



1-هدف : هدف از تدوین این دستورالعمل، اطمینان از افزایش سطح آگاهی گروه‌های پرستاری از نحوه آمادگی بیماران و تداوم مراقبت قبل از جراحی جهت دستیابی بهتر به اهداف جراحی و همچنین مراقبت‌های جراحی با رعایت اصول جراحی ایمن، پایش مستمر بیمار و تکمیل مستندات حین و بعد از عمل، جهت کاهش عوارض جراحی، پیشگیری از موقعیتهای بحرانی بعد از جراحی و ترخیص بیماران از اتاق عمل با شرایط ایمن در راستای سیاست ارتقای کیفیت خدمات سلامت و اولویت ارتقای ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان غرب می‌باشد.

2- دامنه کاربرد: اجرای این سند در کلیه بخش‌های بستری و اتاق عمل بیمارستان نیکان غرب الزامی است.

3- تعاریف:

3-1- NPO (Nil per os) : نخوردن چیزی از راه دهان

3-2- I&O (Intake & Output): جذب و دفع

3-3- PO (Per os): از راه دهان

4- مسئولیت ها و اختیارات:

4-1- سوپروایزر ارتقای سلامت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سرپرستار بخش جراحی/اتاق عمل مسئولیت تدوین، نظارت بر اجرای صحیح سند و بازنگری در بازه زمانی مشخص شده را بر عهده دارند.

4-2- مدیر درمان و مدیر پرستاری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-3- پزشک معالج، پرستاران مسئول بیمار، سرپرستاران بخش های جراحی و اتاق عمل مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.

4-4- پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار، سرپرستاران بخشهای جراحی و اتاق عمل مسئولیت انجام آمادگی های لازم جهت عمل جراحی و آمادگی های بعد از عمل جراحی را برعهده دارند.

5- گام های دستورالعمل:

5-1- آمادگی و مراقبت قبل از عمل جراحی

5-1-1-1 جهت انجام اقدامات تهاجمی با رعایت کلیه الزامات دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج ، قبل از پروسیجر و بیهوشی از بیمار یا ولی قانونی وی باید رضایت آگاهانه اخذ شود و صحت اخذ رضایت آگاهانه با امضا و اثر انگشت بیمار، ولی یا شاهد تایید شود و در صورت درخواست پزشک معالج، مشاوره پزشکی قانونی انجام گیرد.

تبصره ۱: رضایت آگاهانه تنها زمانی امکان پذیر است که مددجو اطلاعات ارایه شده را بفهمد، یعنی به زبان مشترک صحبت کند و هوشیار باشد، دارای توانایی ذهنی باشد و داروهای آرام‌بخش مصرف نکرده باشد. برای افراد زیر سن قانونی یا افراد خاص طبق راهنمای مربوطه رضایت اخذ شود.

5-1-1-2 طبق دستور پزشک معالج، مشاوره های پزشکی تخصصی باید پیگیری و انجام شود و دستورات پزشکان مشاور طبق تایید پزشک معالج اجرا گردد. مشاوره بیهوشی قبل از عمل جهت کلیه بیماران انجام شود و پس از تایید پزشک معالج باید دستورات توسط پرستار یا مامای مسئول بیمار اجرا شود.

5-1-1-3 بررسی نیازهای تغذیه ای و متابولیکی و کنترل الکترولیتها باید توسط پزشک معالج انجام شود و هر گونه کمبود تغذیه ای متابولیکی قبل از عمل جراحی (در صورت عدم اورژانسی بودن) توسط پزشک معالج برطرف یا تعدیل گردد.

5-1-1-4 آموزش خودداری از خوردن و آشامیدن و NPO بودن بیمار بر اساس راهنمای فعلی باید توسط پرستار / مامای مسئول بیمار به صورت زیر انجام گیرد:

- مصرف مایعات شفاف تا ۲ ساعت قبل از جراحی منعی ندارد.



- مصرف شیر مادر تا ۴ ساعت قبل از عمل بلامانع است.
- شیر خشک تا ۶ ساعت قبل از جراحی می‌تواند مصرف شود.
- امکان مصرف یک وعده غذایی سبک تا حدود ۶ ساعت قبل از فرایند جراحی وجود دارد.
- امکان مصرف وعده سنگین‌تر (سرخ کردنی و یا غذاهای چرب) تا ۸ ساعت قبل از جراحی وجود دارد.

