درمانی واز طریق شناسایی و علامت گذاری بیمار و در طی اخذ رضایت آگاهانه از وی و تأیید موضع، طرف بدن و پروسیجر با بررسی و کنترل پرونده، کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.
۲-۲-۷- گام ۲: علامت گذاری موضع عمل	
پزشک جراح یا جانشین	۱-۲-۷- موضع یا مواضع عمل در ارگان های قریب طرفی، چند ساختاری، (انگشتان دست و پا و دنده ها)، سطوح چندگانه (ستون مهره ها) علامت گذاری شود.
پزشک جراح یا جانشین	۲-۲-۷- علامت گذاری بر روی یا در مجاورت موضع عمل انجام شود.
پزشک جراح یا جانشین	۳-۲-۷- علامت گذاری کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی موضع عمل پاک نشود، انجام گردد.
پزشک جراح یا جانشین	۴-۲-۷- علامت گذاری موضع عمل بایستی توسط جراح که عمل جراحی را انجام می دهد صورت پذیرد. به منظور عملیاتی نمودن این وظیفه، جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نماید که آن فرد در تمام مدت جراحی به ویژه در هنگام انسزیون در اتاق عمل حضور داشته باشد.
پزشک جراح یا جانشین	۵-۲-۷- به علت اهمیت مشارکت فعال بیمار، علامت گذاری موضع عمل تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار انجام شود.
۳-۷- گام ۳: وقفه/درنگ جراحی، وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل، قبل از برش پوست به منظور تأیید بیمار، پروسیجر و موضع عمل با انجام اقدامات ذیل انجام شود:	
تیم جراحی/ پروسیجر	۱-۳-۷- با حضور کلیه اعضای تیم جراحی، وضعیت مناسب بیمار برای جراحی را تأمین کنید و از وجود هر گونه ایمپلنت یا تجهیزات خاص اطمینان حاصل نمایید. هر گونه دغدغه یا عدم انسجام را مستند کنید.
تیم جراحی/ پروسیجر	۲-۳-۷- اطمینان حاصل کنید که بیمار از وجود برگه رضایت آگاهانه به زبان قابل درک خود آگاه شود، به گونه ای که بیمار کاملاً از عوارض، موضع جراحی، سطح و طرف جراحی و هزینه های عمل آگاه باشد.
تیم جراحی/ پروسیجر	۳-۳-۷- در موارد اورژانسی که احتمال مرگ یا قطع عضو وجود دارد، اخذ رضایت آگاهانه به طور کامل قابل تعویق است.
تیم جراحی/ پروسیجر	۴-۳-۷- قبل از القای بیهوشی، یکی از اعضای تیم جراحی شناسایی بیمار را به صورت فعال انجام دهد. این کار باید با پرسش از بیمار به صورت کلامی و با استفاده از تطابق خود بیمار با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی بیمار تأیید گردد. برای این منظور، علاوه بر نام و نام خانوادگی بیمار، تأیید شناسه های ضروری دیگر (مانند تاریخ تولد به روز، ماه و سال) الزامی است.
تیم جراحی/ پروسیجر	۵-۳-۷- یکی از اعضای تیم باید رضایت آگاهانه بیمار را تأیید کرده و موضوع و پروسیجر صحیح را نیز با بیمار تأیید کند. پرستار اتاق عمل و متخصص بیهوشی باید علامت گذاری موضوع را کنترل کرده و آن را با مستندات پرونده بیمار تطبیق دهند.
تیم جراحی/ پروسیجر	۶-۳-۷- به عنوان اقدام ایمنی نهایی، تیم جراحی باید به صورت همزمان و مستقل از یکدیگر، موضوع پروسیجر صحیح را قبل از برش پوست برای جراحی تأیید کنند. بدین منظور، جراح باید با صدای بلند نام و نام خانوادگی بیمار، نام عمل جراحی، طرف و موضوع جراحی را اعلام کرده و پرستار و متخصص بیهوشی باید صحت اطلاعات را تأیید نمایند.
