



- 1- **هدف:** هدف از تدوین این دستورالعمل، اطمینان از رعایت اصول استاندارد در ارائه خدمات و اقدامات ایمنی خارج از حیطه اتاق عمل در راستای سیاست استقرار ایمنی بیمار در بیمارستان نیکان غرب می باشد.
- 2- **دامنه کاربرد:** اجرای این سند در بخش های اسکوپ، اتاق زایمان، اتاق عمل سرپایی و کت لب بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد
- 3- **تعاریف:**
 - 1-3 **اقدامات / پروسیجر تهاجمی:** عملی که با سوراخ کردن، بریدن، یا قطع کردن و بخیه زدن پوست و عضو بدن انجام شود. انجام پروسیجر تهاجمی در خارج از اتاق عمل و یا بخش هایی مانند اندوسکوپی، کت لب، تصویربرداری و... که توسط پزشک معالج و یا مشاور درخواست شده، توسط خود پزشک و یا مشاور انجام می شود. این اعمال بعلاوه اورژانسی بودن و یا سادگی پروسیجر بر بالین بیمار انجام میشود. انجام این اعمال نیاز به حضور پزشک بیهوشی نداشته و خود پزشک انجام دهنده برای شروع و پایان ایمن پروسیجر کافی می باشد.
 - 4- **مسئولیت ها و اختیارات:**
 - 1-4 کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه زمانی مشخص شده و نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
 - 2-4 مسئول فنی و مدیر پرستاری مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند را بر عهده دارد.
 - 3-4 سوپروایزران و سرپرستاران مسئولیت اجرای صحیح سند را بر عهده دارند.
 - 5- **گام های دستورالعمل:**
 - 1-5 اصول ایمنی بیمار و کنترل عفونت باید بر اساس استانداردهای اعتباربخشی و بیمارستان ایمن، توسط مسئول فنی بیمارستان / سوپروایزر کنترل عفونت در ساختار فیزیکی فضاهای خارج از اتاق عمل رعایت شود و بر اساس برنامه نظارتی، نواقص مربوطه رفع گردد.
 - 2-5 استانداردهای دارویی مرتبط با تجهیزات استاندارد ترالی کد و داروهای ضروری باید طبق لیست مربوطه توسط رئیس بخش مراقبت های دارویی / مسئول واحد در فضاهای خارج از اتاق عمل فراهم شود و بصورت روزانه کنترل گردد.
 - 3-5 شناسایی صحیح بیمار باید به صورت فعال و با کنترل دستبند و پرونده و کنترل پروسیجر مربوطه قبل از انجام پروسیجر، توسط پزشک بیهوشی / پزشک معالج / پرستار طبق چک لیست جراحی ایمن انجام شود.
 - 4-5 ارزیابی اولیه بیمار از نظر آلرژی به داروها باید قبل از شروع بیهوشی / بی حسی موضعی توسط پزشک / پرستار انجام شود و در صورت نیاز دستبند قرمز به دست بیمار متصل گردد.
 - 5-5 رضایت آگاهانه انجام اقدام تهاجمی الکتیو باید قبل از انجام پروسیجر توسط پزشک معالج / پرستار بر اساس فرم استاندارد از بیمار یا ولی قانونی بیمار دریافت شود.
 - تبصره 1: در اعمال اورژانسی به علت اولویت حفظ حیات بیمار، مطابق با ضوابط ابلاغی اقدام گردد.
 - 6-5 بر اساس فرم شماره 7 بیهوشی باید کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار توسط پزشک بیهوشی / پرستار انجام و در حین انجام پروسیجر تغییرات وضعیت بالینی و همودینامیکی به پزشک معالج جهت انجام اقدامات لازم اطلاع داده شود.
 - 7-5 مشخصات نمونه های بافتی تهیه شده از بیمار و محلول کاربردی برای نگهداری نمونه باید پس از بازخوانی در حضور پزشک معالج، توسط پرستار اتاق عمل برچسب گذاری گردد. برچسب نمونه با توجه به شناسه های دستبند شناسایی بیمار، نوع نمونه، محل جراحی، تاریخ دریافت نمونه، تعداد آن، انجام شده و پس از تحویل به آزمایشگاه شخص تحویل دهنده و تحویل گیرنده در دفتر نمونه های آزمایشگاه ثبت شود.
 - 8-5 بر اساس چک لیست جراحی ایمن، باید احتمال از دست دادن خون قبل از شروع پروسیجر توسط پزشک معالج / پرستار ارزیابی شود و آمادگی های لازم جهت مواجهه موثر (رزرو یا کراس مچ خون) انجام گیرد.