5-1-5- از بیمارانی که کتتر ادراری ندارند **توسط پرستار یا مامای مسئول بیمار/بیهوشی** قبل از تحویل به اتاق عمل، خواسته شود که مثانه خود را تخلیه نمایند.

5-1-6- ارایه آموزش‌های لازم در زمینه ماهیت و دلیل جراحی، تمام گزینه‌های موجود و خطرات مرتبط با هر گزینه، خطرات روش جراحی و نتایج احتمالی آن، نام و شرایط و صلاحیت جراحی که عمل را انجام خواهد داد، حق رد رضایت جراحی با ذکر جملاتی که برای بیمار قابل فهم باشد در جهت حفظ آرامش و کاهش اضطراب بیمار قبل از جراحی باید **توسط پزشک جراح** انجام گیرد.

تبصره ۲: جراح مسئولیت قانونی در مورد اطمینان از رضایت آگاهانه مددجو را برعهده دارد. پرستار/ مامای مسئول بیمار شاهد امضای فرم توسط مددجو، خانواده یا نماینده قانونی او خواهد بود و در مورد آگاه‌سازی مددجو درباره عمل جراحی نقشی ندارد.

5-1-7- چهار جنبه از آموزش‌های قبل از عمل برای مددجو باتوجه به نوع جراحی و شرایط آن باید **توسط پرستار/ مامای مسئول بیمار** به شرح زیر انجام شود:

- اطلاعات، متشکل از آنچه برای مددجو رخ خواهد داد، چه زمانی چه احساسی را تجربه خواهد کرد از جمله احساسات (گوش دادن دقیق به مددجو، توضیح مدیریت درد، توضیح مقیاس درد و ...)
- حمایت‌های روان‌شناختی جهت کاهش اضطراب (تصحیح برداشتهای اشتباه مددجو)
- نقش مددجو و افراد حامی در آماده‌سازی قبل، حین و پس از جراحی
- آموزش مهارت‌هایی شامل حرکت، تمرین‌های پا، تنفس عمیق، سرفه موثر، نحوه استفاده از اسپیرومتری انگیزشی و اعمال فشار بر زخم‌ها با دست یا بالش

5-1-8- کوتاه کردن موهای ناحیه عمل قبل از انجام جراحی با ماشین مو زن برقی، توصیه به حمام کردن صبح یا عصر قبل از عمل برای کاهش عفونت محل عمل، گرفتن ناخن‌ها، پاک کردن لاک‌ها و تمام مواد آرایشی، پوشیدن لباس اتاق عمل و بازکردن تمام گیره‌های سر یا کلیپس باید **توسط پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار** انجام شود.

5-1-9- لوازم یا اموال گران‌قیمت و با ارزش بیماران مانند انواع زیورآلات، گوشی‌های موبایل، پول و ... باید **توسط پرستار/ کمک‌بیار مسئول بیمار** ضمن اخذ و ثبت تاییدیه آن در دفتر مخصوص، تحویل خانواده مددجو یا فرد مورد اطمینان ایشان شود. در زمان عدم امکان نگهداری برای بیمار یا همراه او مطابق "خط مشی و روش اجرایی نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت" به شماره مدرک "WNNH-PNP-MND-۰۰۰۰۲-۰۴" توسط کمک‌بیار با دفتر انتظامی تماس گرفته شود در حضور پرستار مسئول بیمار، سوپروایزر بالینی، مسئول شیفت بخش، مسئول انتظامات و مامور کلانتری مستقر (در صورت حضور بیمارستان) طی ۲ نسخه صورت‌جلسه آن امضا می‌شود و تحویل دفتر انتظامات می‌شود. در صورت بهبودی وضعیت بالینی بیمار یا حضور همراه با مدرک شناسایی معتبر کلیه اموال بیمار بر طبق صورت‌جلسه قبلی و در حضور کلیه افراد ذکرشده به تایید و تحویل گیرنده خواهد رسید.

5-1-10- تمام پروتزها مثل دندان‌های مصنوعی کامل یا تکه‌ای، لنزهای چشم، اعضای مصنوعی، عینک، کلاه گیس و مژه‌های مصنوعی، باید توسط **کمک‌بیار** قبل از عمل خارج شوند.



تبصره ۳: خارج کردن جواهرات نیز شامل سوراخ‌های ایجاد شده در بدن (Body-Piercing)، حلقه ازدواج به علت خطر آسیب دیدگی بر اثر سوختگی طی استفاده از ابزار جراحی الکتریکی است.

