



۱- هدف: این روش اجرایی به منظور کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها و پیشگیری از مواجهه پرسنل و بیماران با مقادیر خارج از استاندارد پرتوها، جلوگیری از بروز عوارض قطعی قابل پیش بینی تشعشع با نگهداشتن پرتوگیری در زیر حدود آستانه و همچنین محدود نمودن مخاطره آثار احتمالی تا سطح مورد قبول توسط بکارگیری مقررات فنی و اجرایی به منظور اطمینان از ایمنی منبع و نیز کاهش احتمال پرتوگیری از منابع پرتوزا به کمترین حد ممکن براساس اصل ALARA و در راستای سیاست ایمنی بیمار و کارکنان تدوین شده است.

۲- دامنه کاربرد: بخش های رادیولوژی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته ای، اتاق عمل

صاحبان فرایند: کلیه پرسنل واحدهای تصویربرداری، پزشکی هسته ای، اتاق عمل، آنژیوگرافی، مسئول بهداشت محیط، مسئول فیزیک بهداشت، مسئول واحد تجهیزات پزشکی، مسئول واحد بهداشت حرفه ای

۳- تعاریف:

حفاظت: مانع حفاظتی با جذب مناسب می باشد که در مقابل منبع پرتو قرار می گیرد.
دزیمتر: ابزاری برای ارزیابی دز فردی بوده و نمی تواند کاربرد را در برابر پرتوهای یون ساز حفاظت نمایند.
لباس های حفاظتی: از تجهیزات حفاظت فردی می توان برای حفاظت در برابر پرتوگیری با پرتو ایکس استفاده نمود. به عنوان مثال روپوش، پیش بند و محافظ تیروئید که از یک ماده (مانند وینیل) که حاوی سرب می باشد ساخته شده است.
پرتوکار: به شخص حقیقی اطلاق می گردد که با منابع مولد اشعه به طور فیزیکی در ارتباط باشد.

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی به منظور اطمینان از ایمنی منبع و نیز کاهش احتمال پرتوگیری از منابع پرتوزا به کمترین حد ممکن براساس اصل ALARA و در راستای سیاست ایمنی بیمار و کارکنان مقرر گردیده است.

۵- مسئول پاسخگو: مسئول بهداشت محیط و مسئول فیزیک بهداشت

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱- مسئولین تمامی بخش های نامبرده شده مسئول اجرای دقیق این خط مشی می باشند.

۷- شیوه انجام کار:

مسئول اجرا

۷-۱- دستورالعمل های مربوط به حفاظت از پرتو تدوین و در اختیار پرتوکاران قرار داده شده است.

۷-۲- به پرتوکاران درخصوص بهداشت پرتوها در بدو ورود و به صورت سالیانه آموزش داده می شود.

۷-۳- بروشورهای آموزشی جهت مراجعه کنندگان به منظور آگاهی از مخاطرات اشعه تهیه و در اختیار مراجعین قرار داده می شود.

۷-۴- وسایل حفاظت فردی و تجهیزات کمکی نگهدارنده بیمار، شامل: روپوش سربی، شیلدهای گناد و تیروئید، دستکش سربی، عینک سربی، پاراوان سربی تهیه و در اختیار پرتوکاران قرار می گیرد.

۷-۵- به منظور کنترل ورود افراد به نواحی کنترل شده تابلوهای هشدار در واحدهای پرتو پزشکی نصب شده است.

۷-۶- در صورت نیاز به حضور همراه وسایل حفاظت فردی در اختیار همراه قرار داده و اطلاعات و آموزشات لازم به وی داده می شود.

۷-۷- کلیه پرتوکاران قبل از استخدام می بایست نسبت به انجام معاینات و آزمایشات پزشکی اقدام نمایند.

۷-۸- سیستم های حفاظت و ایمنی شامل حفاظ پرتو، علائم صوتی و نوری هشداردهنده پرتو دهی، کلید قطع اضطراری پرتو دهی در نظر گرفته شده.

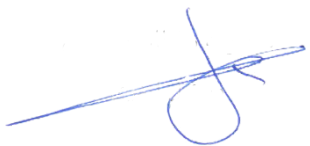
۷-۹- مدل انتخابی ارزیابی شامل دزیمتری محیطی، ارزیابی نتایج فیلم بچ و ارزیابی آزمایشات دوره ای پرسنل پرتوکار و ارزیابی نتایج کنترل کیفی دستگاه های مولد پرتو می باشد که در شرایط اعلام عدم انطباق با استانداردهای سازمان انرژی اتمی در کمیته بهداشت محیط مطرح می گردد و پس از تدوین اقدامات اصلاحی بلافاصله ارزیابی براساس مصوبات تکرار می شود.

۷-۱۰- آزمایشات کنترل کیفی به منظور اطمینان از صحت عملکرد دستگاه ها به صورت سالیانه انجام می شود.

۷-۱۱- آزمایشات دوره ای جهت پرتوکاران هر ۶ ماه یکبار انجام و مداخلات مورد نیاز صورت می گیرد.



پرتوکاران	۱۲-۷- دزیمتری محیطی به منظور اطمینان از عدم وجود تشعشع از نقاط تعیین شده که احتمال آلودگی در آنها بیشتر است با نظارت مسئول فیزیک بهداشت به صورت روزانه انجام می شود.
مسئول فیزیک بهداشت	۱۳-۷- مسئول فیزیک بهداشت بر استفاده صحیح از فیلم بچها توسط پرتوکاران نظارت و نتایج ارسال شده از سازمان انرژی اتمی بررسی و موارد عدم انطباق احتمالی به مدیریت درمان را گزارش و پیگیری می نماید.
مسئول فیزیک بهداشت	۱۴-۷- مسئول فیزیک بهداشت بر استفاده صحیح وسایل حفاظت فردی توصیه شده توسط پرتوکاران نظارت می نماید.
مسئول بهداشت محیط	۱۵-۷- رعایت موازین حفاظت پرتوها به صورت هفتگی براساس چک لیست پایش و نتایج پایش در کمیته بهداشت محیط مطرح می گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول بهداشت محیط و مسئول فیزیک بهداشت باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول بهداشت محیط بر روند اجرای خط مشی نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه توسط مدیریت درمان و مسئول اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته بهداشت محیط مرجع تایید این روش اجرایی خواهد بود.	
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان نیکان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این خط مشی و روش اجرایی در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این مستند توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان در (پرتال بیمارستان) صورت خواهد گرفت.	
۴-۹- بازنگری: این مستند توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این مستند را خارج از بازه زمانی عادی و بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع :	
۱-۱۰- آئین نامه قانون حفاظت در برابر اشعه	
۲-۱۰- آئین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه	

تهیه کنندگان			
معصومه سلطان محمدی مسئول بهداشت محیط	حسن فاتحی مسئول تصویربرداری		
			
تأیید اولیه	تأیید کننده	تصویب و ابلاغ کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی بیمارستان	دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	