۴-۷- به منظور ایمنی بیهوشی، توصیه اکید شود که اقدامات زیر به طور کامل انجام شود:	
تیم بیهوشی	۱-۴-۷- برای کلیه بیماران تحت بیهوشی عمومی، باید ذخیره اکسیژن مناسب موجود باشد. اکسیژن بافتی و تهویه باید به صورت مستمر با استفاده از پالس اکسی متر با صدای قابل تنظیم پایش شود. صدای پالس اکسی متر باید به حد کافی بلند باشد که در کل فضای اتاق عمل شنیده شود.
تیم بیهوشی	۲-۴-۷- سمع و مشاهده کفایت راههای هوایی و تهویه را در بیماران تحت بیهوشی عمومی به صورت مستمر پایش نمایید. در صورت بکارگیری تهویه مکانیکی، از آلارم جداسازی از دستگاه باید استفاده شود.
تیم بیهوشی	۳-۴-۷- گردش خون باید به صورت مستمر با سمع و لمس ضربان قلب یا نمایش تعداد ضربان قلب بر روی مانیتور قلبی یا پالس اکسیمتر پایش شود.



تیم بیهوشی	۴-۴-۷- فشارخون شریانی حداقل هر ۵ دقیقه یا در فواصل زمانی کوتاه‌تر بسته به وضعیت‌های بالینی باید اندازه‌گیری شود.
تیم بیهوشی	۵-۴-۷- در کودکان یا بیماران با بیهوشی طولانی مدت یا پیچیده، وسیله اندازه‌گیری درجه حرارت بدن باید به صورت مستمر اندازه‌گیری و ثبت شود.
تیم بیهوشی	۶-۴-۷- با مشاهده بالینی سطح بیهوشی (میزان عدم هوشیاری) باید به طور منظم ارزیابی شود. موارد ذیل توصیه شود: ✓ غلظت اکسیژن دمی باید در کل بیهوشی با وسیله‌ای مجهز به 'آلارم غلظت پایین اکسیژن' کنترل شود. ✓ برای اندازه‌گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO2 بازدمی (کاپنوگرافی) استفاده شود. ✓ الکتروکاردیوگراف برای پایش ریتم و میزان ضربان قلبی استفاده شود. ✓ دفیبریلاتور قلبی باید موجود باشد. ✓ درجه حرارت بدن باید به طور منظم در بیماران مستعد خطر کنترل شود. ✓ اندازه‌گیری مستمر الکتریکی درجه حرارت (در صورت وجود) توصیه می‌شود.
۵-۷- به منظور تشخیص و برخورد مناسب تیم با خطر از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل شود:	
تیم بیهوشی	۱-۵-۷- به منظور شناسایی مشکلات بالقوه در مدیریت هوایی، در تمامی بیماران کاندید عمل جراحی (حتی بیمارانی که لوله‌گذاری برای آنان پیش‌بینی نمی‌شود)، قبل از القای بیهوشی بایستی ارزیابی عینی از راه هوایی انجام شود.
تیم بیهوشی	۲-۵-۷- متخصص بیهوشی باید دارای استراتژی معین برای مدیریت راه هوایی بیماران باشد و آماده اجرای آن باشد (حتی اگر عدم توانایی در برقراری راه هوایی مناسب هم پیش‌بینی نشود).
تیم بیهوشی	۳-۵-۷- در زمانی که متخصص بیهوشی احتمال وجود مشکلات راه هوایی را می‌دهد، هنگام القای بیهوشی باید کمک فوری در دسترس باشد و طرح پشتیبانی واضحی برای مدیریت راه هوایی شناسایی شده باشد.
تیم بیهوشی	۴-۵-۷- زمانی که بیمار مشکلات راه هوایی شناخته شده‌ای دارد، روش‌های جایگزین بیهوشی از جمله بیهوشی ناحیه‌ای یا لوله‌گذاری در شرایط بیداری، تحت بیهوشی موضعی، باید در نظر گرفته شود.
