



۱- هدف: پیشگیری از بروز عفونت و سایر عوارض ناشی از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی که در خارج از فضای اتاق عمل انجام می شود و ارتقای ایمنی بیماران از طریق رعایت اصول استاندارد در انجام این اقدامات.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های بستری، تصویربرداری، اسکوپ، بلوک زایمان، اتاق عمل سرپایی اورژانس، آنژیوگرافی، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی.	
۳- تعاریف: اقدام تهاجمی: به کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی اطلاق می شود که طبق دستورالعمل های ابلاغی معاونت درمان، انجام آن ها مستلزم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار بوده و با نظر پزشکان و مسئولین بخش ها تعیین و ابلاغ شده است. مانند چست تیوپ گذاری، بیوپسی های تحت گاید سونوگرافی و غیره.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان، با استناد به اسناد بالادستی ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی، اجرای اصول ایمنی بیمار در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی را مورد تأکید قرار می دهد. بر این اساس، انجام تمامی اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل باید مطابق با الزامات ایمنی بیمار، استانداردهای کنترل عفونت و دستورالعمل های مصوب بیمارستان انجام شود.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول فنی، مدیر درمان، مدیر پرستاری، سوپروایزر کنترل عفونت، سرپرستار.	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	پزشک معالج: مسئول ثبت درخواست انجام اقدام تهاجمی خارج از اتاق عمل در پرونده بیمار طبق دستورالعمل یا انجام اقدام تهاجمی می باشد.
۲-۶	پزشک مشاور: مسئول انجام اقدام تهاجمی خارج از اتاق عمل به صورت ایمن طبق دستور کتبی پزشک درخواست کننده یا پزشک معالج می باشد.
۳-۶	سرپرستار: مسئول نظارت بر عملکرد کارکنان طبق دستورالعمل می باشد و موارد عدم انطباق را به مدیر پرستاری اطلاع می دهد.
۴-۶	سوپروایزر کنترل عفونت: مسئول نظارت بر احتیاطات استاندارد یا موازین کنترل عفونت می باشد و هرگونه عدم انطباقی را به مدیر پرستاری اطلاع می دهد.
۵-۶	مدیر پرستاری: موارد عدم انطباق گزارش شده از طرف سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت را بررسی و اقدامات اصلاحی لازم را انجام می دهد و موارد مرتبط به پزشکان را به مدیر درمان گزارش می دهد.
۶-۶	مدیر درمان: مسئول پیگیری موارد عدم انطباق مرتبط با پزشکان می باشد و اقدامات لازم را جهت رفع عدم انطباق انجام می دهد و در کمیته مربوطه مطرح می نماید.
۷- شیوه انجام کار:	
۷-۱-۱ قبل از انجام پروسیجر:	
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی روسای بخش ها	۷-۱-۱-۱ فهرست اقدامات یا پروسیجرهای تهاجمی که در خارج از اتاق عمل در بخش ها و واحدهای مختلف انجام می شوند، شناسایی شده و دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام این اقدامات تدوین گردد.
رئیس بیمارستان مدیر درمان	۷-۱-۱-۲ فهرست اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل پس از تأیید رئیس بخش و مدیر درمان به کلیه بخش های بستری، سرپایی و واحدهای پاراکلینیک ابلاغ گردد. فهرست اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل شامل کلیه اقداماتی است که با یکی از موارد زیر همراه باشد: ایجاد برش پوستی (Incision)، بی حسی موضعی، تزریق دارو یا ماده در مفاصل یا حفرات بدن، آسپیراسیون مایعات یا هوا از طریق پوست، انواع بیوپسی، انواع اقدامات اسکوپ، پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی، دبریدمان پوست.
رئیس بیمارستان مدیر درمان	۷-۱-۱-۳ اصول ایمنی فضای فیزیکی و الزامات کنترل عفونت بر اساس استانداردهای اتاق عمل در فضاهای انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل رعایت شده و نواقص موجود بر اساس برنامه های نظارتی شناسایی و برطرف گردد.
مدیر درمان مدیر پرستاری	۷-۱-۱-۴ در صورت غیر اورژانسی بودن اقدام تهاجمی، انجام آن باید برنامه ریزی شده صورت گیرد و نیروی انسانی مورد نیاز شامل پزشک، متخصص یا تکنسین بیهوشی و پرستاران آموزش دیده بر اساس نوع پروسیجر تعیین شوند. همچنین تقسیم وظایف بر اساس توانمندی و مهارت کارکنان انجام گیرد.
پروایزر بالین سرپرستار	۷-۱-۱-۵ پذیرش بیماران برای انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل باید بر اساس دستورالعمل نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل انجام شود و اولویت بندی بیماران با توجه به بیماران پرخطر، بیماران آسیب پذیر و بیماران مبتلا به بیماری های عفونی صورت گیرد.
سرپرستار	۷-۱-۱-۶ تجهیزات ضروری و حیاتی مورد نیاز برای انجام اقدامات تهاجمی در فضاهای خارج از اتاق عمل باید در دسترس و آماده به کار بوده و به صورت روزانه کنترل شوند.



