

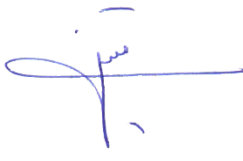
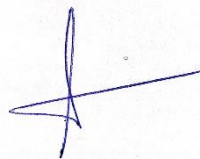


۱- هدف: هدف از تدوین و اجرایی سازی این دستورالعمل، کنترل و نظارت بر تایید و مصرف داروی مخدر برای بیماران می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: داروخانه بستری، دفتر پرستاری و کلیه بخش های بالینی	
۳- تعاریف: نارکوتیک: مخدر	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: کنترل موجودی و مصرف داروهای نارکوتیک (مخدر)	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول فنی داروخانه بستری	
۶- مسئولیت ها و اختیارات: ۱-۴- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی و با هدف کنترل موجودی و مصرف داروهای نارکوتیک (مخدر) مقرر گردیده است.	
۱-۶	رئیس بخش مراقبت های دارویی: نظارت بر نحوه توزیع و جمع بندی صحیح پوکه و داروهای مخدر
۲-۶	مسئول فنی داروخانه بستری: نظارت بر نسخه ها و پوکه های ارسالی و تحویل داروی مخدر به استوک های مورد نظر - جمع بندی پوکه ها و تهیه اکسل مربوطه جهت ارسال به معاونت غذا و دارو
۳-۶	سوپروایز دفتر پرستاری: کنترل موجودی دفتر پرستاری و تایید نسخه ارسالی از بخش ها به صورت سیستمی، تحویل برگه درخواست مخدر و مطابقت با سیستم HIS و تحویل دارو در سرنگ به صورت کشیده شده به پرستار بخش
۴-۶	سرپرستاران بخش های دارای مخدر: کنترل و چک موجودی مخدر
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول فنی داروخانه بستری	۱-۷ مسئول فنی داروخانه بستری موظف است موجودی گاو صندوق مرکزی داروخانه بستری را بر اساس نیاز بیمارستان از دانشگاه تحت نظر تامین نماید.
مسئول فنی داروخانه بستری، سوپروایزر بالینی، کارشناس بیهوشی اتاق عمل	۲-۷ دفتر پرستاری و اتاق عمل بیمارستان طبق صورت جلسه به روز شده مخدر را جهت مصرف بیماران بخش ها و یا تامین استوک بخش هایی که مخدر دارند و بیماران اتاق عمل از مسئول فنی داروخانه بستری تحویل میگیرند.
پزشک	۳-۷ نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک در پرونده بیمار و برگه نسخه مخدر استاندارد بیمارستان انجام شود.
پزشک، پرستار	۴-۷ از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی استفاده شود و نام، شکل و دوز دارو به صورت کامل نوشته شود (به کارگیری اختصارات ممنوع است).
پرستار	۵-۷ استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری، نسخه نویسی، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر مدنظر واقع گردد.
مسئول فنی داروخانه بستری، سوپروایزر دفتر پرستاری، سرپرستار بخش های دارای مخدر	۶-۷ نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد (مخدر) در داروخانه، بخش های بستری، دفتر پرستاری و اتاق عمل در قفسه جداگانه قفل دار (گاو صندوق) به صورت حفاظت با صورت جلسه تحویلی از داروخانه بستری و مستندات چک تعداد مخدر در هر شیفت شده باشد.
دفتر پرستاری، سرپرستار بخش های دارای مخدر	۷-۷ درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت ها انجام شود.
پرستار	۸-۷ الزام به چک مستقل دوگانه و تنظیم پمپ هوشمند می باشد.
پرستار	۹-۷ رعایت اصول کلی دارودهی داروی صحیح، بیمار صحیح، راه مصرف صحیح، زمان صحیح دوز مصرف صحیح، مستندسازی صحیح و ... الزامی می باشد.
مسئول فنی داروخانه بستری، سوپروایزر دفتر پرستاری، سرپرستار بخش های دارای مخدر	۱۰-۷ داروهای نارکوتیک، داروهای با هشدار بالا مشمول برچسب گذاری قرمز روی باکس می باشند همچنین بر روی وسایل مورد استفاده جهت تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ پمپ، سرم پمپ، میکروست و برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.



مسئول فنی داروخانه بستری، سوپروایزر دفتر پرستاری، سرپرستار بخش های دارای مخدر	۱۱-۷ ثبت نسخه داروی مخدر توسط پرستار در سامانه HIS به نام بیمار و تحویل پوکه مصرفی به همراه نسخه کاغذی داروی مخدر تجویزی با مهر و امضای پزشک تجویز کننده معالج و امضای پرستار الزامی است.
مسئول فنی داروخانه بستری	۱۲-۷ کلیه نسخ و پوکه های مصرفی داروهای مخدر باید به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه بستری رسیده و گزارش مصرف مخدر به صورت خروجی اکسل از سامانه HIS بیمارستان در سامانه معرفی شده سازمان غذا و دارو در بازه های زمانی مشخص (روزانه/هفتگی) بارگزاری شود. حفظ کلیه مستندات (فاکتور خرید مخدرها، نسخ مصرفی، پوکه های مصرفی و ثبت مستندات مصرف در دفتر مخدر کاغذی و الکترونیک) در داروخانه بستری و تحویل به معاونت غذا و دارو در زمان خرید مجدد اجباری است.
مسئول فنی داروخانه بستری، سوپروایزر بالینی، کارشناس بیهوشی اتاق عمل	۱۳-۷ در صورت هرگونه بازرسی سرزده توسط معاونت دانشگاه اتاق عمل و دفترپرستاری کلیه مخدرهایی را که طبق صورت جلسه در بخش ها توزیع کرده جمع آوری کرده و طبق صورت جلسه تحویلی به داروخانه بستری می آورد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸ پایش: مسئول فنی داروخانه بستری مسئول پایش بر حسن اجرای این دستورالعمل می باشد.	
۲-۸ نظارت: رئیس بخش مراقبت های دارویی و مسئول بهبود کیفیت مسئول نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل مذکور می باشند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹ تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، دفتر بهبود کیفیت مرجع تایید این دستورالعمل خواهد بود.	
۲-۹ تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این دستورالعمل خواهد بود.	
۳-۹ 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.	
۴-۹ بازنگری: این دستورالعمل توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان، کمیته دارو، درمان و تجهیزات پزشکی می توانند پیشنهاد بازنگری در این دستورالعمل را خارج از بازه های زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱-۱۰ دستورالعمل های ابلاغی داخلی بیمارستان	



تهیه کنندگان		
دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	دکتر هاله متین رخ رئیس مراقبت دارویی	دکتر پرگل باجلانی مسئول فنی داروخانه بستری
		
تصویب و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول آموزش و بهبود کیفیت
		
توزیع نسخ		
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان