



1-هدف: هدف از تدوین این سند، اطمینان از حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از ایجاد هزینه اضافی و مدیریت منابع مالی و دارویی جهت استفاده در موارد اورژانسی و ضروری در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

2-دامنه کاربرد: اجرای صحیح این سند در کلیه بخش های درمانی- داروخانه بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

3-1- داروهای تحت کنترل: داروهایی که بر اساس پیشنهاد مشترک مدیر درمان و مسئول فنی/ کمبود و کسری کشوری با تایید رییس بیمارستان به عنوان داروی تحت کنترل مشخص شده است. (جدول شماره 1)

تبصره 1: ممکن است بر حسب شرایط کمبود و کسری برای مصرف دارو پروتکلی تنظیم و ابلاغ شود که بر اساس آن، مدارک لازم برای دارو باید تحویل گردد.

4- مسئولیت ها و اختیارات:

4-1- رییس بخش مراقبت های دارویی مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای سند را بر عهده دارد.

4-2- مدیر درمان مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارد.

4-3- مدیر پرستاری، سوپروایزران بالینی و سرپرستاران مسئولیت اجرای صحیح این دستورالعمل را بر عهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

5-1- داروی مورد نظر باتوجه به اندیکاسیون های تجویز بر اساس راهنما یا دستورالعمل کشوری بایستی به صورت کتبی در پرونده **توسط پزشک معالج** با درج دوز مصرفی و تعداد روز مصرف و نحوه مصرف، ساعت و تاریخ ثبت شود.

5-2- داروی ثبت شده در پرونده باید **توسط پرستار مسئول بیمار** در حضور پرستار شاهد همانند پروتکل داروهای پرخطر چک و اجرا شود.

5-3- دارو باید در سیستم HIS **توسط پرستار مسئول بیمار** به صورت تک نسخه ثبت شود.

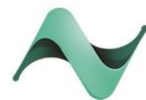
5-4- مدارک مورد نیاز جهت تحویل هر دارو، باید مطابق با جدول زیر به مسئول فنی داروخانه بستری تحویل گردد.

جدول شماره 1

نام دارو	مدرک 1	مدرک 2	مدرک 3	مدرک 4	توضیحات
IVIG	بیمار کرونا	کپی از اوردرد پزشک در پرونده	تایید متخصص داروساز بالینی	درخواست سیستمی	درخواست سیستمی پرینت شده و با امضای تحویل گیرنده به مدارک الصاق شود.
	بیمار غیر کرونا	کپی از اوردرد	تایید متخصص داروساز بالینی	-----	درخواست سیستمی پرینت شده و با



امضای تحویل گیرنده به مدارک الصاق شود.			تشخیص بیماری و نظر پزشک باشد	پزشک در پرونده		
درخواست سیستمی پرینت شده و با امضای تحویل گیرنده به مدارک الصاق شود.	-----	-----	-----	درخواست سیستمی	نوزاد (بستری در NICU)	
-----	-----	درخواست سیستمی	تاییدیه سوپروایزر کنترل عفونت و یا سوپروایزر بالینی	کپی از آزمایش مبنی بر مثبت بودن آزمایش H1N1	اسلتامویر (تامی فلو)	
-----	درخواست سیستمی	تایید متخصص داروساز بالینی	نسخه پزشک	تکمیل و تحویل فرم تجویز و مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها	آمفوتریسین بی	
درخواست سیستمی پرینت شده و با امضای تحویل گیرنده به مدارک الصاق شود.	درخواست سیستمی	تایید متخصص داروساز بالینی	نسخه پزشک	تکمیل و تحویل فرم تجویز و مصرف منطقی آلبومین	آلبومین	
-----	درخواست سیستمی	تایید متخصص داروساز بالینی	نسخه پزشک	-	ان پلیت	
-----	درخواست سیستمی	تایید متخصص داروساز بالینی	نسخه پزشک	-	آمینو اسید	
درخواست سیستمی پرینت شده و با امضای تحویل گیرنده به مدارک الصاق شود.	درخواست سیستمی	تایید متخصص داروساز بالینی	نسخه پزشک	-	فیبرینوژن	



اینترالپید	-	نسخه پزشک	تایید متخصص داروساز بالینی	درخواست سیستمی	-----
سولویت	-	نسخه پزشک	تایید متخصص داروساز بالینی	درخواست سیستمی	-----
سفتازیدیم آویباکتام 2/5 mg	-	نسخه پزشک	تایید متخصص داروساز بالینی	درخواست سیستمی	-----

5-5- سوابق مصرف در سیستم باید توسط مسئول فنی داروخانه چک شود.

5-6- دارو پس از اطمینان از ثبت دارو در سیستم و دریافت تصویر دستور پزشک، باید فقط توسط مسئول فنی داروخانه با لیبل نام بیمار تحویل نماینده بخش شود.

5-7- جهت تکرار دارو بعد از دریافت آخرین دوز تجویز شده مجدداً با رعایت بند های 1-2-3-4 باید دستور در پرونده توسط پزشک ثبت شود و طبق راهنمای کشوری مسئول فنی داروخانه می تواند دارو را به بخش تحویل دهد.

5-8- آماده سازی و تزریق دارو، باید در حضور پرستار شاهد توسط پرستار مسئول بیمار انجام شود و به بیمار در خصوص نوع دارو توسط پرستار مسئول بیمار توضیح داده شود.

5-9- داروی داده شده باید توسط پرستار مسئول بیمار بلافاصله پس از تزریق در گزارش پرستاری ثبت شود. عدم ثبت به معنای عدم تجویز و تزریق دارو می باشد.

5-10- در مورد برخی از داروها باید پوکه داروی مصرفی بصورت سالم تحویل نماینده بخش شود و روز بعد توسط نماینده بخش به داروخانه تحویل و رسید با امضا تحویل گرفته شود.

5-11- در صورت شکسته شدن پوکه دارو باید توسط سرپرستار یا مسئول شیفت در حضور سوپروایزر صورت جلسه شود و به تایید مسئول فنی داروخانه مدیر درمان و ریاست بیمارستان رسانده شود.

5-12- براساس این دستورالعمل داروخانه بیمارستان بصورت شبانه روزی در کلیه روزها موظف است دارو را به بخش تحویل دهد و سایر بخشها اجازه استوک داروهای تحت کنترل را ندارند.

5-13- در موارد اورژانس باید توسط سوپروایزر با مدیر درمان تماس گرفته شود و پس از تایید جهت تحویل دارو با مدیریت دارویی/ مسئول فنی داروخانه بستری توسط سوپروایزر تماس گرفته شود.

5-14- امحاء و گزارش دهی به سازمان های بالا دستی مطابق آخرین دستورالعمل های ابلاغی صادره از معاونت غذا و دارو باید توسط مدیریت دارویی صورت پذیرد.

5-15- بر اساس این دستورالعمل چنانچه تخطی صورت پذیرد واحد خاطی بر اساس مقررات بیمارستان پاسخگو می باشد.



تبصره 2: پزشک داروساز اقماری یا مقوم دارویی که مسئول تلفیق دارویی بیماران در بیمارستان می باشد موظف است کلیه موارد مرتبط به ثبت دارو در پرونده را مورد بررسی قرار داده و در صورت تخطی به مدیر درمان و مسئول فنی داروخانه به صورت کتبی گزارش دهد.

16-5- مسئول فنی داروخانه و نماینده دفتر پرستاری باید بصورت موردی پرونده های بیماران را مورد بررسی قرار دهند و موارد نقص دستورالعمل را به مدیر درمان به صورت کتبی گزارش داده و اقدام اصلاحی لازم را انجام دهند.

تبصره 3: نظارت دقیق و مستمر بر روند تهیه، توزیع و مصرف داروهای مذکور بر عهده مسئول فنی داروخانه می باشد.

تبصره 4: ارجاع همراه بیمار به خارج از مرکز جهت تهیه دارو در صورتی که دارو در فارماکوپه رسمی ایران و بیمارستان موجود باشد و جزء داروهای بیماران خاص یا نایاب نباشد، ممنوع می باشد.

6-پایش و نظارت:

1-6-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول فنی داروخانه بستری، با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب به رییس بخش مراقبت های دارویی و مدیر درمان و هر 6 ماه در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.

2-6- نظارت: نظارت بر اجرای این سند به شرح ذیل خواهد بود:

1-2-6- نظارت بر عملکرد پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سرپرستار بخش و سوپروایزر بالینی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول فنی داروخانه بستری خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول فنی داروخانه بستری به ترتیب بر عهده مدیر درمان و رییس بخش مراقبت های دارویی خواهد بود.

تبصره 5: موارد عدم انطباق توسط مسئول فنی داروخانه بستری به رییس بخش مراقبت های دارویی و مدیر درمان بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت اعلام می شود.

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

1-7- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مرجع تایید این سند خواهد بود.

2-7- تصویب و ابلاغ: رییس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

3-7- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.

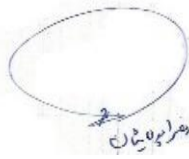
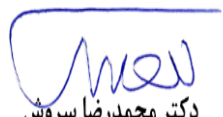
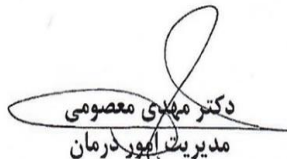
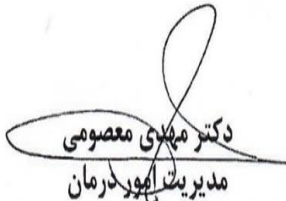
4-7- بازنگری: این سند توسط مسئول فنی داروخانه بستری با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان و دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع و مراجع:

1-8- مشاهدات بیمارستان

2-8- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401



مدیر پرستاری	عبداله فلاحي-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	زهرا پولاییان - سوپروایزر بالینی	دکتر پریسا درودیان مطلق - رییس بخش مراقبت های دارویی	تهیه کنندگان
 هلن دلیری راد				
 دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/06/30  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید کننده جانشین رییس کمیته  دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان	تایید اولیه
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		توزیع نسخ
 تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب  کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۰۲ بیمارستان نیکان غرب				