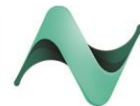


۱- هدف: این دستورالعمل جهت افزایش دقت و سرعت در تشخیص بیماریها و ارائه خدمات درمانی اورژانسی به بیماران می باشد و همچنین برقراری ارتباط مؤثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی تصویربرداری می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: بخش تصویربرداری، اورژانس، تمام بخش های بستری، کلینیک و MRI	
۳- تعاریف: نتایج بحرانی: به مواردی اطلاق می شود که پس از انجام پروسیجر بر روی بیمار و مشاهده ی مورد مشکوک لازم است بلافاصله به پزشک معالج بیمار اطلاع داده شود. نتایج بحرانی در بخش تصویربرداری فهرست و به کلیه بخشها ابلاغ شده است.	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۱-۴- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف افزایش دقت و سرعت در تشخیص بیماریها و ارائه خدمات درمانی اورژانسی به بیماران مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: سوپروایزر تصویربرداری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶ سوپروایزر تصویربرداری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.	
۲-۶ کارشناسان بخش تصویربرداری مسئولیت اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده دارند.	
۷- شیوه انجام کار:	مسئول اجرا
۱-۷- جهت سهولت در اجرای فرآیند، خطوط ارتباطی یک طرفه در تمامی بخش های بستری و کلینیک به منظور اطلاع رسانی فوری مقادیر بحرانی به بخش ها در نظر گرفته شود.	-
۲-۷- پس از انجام پروسیجر بر روی بیمار و مشاهده موارد مشکوک لیست شده به عنوان موارد بحرانی، توسط کارشناس به پزشک رادیولوژیست گزارش داده شود.	کارشناس تصویربرداری
۳-۷- رادیولوژیست پس از مشاهده تصاویر بیمار، مورد مشاهده شده را تایید کند.	متخصص رادیولوژی
۴-۷- کارشناس تصویربرداری/ حسب مورد متخصص رادیولوژی، با پزشک معالج تماس گرفته و مراتب را گزارش داده و در صورتی که نیاز به آزمون های تکمیلی تصویربرداری باشد به پزشک معالج اعلام گردد.	کارشناس/متخصص تصویربرداری
۵-۷- در مواردی که به علت عدم دسترسی به پزشک معالج، امکان اطلاع به ایشان فراهم نشده است، از طریق خط بحران به مسئول شیفت بخش بستری اطلاع داده شود و وی نتایج را بلافاصله به اطلاع پزشک معالج برساند.	کارشناس تصویربرداری/ مسئول شیفت بخش
۶-۷- در مواردی که بیمار سرپایی از خارج بیمارستان مراجعه نموده است و بیمار مرکز را ترک کرده است با بیمار جهت مراجعه و دریافت نتیجه تماس گرفته شود.	کارشناس تصویربرداری
۷-۷- ثبت موارد بحرانی گزارش شده در بخش تصویربرداری الزامی است.	کارشناس تصویربرداری
۱- 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.	

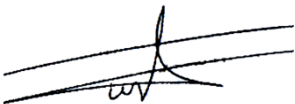


۲- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

- ۱-۹- تایید: 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 بهبودکیفیت 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.

۳- منابع و مراجع:

استانداردهای اعتبار بخشی، ویرایش پنجم، ۱۴۰۱

تهیه کنندگان			
دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	دکتر محمدرضا آهنگران مسئول فنی تصویربرداری	مهتاب زمانی مدیریت پرستاری	حسن فاتحی مسئول بخش تصویربرداری
			
تأیید اولیه		تأیید کننده	
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	
			
			
توزیع نسخ			
دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	