پزشک معالج یا مشاور	۷-۱-۷- درخواست انجام اقدام تهاجمی خارج از اتاق عمل باید توسط پزشک معالج یا پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت گردد.
مسئول شیفت پرستار مسئول	۷-۱-۸- دستور پزشک معالج باید بررسی شود و در صورتی که انجام پروسیجر توسط پزشک مشاور درخواست شده باشد، اطلاع رسانی به پزشک معالج انجام گردد.
سرپرستار	۷-۱-۹- لوازم و تجهیزات مورد نیاز برای انجام پروسیجر توسط پرستار مسئول بیمار تهیه و کنترل گردد و از استریل و سالم بودن تجهیزات از جمله انواع کاتترها، سوندها و تجهیزات اسکوپ اطمینان حاصل شود.
سرپرستار مسئول شیفت	۷-۱-۱۰- در صورت نیاز، بیمار به اتاق یا محیطی که شرایط مناسب برای انجام اقدام تهاجمی را دارد منتقل شود.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۱- پزشک پیش از انجام هرگونه اقدام تهاجمی، خطرات، منافع و عوارض احتمالی پروسیجر را برای بیمار توضیح داده و رضایت آگاهانه بیمار طبق ضوابط استاندارد و با حضور پرستار اخذ و در پرونده ثبت گردد.
پرستار مسئول	۷-۱-۱۲- قبل از شروع پروسیجر از آماده بودن ترالی احیا در محل انجام اقدام اطمینان حاصل شود.
پرستار مسئول	۷-۱-۱۳- شناسایی صحیح بیمار بر اساس حداقل دو شناسه هویتی قبل از انجام پروسیجر انجام گردد.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۴- ارتباط مؤثر میان اعضای تیم درمان به منظور تبادل اطلاعات حیاتی بیمار برقرار شود.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۵- پیش از شروع پروسیجر، محل صحیح اقدام و بیمار صحیح مجدداً بررسی و تأیید گردد.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۶- قبل از انجام پروسیجر، بیمار از نظر شرایط پرخطر، آلرژی‌های شناخته شده و عوارض دارویی احتمالی ارزیابی بالینی شود.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۷- احتمال خونریزی قبل از شروع پروسیجر ارزیابی شده و در صورت لزوم مطابق دستور پزشک اقدامات لازم از جمله رزرو یا کراس‌مچ خون و فرآورده‌های خونی انجام گردد.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۸- اقدامات لازم جهت پیشگیری از سقوط بیمار در هنگام انتقال یا انجام پروسیجر انجام شود.
پزشک و پرستار	۷-۱-۱۹- قبل از انجام پروسیجر بهداشت دست طبق دستورالعمل‌های ابلاغی انجام شده و از وسایل حفاظت فردی مناسب شامل دستکش، ماسک و گان استفاده گردد.
پزشک و پرستار	۷-۱-۲۰- حريم خصوصی بیمار در طول انجام پروسیجر رعایت شود.
پزشک و پرستار	۷-۱-۲۱- از ضد عفونی صحیح محل انجام پروسیجر پیش از شروع اقدام اطمینان حاصل نماید.
۲-۷- حین انجام پروسیجر:	
پزشک و پرستار	۷-۲-۱- در صورت لزوم، داروی بی‌حسی با رعایت اصول ایمن دارودهی و مطابق دستور پزشک به بیمار تزریق شود.
پزشک و پرستار	۷-۲-۲- در طول انجام پروسیجر، وضعیت راه هوایی، علائم حیاتی، سطح هوشیاری، درد بیمار، آرام‌بخشی و میزان خونریزی به طور مستمر مانیتور و ثبت گردد.
پزشک و پرستار	۷-۲-۳- در صورت بروز هرگونه مشکل، اقدامات درمانی لازم از جمله اکسیژن رسانی، ساکشن، برقراری خط وریدی دوم و تجویز دارو یا خون طبق دستور پزشک انجام شود.
پزشک و پرستار	۷-۲-۴- در صورت نمونه برداری حین پروسیجر، مشخصات نمونه بافتی و محل برداشت نمونه پس از بازخوانی توسط پزشک و پرستار در بالین بیمار به درستی برچسب گذاری گردد.
پزشک و پرستار	۷-۲-۵- فرم درخواست پاتولوژی توسط پزشک معالج تکمیل شده و پس از تطبیق اطلاعات بیمار با دستبند شناسایی، نمونه به آزمایشگاه تحویل و در دفتر ثبت نمونه‌های پاتولوژی ثبت گردد.
۳-۷- پس از انجام پروسیجر:	
پزشک و پرستار	۷-۳-۱- پس از پایان پروسیجر، تمامی درن‌ها، لوله‌ها و اتصالات بیمار بررسی شده و در وضعیت مناسب تثبیت شوند.
پزشک و پرستار	۷-۳-۲- پس از انجام اقدام تهاجمی، شرح عمل، دستورات پزشک و مراقبت‌های لازم در پرونده بیمار ثبت گردد.
پزشک و پرستار	۷-۳-۳- مراقبت‌های پس از پروسیجر در ریکاوری یا محل تعیین شده انجام شده و در صورت بروز عوارضی مانند خونریزی یا تغییرات همودینامیک، بلافاصله به پزشک معالج یا متخصص بیهوشی اطلاع داده شود.
پزشک و پرستار	۷-۳-۴- پس از پایان پروسیجر، آموزش‌های لازم در خصوص وضعیت قرارگیری بیمار، مراقبت‌های بعدی و علائم هشدار به بیمار یا همراه وی ارائه و در پرونده ثبت گردد.