تبصره ۴: اگر مددجو بخواهد سمک به همراه داشته باشد باید پرسنل اتاق عمل را نسبت به این موضوع آگاه نماید. همچنین پرستار باید وجود آدامس و دندان لق (به‌ویژه در کودکان سن ۵-۶ سال تحت جراحی برداشتن لوزه‌ها) که می‌توانند جابجا شده یا حین بیهوشی آسیب‌رسان شوند را بررسی نماید.

۵-۱-۱۱: برگ مراقبت بعد از عمل جراحی، باید قبل از انتقال به اتاق عمل برای چک مجدد پرونده بیمار توسط پرستار/مامای مسئول بیمار تکمیل شود.

۵-۱-۱۲: قبل از جراحی، دستورات جراح یا متخصص بیهوشی باید توسط پرستار مسئول بیمار به دقت بررسی و از انجام تمامی دستورات، ضمیمه شدن نتایج آزمایش‌ها، گرافی‌ها و مدارک لازم و مرتبط با بیمار به پرونده بیمار و ثبت کاندید عمل بیمار در HIS اطمینان حاصل گردد و همراه با بیمار به اتاق عمل تحویل داده شود.

۵-۱-۱۳: در صورت مشاهده مغایرت بین اطلاعات پرونده و دستبند و خود اظهاری بیمار، باید تعیین هویت بیمار مجدد از طریق اظهار همراه درجه یک و مدارک شناسایی بیمار (کارت ملی) توسط پرستار/مامای مسئول بیمار اقدام شود.

۵-۱-۱۴: آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی طبق دستور پزشک با رعایت اصل دارودهی قبل از جراحی یا بعد از تماس تلفنی و اطلاع اتاق عمل به پرستار/مامای مسئول بیمار، قبل از جابجایی بیمار بر روی برانکارد و انتقال به اتاق عمل جهت بیمار باید توسط پرستار/مامای مسئول بیمار تجویز شود.

تبصره ۵: باتوجه به اثربخشی آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی در زمان برش جراحی، نباید بیش از ۶۰ دقیقه از زمان تزریق آنتی‌بیوتیک گذشته باشد.

۵-۱-۱۵: باید از آماده بودن کلیه لوازم و وسایل مورد نیاز برای عمل مانند ایمپلنت‌ها و کتترها و ... قبل از جراحی، توسط پرستار/مامای مسئول بیمار از طریق هماهنگی با سرشیفت اتاق عمل اطمینان حاصل شود.

۵-۱-۱۶: کلیه مندرجات فرم شماره ۶ (مراقبت قبل از عمل جراحی) باید توسط پرستار/مامای مسئول بیمار تکمیل گردیده و ضمیمه پرونده از قبیل مدارک تجهیزات همراه بیمار، برگه رزرو خون یا فراورده همراه و ... در فرم فوق ثبت و امضا شود.

۵-۱-۱۷: انتقال ایمن بیمار باید توسط کمک‌بیار در حضور پرستار/مامای مسئول بیمار برحسب شرایط بیمار و با استفاده از وسیله متناسب (برانکارد یا ویلچر) و تجهیزات و وسایل همراه (کپسول اکسیژن، پالس اکسی‌متر و تجهیزات احیا در صورت لزوم، پتو و ...) با رعایت نکات ایمنی و شئون اخلاقی، حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار به اتاق عمل انجام گردد.

۵-۱-۱۸: تحویل ایمن بیمار بر اساس SBAR به پرستار/کارشناس اتاق عمل/هوشبری باید توسط پرستار/مامای مسئول بیمار صورت گیرد و در دفتر تحویل بیمار ثبت و امضا شود.

۵-۱-۱۹: بیمار در بدو ورود به اتاق عمل باید توسط پرستار/کارشناس اتاق عمل/هوشبری بر اساس SBAR مطابق با برگه شماره ۶ از بخش مبدا ضمن کنترل مجدد هویت بیمار طبق اصول شناسایی صحیح، انجام ارزیابی مجدد بیمار (از لحاظ شرایط جسمی، روانی، سوابق بیماری و دارویی، ناشتایی، شیو ناحیه عمل، اجسام کاشتنی و گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت بیهوشی)، برقراری ارتباط و تعامل منطقی با بیمار برای کنترل استرس و اضطراب، کنترل پرونده بیمار برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل، همچنین کنترل و بررسی مناسب بودن راه وریدی و صحت عملکرد اتصالات بیمار تحویل گرفته شود.



