



۱- هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: بخش تصویربرداری، اتاق عمل، آنژیوگرافی و بخش های ویژه	
۳- تعاریف: فیلم بچ: یکی از ساده ترین وسایل دزیمتری فردی بوده که برای اطلاع از پرتوگیری پرتوکاران استفاده می شود.	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول تصویربرداری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئولیت اجرای این دستورالعمل برعهده مسئول فیزیک بهداشت و مسئول بهداشت حرفه ای می باشد.
۷- شیوه انجام کار:	مسئول اجرا
۷-۱- در بخش های دارای پرتو باید علائم تصویری و نوشتاری هشداردهنده پرتو در معرض دید عموم به صورت شفاف و به تعداد کافی نصب شود.	مسئول فیزیک بهداشت/مسئول بهداشت حرفه ای
۷-۲- چراغ های هشداردهنده فعال و سالم در بالای درب ورودی اتاق های تصویربرداری نصب شود.	مسئول فیزیک بهداشت/مسئول بهداشت حرفه ای
۷-۳- همزمان با تابش پرتو تابش های چراغ هشدار صورت گیرد.	مسئول فیزیک بهداشت/مسئول بهداشت حرفه ای
۷-۴- کلیه پرسنل باید از فیلم بچ ها استفاده کنند و مسئول فیزیک بهداشت به صورت روتین فیلم بچ ها را به سازمان انرژی اتمی ارسال کند.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۵- مسئول فیزیک بهداشت باید در دوره های علمی مربوط به این حوزه حضور یابد و دارای علم به روز در زمینه پرتو باشد.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۶- مسئول فیزیک بهداشت باید از انجام به موقع کنترل کیفی دستگاه های مولد اشعه و عدم اشکال در کاربری آنها اطمینان حاصل نماید و نظارت لازم بر اخذ و تمدید مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی را داشته باشد.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۷- آموزش مستمر نکات حفاظت در برابر اشعه به پرتوکاران انجام شود.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۸- پیش بینی و تهیه تجهیزات ایمنی حفاظت در برابر اشعه متناسب با نیاز بخش انجام شود.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۹- نظارت بر استفاده صحیح از تجهیزات ایمنی و حفاظت در برابر اشعه توسط کارکنان و بیماران انجام شود.	مسئول فیزیک بهداشت
۷-۱۰- برنامه ریزی و نظارت بر انجام آزمایشات دوره ای پزشکی پرتوکاران براساس استانداردهای سازمان انرژی اتمی و ثبت نتایج در پرونده پرتوکاری (انجام آزمایشات هر ۶ ماه انجام شود).	مسئول فیزیک بهداشت/مسئول بهداشت حرفه ای
۷-۱۱- در بانوانی که در سنین باروری قرار دارند قبل انجام پرتونگاری از عدم بارداری بیمار اطمینان حاصل شده و در صورتی که بیمار از عدم بارداری خود مطمئن نباشد آرایه تست منفی بتا الزامی می باشد.	کلیه پرسنل تصویربرداری



مسوول فیزیک بهداشت	۱۲-۷- کالیبره شدن تمامی دستگاههای تصویربرداری و کنترل کیفی به موقع دستگاه و اطمینان از صحت کارکرد دستگاه یکی دیگر از راه کارهای کاهش دوز پرتو است که باید به آن توجه شود.
کارشناس تصویربرداری	۱۳-۷- در زمان انجام آزمونهای تصویربرداری به منظور دریافت کمترین دز تابشی از حداقل میزان اشعه استفاده شده و از وسایل حفاظت فردی (شیلدهای سربی، شیلد تیروئید و گناد) در حد امکان استفاده گردد.
کارشناس تصویربرداری	۱۴-۷- محدودسازی مناسب میدان تابش اولیه به ناحیه مورد نظر بالینی انجام شود (باریکه پرتو باید توسط کولیماتور محدود گردد). سبب کاهش میزان دوز دریافتی بیمار و دوز دریافتی پرسنل میگردد.
کارشناس تصویربرداری	۱۵-۷- درخواست مناسب و معقولانه از سوی پزشک (متناسب با شرح حال بالینی بیمار) و عدم تکرار رادیوگرافی، بزرگترین فاکتور در کاهش تابش به بیمار است که باید به آن توجه نمود.
کارشناس تصویربرداری	۱۶-۷- انجام تصویربرداری صحیح برروی عضو صحیح از بیمار صحیح انجام گیرد.
کارشناس تصویربرداری	۱۷-۷- استفاده از وسایل فیکساتور (ثابت کننده بیمار) استاندارد به جای استفاده از همراه بیمار برای ثابت نگه داشتن بیمار ارجحیت دارد.
کارشناس تصویربرداری	۱۸-۷- اطلاع به همراهان، کارکنان بخش و سایر افراد در زمان تابش اشعه، وظیفه اصلی کارشناس رادیولوژی است. این افراد به همراه پرتوکار باید در محلی مناسب (پشت شیلد سربی و یا پاراوان سربی) و یا خارج از اتاق رادیوگرافی قرار گیرند. در گرافیهای پرتابل فاصله از منبع پرتو باید حداقل ۲ متر باشد.
کارشناس تصویربرداری	۱۹-۷- رعایت اصل ALARA هر چه تابش کمتر موجه شدنی تر، برای تمام پرسنل پرتوکار الزامی است ALARA - As Low as Reasonably Achievable

۸- پایش و نظارت:

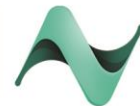
- ۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده سوپروایزر تصویربرداری می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای این دستورالعمل نظارت دارند.

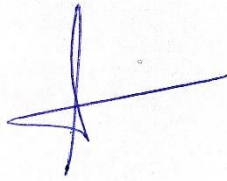
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- ۱-۹- تأیید: پس از تأیید اولیه مدیر درمان، کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی مرجع تأیید این سند خواهد بود.
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.
۳-۹- توزیع و نگهداری: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
۴-۹- بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. صاحب فرایند، رئیس بیمارستان، مدیر درمان، دفتر بهبود می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه زمانی مشخص شده مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع:

- ۱-۱۰- استانداردهای اعتبار بخشی، ویرایش پنجم، ۱۴۰۱
۲-۱۰- دستورالعمل های داخلی



تهیه کنندگان			
دکتر علی باقرنیا مدیر پاراکلینیک	حسن فاتحی مسئول بخش تصویربرداری	امین گیلکی بیشه مسئول فیزیک بهداشت	ساناز شایسته مسئول بهداشت حرفه ای
			
تأیید اولیه		تأیید کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	تصویب و ابلاغ کننده	
		دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	