تیم بیهوشی	۵-۵-۷- تمامی متخصصین بیهوشی بایستی مهارت مدیریت راه هوایی را در خود حفظ نمایند و با استراتژی‌های متعدد برای برخورد با راه هوایی مشکل آشنا بوده و مهارت لازم را داشته باشند.
تیم بیهوشی	۶-۵-۷- بعد از لوله‌گذاری، متخصص بیهوشی باید با سمع صداهای تنفسی و نیز تهویه، پایش وضعیت اکسیژنی بیمار با استفاده از پالس اکسی متر، جا گذاری مناسب لوله داخل نای، را تأیید نماید.
تیم بیهوشی	۷-۵-۷- به منظور کاهش ترشحات معده و افزایش PH و با هدف پیش درمانی، بیمارانی که کاندید جراحی الکتیو بوده و در معرض خطر آسیب‌رسانی می‌باشند باید قبل از بیهوشی ناشتا باشند.
تیم بیهوشی	۸-۵-۷- متخصص بیهوشی باید با استفاده از کاپنوگرافی محل جاگذاری مناسب لوله داخل نای، را بعد از لوله‌گذاری تأیید نماید.
تیم بیهوشی	۹-۵-۷- در برگه گزارش بیهوشی، نتایج ارزیابی راه هوایی و توصیفی از سهولت یا مشکل بودن لوله‌گذاری (در صورت انجام) ثبت شود.
۶-۷- جهت شناسایی و آمادگی مؤثر تیم برای مقابله با خطر از دست دادن خون زیاد در بیماران توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل شود:	
متخصص بیهوشی	۱-۶-۷- متخصص بیهوشی قبل از القاء بیهوشی باید احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیمار در نظر بگیرد و در صورتی که این مورد خطر مهمی است، باید آمادگی برخورد مناسب با آن را داشته باشد. در صورتی که خطر از دست دادن خون ناشناخته می‌باشد متخصص بیهوشی باید با جراح در مورد احتمال وقوع آن صحبت نماید.
تیم جراحی/ پروسیجر	۲-۶-۷- قبل از برش پوست تیم باید احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیمار به بحث بگذارند و در صورتی که این مورد خطر مهمی است؛ از وجود راه وریدی مناسب مطمئن شوند.
تیم جراحی/ پروسیجر	۳-۶-۷- یکی از اعضای تیم وجود فرآورده‌های خونی مورد لزوم برای عمل جراحی را تأیید نماید.
۷-۷- به منظور اجتناب تیم از ایجاد واکنش ناخواسته دارویی یا واکنش آلرژیک شناخته شده در بیمار توصیه اکید به انجام موارد ذیل شود:	



متخصص- تکنسین بیهوشی/ تیم جراحی- پروسیجر	۷-۷-۱- متخصصین بیهوشی از فارماکولوژی داروهایی را که تجویز می نمایند، آگاهی کامل داشته باشند.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۲- قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران، ابتدا بایستی بیمار به وضوح شناسایی شود.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۳- قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران ابتدا بایستی تاریخچه دارویی کامل منجمله اطلاعات مرتبط با آلرژی ها و سایر واکنش های بیش حساسیتی از بیمار اخذ شود.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۴- قبل از دادن دارو به بیمار با یکی دیگر از ارائه کنندگان خدمت بایستی ارتباط کلامی واضح برقرار شود تا از درک مشترک و همسان از موارد مصرف، موارد منع مصرف بالقوه و هرگونه اطلاعات مرتبط دیگر اطمینان حاصل شود.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۵- کتوشها و فضای کار برای نگهداری و آماده سازی داروها بایستی به صورت منظم سازمان دهی شود تا از قرارگیری آمپول های دارویی و سرنگ ها در یک محل یکسان، همیشگی و تفکیک فیزیکی داروهای خطرناک از داروهایی که دارای تلفظ مشابه می باشند اطمینان حاصل شود.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۶- بر چسب آمپول ها و سرنگ ها بایستی خوانا و حاوی اطلاعات استاندارد (نظیر: غلظت دارو و تاریخ انقضاء) باشد.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۷- تا حد امکان از قرارگیری داروها با بسته بندی یا اشکال ظاهری مشابه در کنار هم بایستی خودداری شود.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۸- خطاهای در حین تزریق داروهای وریدی بایستی گزارش و بررسی شوند.
تیم جراحی و بیهوشی	۷-۷-۹- داروهای تزریقی باید توسط متخصص بیهوشی که آن ها را به بیمار تزریق می کند، کشیده و سپس برچسب زده شود.
۸-۷- به منظور تضمین بکارگیری منسجم روش های شناخته شده مؤثر در به حداقل رسانیدن خطر عفونت موضع جراحی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:	
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۱- آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی بایستی به صورت معمول در تمامی موارد جراحی تمیز، آلوده مصرف شود و برای استفاده در هر مورد جراحی تمیز نیز در نظر گرفته شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۲- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بایستی یک ساعت قبل از برش پوست با دوز و طیف ضد میکروبی مؤثر بر علیه پاتوژن های احتمالی که سبب آلودگی پروسیجر می شوند، تجویز نمود. قبل از برش پوست اعضای تیم جراحی بایستی تجویز آنتی بیوتیک را در طی ۶۰ دقیقه قبل تأیید نمایند. در صورت استفاده از ونکومايسين، انفوزیون آن بایستی یک ساعت قبل از برش پوست تمام شده باشد.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۳- قبل از القاء بیهوشی بایستی پرستار یا فرد دیگر مسئول استرلیتی ابزار جراحی را با ارزیابی و بررسی شاخص های استرلیتی تأیید نماید. در صورت وجود هر گونه مشکل بایستی موارد با جراح و کادر بیهوشی در میان گذارده شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۴- در صورتی که زمان جراحی بیش از ۴ ساعت طول بکشد یا در صورتی که شواهد دال بر خونریزی وسیع حین جراحی باشد، بایستی تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مورد نظر قرار گیرد. (در صورتی که از ونکومايسين به عنوان آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک استفاده شده باشد، نیاز به دوز مجدد در اعمال جراحی که کمتر از ۱۰ ساعت به طول می کشند، نیست.)
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۵- آنتی بیوتیک هایی که به عنوان پروفیلاکسی استفاده می شوند بایستی ظرف ۲۴ ساعت پس از جراحی قطع شوند.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۶- پوست محل عمل بیماران جراحی بایستی با یک ماده آنتی سپتیک مناسب قبل از جراحی آماده شود. این ماده بایستی به نحوی انتخاب شود که دارای قابلیت کاهش شمارش میکروبی سریع پوست کارآیی پایدار در طی عمل جراحی باشد.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۷- ناحیه دست و ساعدها را اسکراب کنید. در صورت تمیزی ظاهری دست ها، از یک محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی می توان برای ضد عفونی استفاده نمود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۸- در حین عمل تیم جراحی بایستی موهایی خود را بپوشانند و گان استریل بپوشند و دستکش استریل دست نمایند.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۹- تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از طریق دستورات شفاهی و تلفنی منع شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۸-۷-۱۰- پیش از عمل جراحی الکتیو بایستی عفونت های قبلی را درمان و ریشه کن نمود.

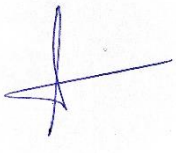


تیم جراحی/ پروسیجر	۱۱-۸-۷- پانسمان استریل روی زخم جراحی بایستی به مدت ۲۴ الی ۴۸ ساعت پس از جراحی حفظ شود.
سوپروایزر کنترل عفونت	۱۲-۸-۷- سوپروایزر کنترل عفونت بایستی مراقبت فعال آینده نگر در مورد عفونت موضع را داشته باشند.
سوپروایزر کنترل عفونت	۱۳-۸-۷- اطلاعات مرتبط به عفونت های جراحی بایستی با جراح و کادر مدیریتی ذیربط ارائه شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۱۴-۸-۷- نسبت بالایی از اکسیژن می بایست در طی عمل جراحی تجویز شود حداقل ۲ ساعت پس از اتمام عمل دادن اکسیژن به بیمار بایستی به طول بکشد.
مسئول تاسیسات و بهداشت محیط سوپروایزر کنترل عفونت و اتاق عمل	۱۵-۸-۷- فشار مثبت بایستی در اتاق عمل حفظ شود.
تیم واشینگ اتاق عمل	۱۶-۸-۷- سراسر اتاق عمل به طور کامل پس از اعمال جراحی کثیف یا "عفونی" و در اتمام هر جراحی تمیز شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۱۷-۸-۷- خط مشی های استاندارد کنترل عفونت بایستی اجرا شود.
سوپروایزر آموزش و کنترل عفونت	۱۸-۸-۷- بایستی تیم های جراحی در مورد پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سالیانه به صورت دوره ای آموزش ببینند.
۹-۷- به منظور پیشگیری ازجای ماندن سهوی ابزار و اسفنج جراحی درزخم های جراحی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:	
تیم جراحی	۱-۹-۷- در اعمال جراحی شکمی، خلف شکمی، لگن و سینه ای، شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هر گونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده ودر معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است) بایستی انجام شود.
پزشک جراح	۲-۹-۷- جراح بایستی قبل از بستن هر گونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی باید جستجوی منظم زخم را انجام دهد.
تیم جراحی	۳-۹-۷- برای هر گونه پروسیجری که احتمال احتباس اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی در حفره بدن بیمار می رود، شمارش بایستی حداقل در شروع و خاتمه هر مورد انجام شود.
تیم جراحی	۴-۹-۷- بایستی تعداد شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی همراه با نام و خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش ثبت شود. بایستی صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح بیان شود. نتیجه شمارش به طور واضح و شفاف با جراح در میان گذارده شود.
تیم جراحی/ پروسیجر	۱۰-۷- به منظور شناسایی امن و صحیح نمونه های جراحی بایستی برچسب گذاری صحیح تمامی نمونه های جراحی را با شناسایی بیمار، (نام و موضع عمل و طرف بدن) از طریق خواندن مشخصات نمونه توسط یکی از اعضای تیم جراحی به صدای بلند و توافق و تأیید کلامی فرد دیگری از تیم، مورد تأیید قرار دهد.
۱۱-۷- به منظور برقراری ارتباط مؤثر و تبادل اطلاعات حیاتی در جهت اجرای ایمن عمل جراحی توصیه اکید به انجام موارد ذیل توسط تیم می شود:	
تیم جراحی/ پروسیجر	۱-۱۱-۷- جراح، قبل از برش پوست از آگاهی و اطلاع اعضای تیم به ویژه پرستاران، متخصصین بیهوشی، کمک جراحان از گام ها یا مراحل حیاتی در اجرای پروسیجر، خطر از دست دادن خون، هر گونه تجهیزات ضروری و مورد نیاز نظیر ابزار، ایمپلنت، تصویر برداری ضمن جراحی frozen section pathology و از هر گونه تغییر خدمات معمول اطمینان حاصل نماید.
تیم جراحی/ پروسیجر	۲-۱۱-۷- در موارد اندام های قریبه، بخش های چند گانه بدن (نظیر انگشتان دست یا پا و سطوح چندگانه) نظیر: ستون مهره ها یا در مواردی که بایستی در حین عمل در مورد وسعت رزکسیون جراحی بر اساس تصویربرداری رادیولوژیکی تصمیم گیری شود، تیم بایستی از وجود تصویر برداری ضروری و نمایش آن ها در اتاق اطمینان کسب نمایند.
تیم جراحی/ پروسیجر	۳-۱۱-۷- قبل از برداشتن درپ در پایان جراحی، بایستی جراح، اعضای تیم را از هر گونه تغییر در اجرای پروسیجر، هر گونه مشکل احتمالی در دوره بعد از جراحی و برنامه درمانی ضروری بعد از جراحی که ممکن است شامل آنتی بیوتیک های، پروفیلاکسی ترومبو آمبولیسم وریدی، درناژ و مراقبت از زخم آگاه نماید.