۲۰-۱-۵- گزارش انتقال و ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل، نحوه انتقال، تجهیزات همراه بیمار و افراد همراهی کننده در زمان انتقال، نام فرد تحویل گیرنده بیمار در گزارش پرستاری مطابق راهنمای مستندسازی و گزارش پرستاری باید توسط پرستار/مامای مسئول بیمار ثبت شود.

۲۱-۱-۵- در صورت هرگونه عدم انطباق که منجر به کنسل شدن عمل جراحی بیمار بعد از ورود به بخش اتاق عمل شود باید توسط سرپرستار/سوپروایزر اتاق عمل به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع کتبی داده شود.

۲۲-۱-۵- در صورت دریافت گزارشات کنسلی عمل جراحی، بلید موارد بررسی و مداخلات و اقدامات اصلاحی به نحو مقتضی توسط سرپرستار/سوپروایزر اتاق عمل به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/مدیر درمان اعلام گردد.

2-5- مراقبت حین عمل جراحی

۱-۲-۵- قبل از هر مورد القای بیهوشی، باید ارزیابی گازهای طبعی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی، توسط هوشبری تحت نظارت و تایید نهایی متخصص بیهوشی انجام شود.

۲-۲-۵- در صورت پذیرش بیمار عفونی یا واگیردار یا مشکوک، بیمار باید توسط پرسنل اتاق عمل با حفظ پروتکل های کنترل عفونت به اتاق عمل اختصاصی برای این بیماران منتقل شود.

۳-۲-۵- قبل از القای بیهوشی و در حضور پرستاران اتاق عمل و کادر بیهوشی، باید صحت هویت بیمار(به صورت فعال و با تایید توسط بیمار)، صحت علامتگذاری محل عمل جراحی در موارد لازم(که توسط خود جراح یا کادر درمانی که در تمام مدت عمل بر بالین بیمار حضور دارد انجام شده است)، صحت عملکرد ماشین بیهوشی و آماده بودن داروها و اتصال دستگاه پالس اکسیمتری و صحت عملکرد آن توسط یکی از اعضای تیم جراحی مرور و احراز شده، بیمار در خصوص داشتن حساسیت شناخته شده، وضعیت راه هوایی (راه هوایی مشکل دار) و ریسک خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی لیتر (۷ میلی لیتر بر کیلوگرم در اطفال) بررسی شود.

۴-۲-۵- پس از بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، توسط تیم جراحی اعضای تیم معرفی و نقششان اعلام گردد. متعاقباً هویت بیمار، پروسیجر جراحی و محل انجام برش (موضع عمل) تایید شود و از تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مناسب در صورت لزوم و طی یک ساعت قبل از اقدام به برش پوستی اطمینان حاصل گردد.

۵-۲-۵- قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل توسط پرستار مربوطه و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، باید نام پروسیجر، اتمام شمارش ابزارها، گازها و سوزنها اعلام شده، صحت برچسب گذاری ظرف حاوی نمونه پاتولوژی/آزمایشگاه با خواندن نام بیمار تایید گردد و سپس مشکلات تجهیزاتی پیش آمده در حین عمل مطرح شود.

۶-۲-۵- سایر مراحل مراقبت های حین عمل جراحی و ریکاوری باید توسط تیم جراحی/پرسنل اتاق عمل طبق "چک لیست جراحی ایمن" به شماره مدرک WNH-CHK-NUR-00513-03 اجرا گردد.

3-5- مراقبت بعد از عمل جراحی

۱-۳-۵- شناسایی بیمار از طریق خود اظهاری در صورت هوشیاری بیمار و یا از طریق کنترل دستبند شناسایی با پرونده بیمار در زمان تحویل بیمار از اتاق عمل در ریکاوری باید توسط پرستار ریکاوری/کارشناس هوشبری انجام شود.



۲-۳-۵- در ریکاوری لتاق عمل، معیار ترخیص مددجو از ریکاوری بر اساس معیار آلدرت^۱ (ضمیمه ۱) در تبصره ۶، باید توسط پرستار ریکاوری/کارشناس هوشبری بررسی و از آمادگی کامل بیمار برای انتقال ایمن از ریکاوری به بخش اطمینان حاصل گردد.