کمک بهیار	۷-۳-۵- ست‌ها و تجهیزات مورد استفاده پس از پایان پروسیجر طبق دستورالعمل‌های مربوطه شستشو، ضد عفونی و استریل شوند.
پزشک و پرستار	۷-۳-۶- در صورت نیاز، بیمار تا چند ساعت پس از انجام پروسیجر تحت مانیتورینگ مداوم قرار گرفته و در صورت بروز هرگونه تغییر در وضعیت همودینامیک به پزشک اطلاع داده شود.
پزشک و پرستار	۷-۳-۷- مراقبت‌های بیمار مطابق دستورالعمل «آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و پایش حین و پس از آن» انجام گردد.
پزشک و پرستار	۷-۳-۸- در بیماران سرپایی، پس از پایدار شدن علائم حیاتی و با دستور پزشک، ترخیص بیمار به صورت ایمن انجام شود.

ضمیمه ۱: جدول اقدامات تهاجمی که قابلیت انجام در فضاهای خارج از اتاق عمل را دارند:

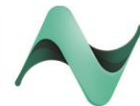
اسکوپي	آندوسکوپي، کولونوسکوپي، سیگموئیدسکوپي، برونکوسکوپي، نمونه برداري از احشاء داخلي حین اسکوپي، PEG گذاري، بالون لاغري معده، پاراسنتز مایع شکمي، EMR روده، پروکتوسیگموئیدسکوپي، پولیپکتومي، استنت گذاري، آندوسکوپي بوسیله سونوگرافي آندوسکوپیک، ERCP.
آنژیوگرافي	آنژیوگرافي، آنژیوپلاستي، EPS، ابلیشن، والوپلاستي، کوئل گذاري، EVAR، TVAR، PTMC FFR-IVUS-OCPC، تعبيه پيس میکر، ICD، شوک کاردیوورژن، TEE، تعبيه و خروج FILTER IVC، پریکاردیوسنتز، ونوگرافي، کاتتریسم چپ و راست، آمبولیزاسیون کاتتریزاسیون سوپراپوبیک-بیوپسی LP - cvp line.
امید	
NICU	تعبيه - PICC، چست تیوب، - cvp line، - تعبيه کاتتر نافي، - تزریق سورفکتانت داخل ریه، - LP، - تعویض خون، دیالیز صفاقی.
ICU-G	cvp line- LP، چست تیوب، بیوپسی مغز استخوان، شالدون گذاري، بیوپسی مغز استخوان، بلوک درمانی عصب، تراکتوستومي.
ICU-OH	cvp line، چست تیوب، شالدون گذاري، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال، استرنوتومي، بخیه زدن، بستن استرنوم، پریوکاردیوسنتز، دبریدمان سطحی زخم، تعبيه PD، تراکتوستومي.
CCU	پریوکاردیوسنتز، cvp line، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال، بیوپسی مغز استخوان، شالدون گذاري، LP.
سپند	LP - cvp line، دبریدمان سطحی، بیوپسی مغز استخوان، بخیه، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال.
اردیبهشت	شالدون گذاري- تزریق هرگونه ماده/ مواد در فضاي بین مفاصل، دبریدمان سطحی، LP - cvp line، بیوپسی مغز استخوان و کلیه، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال، سچور.
سپهر	LP - cvp line، دبریدمان سطحی، بخیه، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال.
سپید	LP، cvp line، بیوپسی مغز استخوان، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال، تزریق پلوردز (پودر تالک)، دبریدمان سطحی، سچور.
تصویربرداری	انواع بیوپسی، FNA تیروئید و پستان، درناژ آبسه، تعبيه کاتتر در فضاي پلورال و نفروستومي و تعبيه انواع کاتترها.
بلوک زایمان	زایمان طبیعی، ترمیم اپی زیوتومي، استفاده از وانتوز، بی‌حسی اپیدورال، بخیه زدن.
عمل اورژانس	بیوپسی، چست تیوب، cvp line، ختنه، شالدون گذاري، LP
کلینک	کولپوسکوپي، کرایو تراپی، اکوي ترانس ازو فاژیال، تزریق هرگونه ماده/ مواد در فضاي بین مفاصل.

۸- پایش و نظارت:

- ۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول فنی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول فنی بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.

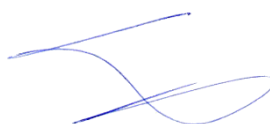
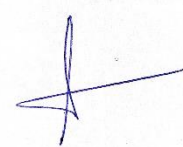
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- 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- فهرست اقدامات تهاجمی بخش ها، فرناز مستوفیان.
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 باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
		
توزیع نسخ		
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان