



۱- هدف: هدف از تدوین این سند

- ۱-۱- اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی به منظور بهبود ایمنی و کیفیت مراقبت از طریق آموزش، مشاوره و خدمات ارزیابی در چارچوب استانداردهای اعتباربخشی و قوانین سازمانهای بالادستی به بیماران بیمارستان نیکان غرب
 - ۱-۲- اطمینان از ارتباط موثر بین ارائه دهندگان مراقبت‌های درمانی، بیماران و خانواده بیماران برای مراقبت ایمن و با کیفیت
 - ۱-۳- در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی در طول فرایند مراقبت به بیماران و خانواده هایشان برای درک اهداف مراقبت از خود و تصمیم گیری آگاهانه
- در بیمارستان نیکان غرب می‌باشد.

۲- دامنه کاربرد: اجرای این سند بصورت صحیح و کامل در بخش های درمانی بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

۳- تعاریف:

- ۳-۱- PD: ۶ مورد از موارد مهمی که بیمار و خانواده اش انتظار دارند اطلاعات کافی در مورد آنها داشته باشند که شامل:
 - Diet: رژیم غذایی که پزشک برای بیمار در زمان ویزیت مشخص و در برگه دستورات پزشک ثبت می نماید.
 - Drug: داروهایی که پزشک برای بیمار در زمان ویزیت مشخص و در برگه دستورات پزشک ثبت می نماید.
 تبصره ۱: اطلاعات دارویی ارایه شده بر اساس مندرجات کاردکس بیمار است.
 - Diagnosis: شناسایی ماهیت و علت یک بیماری یا مشکل است و فرایند تعیین و مشخص کردن یک وضعیت بر اساس علائم یا نشانه‌ها اطلاق می‌شود.
 - Direction: مشاوره هایی که در طول درمان برای بیمار توسط پزشک معالج درخواست شده و انجام می‌شود.
 - تبصره ۲: ویزیت ها و اقدامات پاراکلینیکی در طول ۲۴ ساعت اخیر به همراه بیمار اطلاع داده می شود.
 - Doctor Access: شیوه دسترسی همراه بیمار به پزشک در حین بستری بیمار، که با هماهنگی با سرپرستار بخش انجام می‌گیرد.
 - Discharge: تاریخ احتمالی ترخیص که براساس نظر پزشک و شرایط بالینی بیمار مشخص می‌شود.
- ۳-۲- فرد مسئول PD: یک نفر پرستار / سرپرستار در بخش که توسط مدیر پرستاری / سوپروایزر ارتقای سلامت جهت انجام فرایند PD تأیید شده است.

۳-۳- HIS: سامانه یکپارچه اطلاعات بیمارستانی

۴- مسئولیت ها و اختیارات:

- ۴-۱- کارشناس معاونت درمان و سوپروایزر ارتقای سلامت مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارند.
- ۴-۲- مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را بر عهده دارد.
- ۴-۳- مدیر پرستاری، سوپروایزران بالینی و سرپرستاران مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

۵- گام های دستورالعمل:

- ۵-۱- کارمند پذیرش باید در زمان پذیرش و احراز هویت در خصوص ارائه اطلاعات به همراهان به بیمار اطلاع رسانی لازم را انجام دهد.
- تبصره ۳: در صورتی که بیمار هوشیار نیست بند فوق برای فردی که در هنگام پذیرش جهت تشکیل پرونده مراجعه می نماید انجام میشود.



۲-۵- کارمند پذیرش باید در زمان پذیرش بیمار، اطلاعات و مشخصات فرد مورد اعتماد بیمار را به همراه شماره تماس معتبر اخذ و در جدول پشت برگه شماره یک پرونده پزشکی بیمار و سامانه HIS ثبت نماید.

تبصره ۴: پس از پذیرش بیمار، پیامکی در این خصوص برای همراه بیمار ارسال می گردد.

۳-۵- پرستار مسئول بیمار باید در زمان پذیرش بیمار در بخش، اطلاعات لازم را درخصوص طرح ۶D به بیمار/ همراه بیمار ارائه دهد.

۴-۵- منشی بخش باید در زمان ورود بیمار به بخش، جهت حصول اطمینان اطلاعات و مشخصات فرد مورد اعتماد ثبت شده در جدول پشت برگه شماره یک و HIS را با بیمار یا همراه وی در صورت هوشیاری نبودن بیمار کنترل و تأییدیه را اخذ نماید.

تبصره ۵: در صورت مغایرت اطلاعات، اصلاحات لازم توسط منشی با رعایت اصول مستند نویسی انجام میشود.

۵-۵- فرد مسئول ۶D باید خود را در زمان استقرار بیمار بر روی تخت بستری به بیمار یا همراه وی (در صورت هوشیار نبودن) معرفی نماید.

۶-۵- پرستار مسئول بیمار باید شرایط بیمار خود را به روش تکنیک SBAR در اختیار فرد مسئول ۶D قرار دهد.

۷-۵- فرد مسئول ۶D باید در زمان تماس؛ خود را بصورت کامل به فرد مورد اعتماد بیمار معرفی نموده و هدف از برقراری تماس را بصورت شفاف و واضح بیان نماید.

تبصره ۶: ساعت برقراری تماس/ ارسال صورت ضبط شده ۱۳-۱۵ تصویب شده است

تبصره ۷: تماس برقرار شده با بیمار بصورت فایل ضبط شده بر روی HIS میشود.