تبصره ۶: معیار آلدرت، یک سیستم امتیازدهی و معیار ترخیص مددجو از ریکاوری است که با استفاده از آن به ۵ متغیر فعالیت، هوشیاری، تنفس، اشباع اکسیژن خون شریانی و جریان خون مددجو از صفر تا ۲ امتیاز داده می‌شود. این مقیاس دارای ۱۰ امتیاز نهایی است که بدست آوردن ۹ امتیاز برای ترخیص مددجو از ریکاوری الزامی است. (ضمیمه ۱)

۳-۳-۵- با دستور پزشک متخصص بیهوشی مبنی بر ترخیص بیمار از ریکاوری، انتقال بیمار به بخش مقصد باید توسط پرستار ریکاوری/کارشناس هوشبری اطلاع داده شود و مشخصات و گزارش کامل بیمار در دفتر ریکاوری درج و انتقال بیمار در HIS ثبت گردد.

۴-۳-۵- انتقال بیمار به بخش مقصد باید توسط پرستار ریکاوری/کارشناس هوشبری طی تماس تلفنی با پرستار مسئول شیفت بخش مقصد و اطلاع ترخیص مددجو از ریکاوری و پذیرش آن انجام گردد.

۵-۳-۵- به منظور انتقال بیمار به بخش باتوجه به شرایط بیمار باید تجهیزات لازم جهت انتقال ایمن بیمار نظیر برانکارد، ویلچر، کپسول اکسیژن و وسایل کمک تنفسی (آمبوغ)، داشتن مانیتورینگ (پالس اکسی متر)، کیف احیا و ... توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار محیا شود.

۶-۳-۵- پرستار/مامای مسئول بیمار به همراه کمک‌بهار باید در ریکاوری حضور یافته و بر اساس SBAR اقدام به تحویل بالینی ایمن بیمار، کنترل علائم حیاتی بیمار، اتصالات همراه بیمار و حجم درناژ اتصالات، محل عمل جراحی از نظر خونریزی و هماتوم و پوست بیمار از نظر احتمال سوختگی با کوتر، حس اندام تحتانی در بی‌حسی‌های اپیدورال نماید.

در صورت نیاز پزشک به صورت ایمن با حفظ حریم خصوصی و توجه به پوشش بیمار حین انتقال، بیمار باید توسط کمک‌بهار با حضور پرستار مسئول بیمار به بخش مقصد انتقال داده شود.

۷-۳-۵- کنترل علائم حیاتی بیمار پس از جراحی یا پروسیجرهای تشخیصی درمانی پرخطر (مانند اسکوپ‌ها و ...) باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار طبق الگوی ۴-۲-۲ به صورت اندازه‌گیری ۴ نوبت تا ۱۵ دقیقه برای یک ساعت اول بعد از عمل، ۴ نوبت تا ۳۰ دقیقه برای دو ساعت بعد، سپس ۲ نوبت هر یک ساعت تا ثابت شدن علائم حیاتی بعد از آن طبق دستور پزشک یا طبق روتین، با ذکر تاریخ و ساعت و نام پرستار ثبت گردد.

۸-۳-۵- تدابیر تداوم مراقبت بعد از عمل باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار با بررسی و کنترل: سطح هوشیاری (واکنش به محرک‌های کلامی و تولنایی حرکت لندام‌ها)، علائم حیاتی طبق الگوی ۴-۲-۲ ذکر شده در بند فوق، دما و رنگ پوست (رنگ‌پریدگی، سیانوز، سردی و مرطوب بودن پوست نشانه مشکل گردش خون)، وضعیت و پوزیشن بیمار، راحتی و درد (مقیاس درد و توجه به شاخص‌های عینی درد (مانند رنگ‌پریدگی، تعریق، کشش عضلانی، عدم تمایل به سرفه، حرکت یا راه رفتن)، تعادل مایعات (کنترل علائم شوک)، پانسمان و ملافه (از نظر خونریزی و توصیف مقدار خون روی پانسمان با توصیف اندازه لکه‌ها یا با مشخص کردن تعداد و نوع پانسمان‌های خون آلوده شده)، اتصالات، درن‌ها و لوله‌ها (رنگ، قوام، میزان درناژ، در معرض دید بودن لوله‌ها و آویزان شدن درست آن)، هرگونه مشکل در تخلیه ادرار یا اتساع مثانه، بازگشت حرکات دودی روده (سمع صداهای شکمی هر ۴-۶ ساعت) و دفع گاز و در صورت PO شدن بیمار طبق دستور پزشک تحمل غذا و مایعات خورده شده انجام شود.

