



۱- هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی، مدیریت ایمن پذیرش، بستری و ترخیص بیماران بخش های ویژه است.

۲- دامنه کاربرد: بخش های ویژه (ICU- CCU- NICU- ICU.OH)
صاحبان فرایند: سرپرستار بخش ویژه، سرپرستار اورژانس، سوپروایزر بالینی

۳- تعاریف: -

۴- سیاست اجرایی بیمارستان:

۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف مدیریت ایمن پذیرش، بستری و ترخیص بیماران بخش های ویژه مقرر گردیده است.

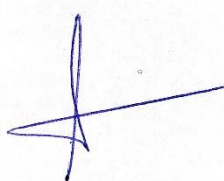
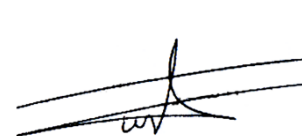
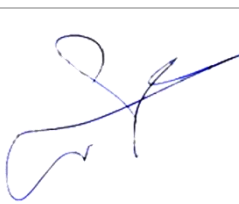
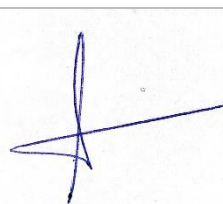
۵- مسئول پاسخگو: سرپرستار بخش های ویژه

۶- مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱ متخصصین مقیم بخش های ویژه/ سرپرستاران مسئولیت نظارت بر حسن اجرای روش اجرایی را بر عهده دارند.

مسئول اجرا	۷- شیوه انجام کار:
متخصص مقیم بخش ویژه	۷-۱- پذیرش بیماران در بخش های ویژه با کنترل و تأیید متخصص مقیم مربوطه و بر اساس اندیکاسیون های تعریف شده مربوط به انتقال بیمار به بخش ویژه صورت می پذیرد.
پرستار	۷-۲- در مدت اقامت بیمار در بخش ویژه، تسریع در انجام خدمات تشخیصی درمانی و مشاوره های درخواستی با ملاحظه اولویت ایمنی بیمار صورت می پذیرد.
پرستار	۷-۳- در مدت اقامت بیمار، تعامل اثربخش با بخش های پاراکلینیکی جهت پاسخدهی به موقع بررسی های درخواستی، انجام می شود.
متخصص مقیم	۷-۴- با نظارت مستمر بر روند درمان بیماران، ترخیص بیمار از بخش ویژه پس از رفع اندیکاسیون های بستری در بخش ویژه تسریع می شود.
سوپروایزر بالینی/ مدیریت درمان	۷-۵- انتقال ایمن بیمار از بخش ویژه به بخش عادی با نظارت مستمر بر اقدامات درمانی براساس گزارش سرپرستار در اسرع وقت انجام می شود.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول مربوطه (از جمله مدیر پرستاری، مدیر درمان و سایر) است و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۸-۲- نظارت: نظارت بر عملکرد سوپروایزران، سرپرستاران و مسئول گیرنده خدمت در اجرای درست سند بر عهده مدیر درمان، مدیر پرستاری و مسئول فنی می باشد.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته اخلاق پزشکی مرجع تایید این سند خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این سند توسط دبیر کمیته اخلاق و مسئول گیرنده خدمت با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- اصول مراقبت های ویژه	



تهیه کنندگان			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت	فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
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			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	