۸-۵- فرد مسئول ۶D باید در زمان تماس از صحت مشخصات فردی که با او تماس گرفته است مطمئن شود.

تبصره ۸: جهت انجام بند ۸-۵- بهتراست مانند فرایند شناسایی فعال اقدام شود.

۹-۵- فرد مسئول ۶D باید در زمان ارائه اطلاعات به فرد مورد اعتماد بیمار، شرایط و مشکلات بیمار را بطور خلاصه بیان نماید.

تبصره ۹: اطلاعات مربوط به بیمار مطابق با اکسل بصورت روزانه توسط فرد مسئول ۶D از پزشک معالج اخذ میگردد.

تبصره ۱۰: اطلاعاتی که پس از تأیید و ثبت در پرونده به اطلاع فرد مورد اعتماد بیمار قرار می گیرد شامل :

- وضعیت پرونده بیمار
- تشخیصی که پزشک برای بیمار عنوان کرده است (Diagnosis)
- فهرستی از داروهای فعلی بیمار بصورت خلاصه (Drug)
- رژیم غذایی و وضعیت حرکتی بیمار (Diet)
- آلرژی اگر برای بیمار اتفاق افتاده است
- جدیدترین علائم حیاتی بیمار
- نتایج اقدامات پاراکلینیک (آزمایشات - تصویربرداری و اقدامات توانبخشی) و مقایسه با نتایج قبلی
- مشاوره ای اگر برای بیمار درخواست شده یا انجام شده است (Direction)
- تبصره ۱۱: ویزیت یا اقدامات انجام شده برای بیمار به همراه بیمار اطلاع داده می شود.
- زمان انجام اقدامات پاراکلینیک جدید
- ویزیت بعدی بیمار



- تاریخ احتمالی انتقال به بخش
 - تاریخ احتمالی ترخیص از بیمارستان (Discharge)
 - شیوه دسترسی به پزشک و پرستار پس از ترخیص (Dr follow up)
- ۱۰-۵- فرد مسئول ۶D باید پس از اجرای تمام بندهای دستورالعمل اطلاعات را در اکسل مشخص شده ثبت نماید.
- ۱۱-۵- فرد مسئول ۶D باید گزارشات موارد ارسال شده را به سرپرستار بخش در فواصل زمانی منظم اعلام نماید.

۶- پایش و نظارت:

- ۱-۶- پایش: فرمت و اجرای چک لیست پایش توسط سوپروایزر ارتقای سلامت بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرآیند مربوط تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش هر ماه یکبار توسط سوپروایزر ارتقای سلامت براساس چک لیست ارزیابی انجام و گزارش بصورت ۳ ماه یکبار به مدیر پرستاری و هر ۶ ماه در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.
- ۲-۶- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح این سند به شرح ذیل خواهد بود:
- ۱-۲-۶- نظارت بر عملکرد کارمندان پذیرش در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده ی مسئول پذیرش و مدیر اجرایی خواهد بود.
- ۲-۲-۶- نظارت بر عملکرد پرستاران و مسئول ۶D در اجرای دستورالعمل بر عهده ی سرپرستاران و سوپروایزر ارتقای سلامت خواهد بود.
- ۲-۲-۶- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و مسئول ۶D بر عهده ی مدیر پرستاری است
- تبصره ۱۰: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر ارتقای سلامت خطاب به مدیر پرستاری، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

- ۱-۷- تایید: پس از تایید اولیه مدیر پرستاری، کمیته اخلاق بالینی مرجع تایید این سند خواهد بود.
- ۲-۷- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.
- ۳-۷- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این دستورالعمل توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- ۴-۷- بازنگری: این سند توسط سوپروایزر ارتقای سلامت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

۸- منابع و مراجع:

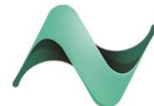
۱-۸- JOIN COMMISSION INTERNATIONAL-۲۰۱۸

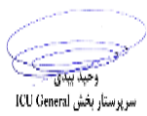
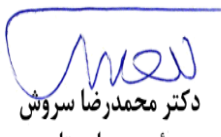
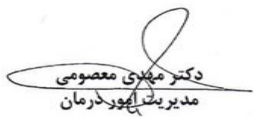
۲-۸- سیاست های داخلی بیمارستان

۳-۸- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال ۱۴۰۱

۴-۸- استانداردهای JCI کشور کانادا

۵-۸- <http://www.jointcommissioninternational.org>



مدیر پرستاری 	تکتم سبجانی - مسئول بهبود کیفیت 	وحید بیدی سرپرستار ICU 	سلمان ملک زاده سرپرستار ICU OH 	زهرا آقاصادقی سرپرستار CCU 	زهرا پورموسی سوپروایزر ارتقای سلامت 	فاطمه کریم نژاد کارشناس تجارب بیماران 	دکتر سارا بیگی کارشناس نظارت بر درمان 	تهیه کنندگان
دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان 		تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۰ دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان 		تأیید کننده جانشین رئیس کمیته	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان 		تأیید اولیه
نسخه کپی				دفتر سنجش و پایش کیفیت				توزیع نسخ
تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۰۶/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۰۷/۲۳ بیمارستان نیکان غرب								