¹ Aldrete



۹-۳-۵- پس از جراحی، طبق دستور پزشک مدت زمان ناشتایی بیمار باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار رعایت شود.
۱۰-۳-۵- بیمار باید از نظر درد توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار/پزشک معالج پایش شود و مطابق دستورالعمل "مدیریت درد بیماران (تسکین درد) با شیوه اثربخش و ایمن" به شماره مدرک "WNH-INS-NUR-۰۰۰۹۳-۰۱"، تسکین درد طبق دستور پزشک انجام گیرد.

۱۱-۳-۵- کنترل، ثبت برگ جذب و دفع مایعات و توجه به میزان درناژ اتصالات و حجم I&O (در صورتی که بیمار سوند فولی داشته باشد) باید به طور دقیق توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار انجام و در صورت نیاز به پزشک اطلاع داده شده و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

۱۲-۳-۵- طبق دستور پزشک شروع رژیم غذایی بیمار جهت PO شدن بعد از سمع صداهای روده‌ای یا دفع گاز توسط بیمار، باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار ابتدا با صرفا جرعه‌های کوچکی از آب، رژیم مایعات شفاف به مایعات کامل و سپس بر حسب تحمل بیمار به رژیم نرم و معمولی انجام شود.

۱۳-۳-۵- پانسمان بیمار از نظر افزایش ترشحات زخم و کلیه اتصالات از نظر نشت، اطمینان از فعال بودن درن باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار کنترل شود.

۱۴-۳-۵- به منظور افزایش تحرک و خروج از تخت بیمار طبق دستور پزشک باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار/کمک بهیار با رعایت حفظ ایمنی بیمار، با اطمینان از راحتی و شان و احترام مددجو و کنترل اتصالات، محدودیت‌ها، علائم حیاتی و وضعیت بالینی به صورت زیر اقدام گردد:

- شروع حرکت طبق دستور پزشک و به تدریج باشد.
 - تشویق مددجو به چرخش از سمتی به سمت دیگر هر ۲ ساعت انجام شود.
 - نشستن مددجو بر روی تخت و یا آویزان کردن پاها آغاز شود.
 - در وضعیت نشسته قراردادن مددجوی دارای مشکل حرکتی و چرخش متناوب او
 - استفاده از تعداد مناسب کارکنان و وسایل کمکی و تجهیزات حمایتی لازم
 - نظارت و همراهی با مددجو در کلیه مراحل خروج از تخت و مسیر حرکت بیمار
- تبصره ۷: مددجویان تحت بی‌حسی نخاعی ۱۲-۸ ساعت بعد از عمل در وضعیت طاق باز قرار می‌گیرند. مددجوی بیهوش یا نیمه هوشیار در صورت امکان به پهلو و سر کمی بالاتر قرار گیرد.

۱۵-۳-۵- مطابق با "راهنمای مستندسازی و گزارش پرستاری" به شماره مدرک "WNH-DOC-EDU-۰۰۴۳۵-۰۱" ساعت تحویل و یا ورود بیمار به بخش، نوع عمل انجام شده، تدابیر تداوم مراقبت بعد از عمل (سطح هوشیاری، علائم حیاتی، وضعیت و پوزیشن بیمار، راحتی و درد، پانسمان و ملافه، اتصالات، درن‌ها و لوله‌ها، هرگونه مشکل در تخلیه ادرار یا اتساع مثانه، سمع صداهای شکمی و دفع گاز) و تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار، مهارت‌های آموزش داده شده به مددجو مانند تمرین‌های پا، تنفس عمیق، سرفه موثر، نحوه استفاده از اسپیرومتری انگیزشی و اعمال فشار بر زخم‌ها با دست یا بالش، حرکت و جابجایی بیمار باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار در گزارش پرستاری ثبت و مهر و امضا شود.

۱۶-۳-۵- در خصوص بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی مسری (کووید و ...) در تمامی مراحل فوق احتیاطات استاندارد و پروتکل‌های کنترل عفونت (رعایت لوازم حفاظت فردی، بهداشت دست و ...) باید توسط پرستار، ماما و کارشناس هوشبری مسئول بیمار/پزشک معالج رعایت گردد و



بیماران در اتاق خصوصی یا ایزوله بستری گردند و مراقبت های حین عمل بعد از اعمال جراحی طبق "دستورالعمل بیماران مبتلا به عفونتهای مسری نیازمند اعمال جراحی" به شماره مدرک "WNH-INS-NUR-۰۰۰۵۲-۰۲" اجرایی گردد.

6- پایش و نظارت:

1-6- پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط سوپروایزر ارتقای سلامت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، با همکاری دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، بصورت الکترونیکی طراحی و مطابق فرایند مربوطه، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط سوپروایزر ارتقای سلامت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به ترتیب به مدیر پرستاری و مدیر درمان و هر 6 ماه در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.

2-6- نظارت: نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل به شرح ذیل خواهد بود:

1-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستاران و گروه های پرستاری در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی، سوپروایزر ارتقای سلامت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود.

2-2-6- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی، سوپروایزر ارتقای سلامت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و پزشکان در اجرای درست سند بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.

تبصره 8: ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر ارتقای سلامت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به ترتیب به مدیر پرستاری و مدیر درمان، بصورت رونوشت به دفتر بهبود کیفیت انجام 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 سوپروایزر ارتقای سلامت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سرپرستار بخش جراحی/اتاق عمل با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان و مدیر پرستاری، دفتر سنجش و پایش کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

8- منابع:

۱-۸- فرم رضایت و براءت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی

۲-۸- فرم رضایت آگاهانه بیهوشی

۳-۸- فرم شماره ۶ (مراقبت قبل از عمل جراحی)

۴-۸- دستورالعمل جراحی ایمن

۵-۸- کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری ، چاپ اول، سال ۱۳۸۵.

۶-۸- راهنمای بالینی پرستاری دکتر - مهوش صلاصی وزارت - بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت دفتر - امور پرستاری

۷-۸- استانداردهای اعتباربخشی - ویرایش پنجم - سال ۱۴۰۱



۸-۸ - مبنای پرستاری کوزیر و ارب (۲۰۲۱) - اندیشه رفیع، چاپ اول ۱۴۰۰ - جلد دوم، صفحه ۵۸۶-۶۱۳

تهیه کنندگان	یعقوب داودی نژاد - سرپرستار اتاق عمل	زهرا پورموسی - سوپروایزر ارتقای سلامت	الهام محمودی - سوپروایزر آموزشی	عبداله فلاحي - کارشناس همانگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری
تایید اولیه	دکتر مهلاي معصومي مدیر بیمارستان	تائید کننده جانشین رییس کمیته	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/10/22 دکتر مهلاي معصومي مدیر بیمارستان	تصویب و ابلاغ کننده	دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت		نسخه کپی		
			تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۵/۱۰/۰۱ بیمارستان نیکان غرب کنترل شد ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ بیمارستان نیکان غرب		



معیار آلدرت

جهت ترخیص بیمار از ریکاوری به بخش جراحی

بیمار برای ترخیص از ریکاوری باید هوشیار و آگاه بوده و به وضع پایدار خود بازگشته باشد ، علائم حیاتی ، ثابت و در محدوده مورد قبول باشد ، معیار آلدرت که جهت ترخیص بیمار از ریکاوری به بخش جراحی است دارای ۱۰ امتیاز نهایی است که به دست آوردن ۹ امتیاز برای ترخیص از ریکاوری الزامی است .

نمره	هوشیاری	نمره	فعالیت
۲	کاملاً بیدار	۲	توانایی حرکت ۴ اندام با دستور
۱	قابل بیدار شدن	۱	توانایی حرکت ۲ اندام با دستور
۰	عدم پاسخ	۰	عدم توانایی حرکت اندام ها
نمره	اشباع اکسیژن	نمره	تنفس
۲	بیشتر از ۹۲٪ به هنگام تنفس هوای اتاق	۲	توانایی تنفس عمیق و سرفه راحت
۱	نیاز به اکسیژن مکمل جهت حفظ اشباع بیشتر از ۹۰٪	۱	دیس پنه و تنفس های سطحی
۰	کمتر از ۹۰٪ حتی با اکسژن مکمل	۰	آپنه
نمره	گردش خون		
۲	تغییرات فشار خون سیستولیک کمتر از ۲۰mg قبل از عمل		
۱	تغییرات فشار خون سیستولیک بین ۲۰ تا ۵۰mg قبل از عمل		
۰	تغییرات فشار خون سیستولیک بیشتر از ۵۰mg قبل از عمل		