تیم جراحی/ پروسیجر	۴-۱۱-۷- اطلاعات ثبت شده توسط جراح در گزارش جراحی باید شامل نام پروسیجر اصلی و ثانویه، نام کمک جراحان، جزئیات پروسیجر، و میزان خون از دست رفته باشد. اطلاعات متخصص بیهوشی باید حداقل شامل پارامتر های علائم حیاتی در فواصل منظم، داروها و محلول های وریدی تجویز شده، و هر گونه حادثه یا ناپایداری بیمار باشد. اطلاعات تیم پرستاری نیز باید شامل شمارش دقیق اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل تیز و برنده، نام و سمت فرد مسئول شمارش، و اقداماتی در صورت مغایرت شمارش باشد. در صورت عدم انجام شمارش، علت آن باید ذکر شود.



تیم جراحی / پروسیجر	۵-۱۱-۷ گزارش کامل عمل جراحی بایستی شامل نام و نام خانوادگی تمامی اعضای تیم جراحی باشد.
۱۲-۷- چک لیست جراحی ایمن	
تیم جراحی	۱-۱۲-۷ اقدامات قبل از بیهوشی بیمار (با حضور حداقل پرستار و متخصص بیهوشی) ➤ آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی رضایت خود از عمل جراحی را تأیید نموده است؟ ➤ آیا موضع عمل علامت گذاری شده است؟ ➤ آیا چک داروها و ماشین بیهوشی کامل شده است؟ ➤ آیا پالس اکسی متري به بیمار متصل و عملکرد مناسب دارد؟ ➤ آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟ ➤ آیا بیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض خطر آسپیراسیون است؟ ➤ آیا خطر از دست رفتن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون (در کودکان ۷ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) برنامه ریزی شده است؟
تیم جراحی	۲-۱۲-۷ قبل از برش پوست (با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح) کلیه اعضای تیم جراحی نام و نام خانوادگی سمت خود را به بیمار معرفی کرده اند؟ نام و نام خانوادگی بیمار، نوع پروسیجر و محل برش جراحی تایید می شود. آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است ؟ <u>وقایع مهم قابل پیش بینی برای متخصص جراحی:</u> گام های حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟ عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟ میزان خون ریزی احتمالی حین عمل چقدر است؟ <u>وقایع مهم قابل پیش بینی بر ای متخصص بیهوشی:</u> مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار وجود دارد؟ <u>وقایع مهم قابل پیش بینی بر ای تیم پرستاری:</u> استرلیتی وسایل و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخص های استریلیزرها تایید شده است. آیا در خصوص تجهیزات مشکل و یا نگرانی وجود دارد؟ آیا تصویر اصلی در حال نمایش است؟
تیم جراحی	۳-۱۲-۷ اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل (با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح) پرستار به صورت کلامی موارد ذیل را تایید می نماید. نام پروسیجر، تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سر سوزن برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات مندرج بر روی برچسب نمونه از جمله نام و نام خانوادگی بیمار را با صدای بلند بخوانید.) آیا اشکال و یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد. برای متخصص جراحی و متخصص بیهوشی و پرستار: چه نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن بیمار وجود دارد؟
۸-پایش و نظارت:	
۱-۸ پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده سوپروایزر اتاق عمل و سوپروایزر ایمنی و کنترل عفونت می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید. ۲-۸ نظارت: مدیر درمان به واسطه مدیر پرستاری و سوپروایزران از نحوه ثبت و گزارش موارد عدم انطباق ها بر اجرای صحیح دستورالعمل نظارت دارد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹ تایید: مدیر درمان، مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود. ۲-۹ تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود. ۳-۹ 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. ۴-۹ بازنگری: این دستورالعمل 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 دستورالعمل را خارج از بازه ی زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱-۱۰ جراحی ایمن، فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار مرداد ۱۳۹۳ ۲-۱۰ کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران، دوره پنجم 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	