- 9-5- بر اساس ارزیابی اولیه انجام شده از بیمار و پروسیجر انجام شده، باید توسط پزشک متخصص بیهوشی / معالج دستورات دارویی (با ذکر نوع دارو، دوز دارو، روش مصرف و زمان مصرف) و غیر دارویی لازم جهت کنترل درد در دستورات پزشک ثبت گردد.
- 10-5- ارایه مراقبت های پس از جراحی / پروسیجر در بخش باید با مانیتورینگ علایم حیاتی بیمار توسط پرستار بخش انجام گیرد. در صورت بروز عوارض مرتبط با خونریزی و تغییرات بالینی و همودینامیک بلافاصله به پزشک معالج / بیهوشی اطلاع داده شود.
- 11-5- دستورالعمل های مرتبط با شستشو و ضدعفونی تجهیزات و فضا و سطوح باید مطابق دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط های اتاق عمل به شماره مدرک WNH-INS-ENH-00070-03 توسط سوپروایزر کنترل عفونت / مسئول بهداشت محیط در دسترس کارکنان قرار گیرد و کلیه کارکنان مرتبط با دستورالعمل ها آگاهی ها و آموزش های مربوطه را دریافت نموده و به آن عمل نمایند.
- 12-5- کلیه اقدامات تهاجمی که قابلیت انجام در فضاهای خارج از اتاق عمل را دارند (ضمیمه 1) در صورت اورژانسی نبودن، باید توسط مسئول فنی بیمارستان / سرپرستار برنامه ریزی (اسکچول) شوند و نیروی انسانی طبق نیاز بر اساس برنامه تعیین شده در هنگام انجام اقدامات تهاجمی حضور یابند و تقسیم کار کادر پرستاری در دفتر مربوطه بر اساس توانمندی و مهارت ثبت گردد.
- 13-5- اولویت پذیرش بیمار در فضاهای خارج از اتاق عمل باید بر اساس روش اجرایی نوبت دهی اتاق عمل به شماره مدرک WNH-PRU-NUR-00026-03 توسط سرپرستار صورت گیرد. (اولویت دهی به بیماران آسیب پذیر، بیماران پرخطر و رعایت پذیرش بیماران عفونی)
- 14-5- کلیه اقدامات مراقبتی قبل و پایش مستمر حین و پس از پروسیجر باید بر اساس دستورالعمل های مربوطه توسط سرپرستار انجام گیرد.
- تبصره 2:** حضور پرستار بیمار تا پایان انجام پروسیجر الزامی می باشد.

6-پایش و نظارت:

- 1-6- **پایش:** فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط 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 کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح خواهد شد.
- 2-6- **نظارت:** نظارت بر اجرای صحیح سند به شرح ذیل خواهد بود:
- 1-2-6- نظارت بر عملکرد سرپرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خواهد بود.
- 2-2-6- نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و پزشکان در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده مدیر پرستاری و مدیر درمان خواهد بود.
- تبصره 3:** ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاب به 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 کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با هماهنگی دفتر سنجش و پایش کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رییس بیمارستان، مدیر درمان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و دفتر سنجش و پایش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.

8-منابع و مراجع:

1-8- دستور العمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط های اتاق عمل به شماره مدرک WNH-INS-ENH-00070-03

2-8- فهرست اقدامات تهاجمی اسکوپ، اتاق زایمان و اتاق عمل سرپایی

3-8- اقدامات پیشگیرانه شرایط تهدیدکننده حیات

4-8- استانداردهای اعتباربخشی-ویرایش پنجم-1401

تهیه کنندگان	عبدالله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مدیر پرستاری	داریوش عندلویی - سرپرستار اورژانس	يعقوب داوودی نژاد - سرپرستار اتاق عمل
تایید اولیه	تصویب و ابلاغ کننده	مصوب کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی مورخ 1404/10/22	تایید کننده جانشین رییس کمیته	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان
توزیع نسخ	دفتر سنجش و پایش کیفیت	نسخه کپی	دکتر محمد رضا سروش رئیس بیمارستان	دکتر مهدی معصومی مدیر بیمارستان
تاریخ بازنگری بعدی	کنترل شد	بیمارستان نیکان غرب	بیمارستان نیکان غرب	بیمارستان نیکان غرب



ضمیمه 1: جدول اقدامات تهاجمی که قابلیت انجام در فضاهای خارج از اتاق عمل را دارند

بخش های جنرال	بیوپسی پوست، نمونه برداری سطحی از مخاط و لومبار پانکشن، NGT، بیوپسی مغز استخوان، کتتر صفاقی
بخش های ICU و NICU	کتتر پلورتراکتوستومی، PIG TAIL، چست تیوب، تعبیه سوند سوپراپوبیک، اینتوباسیون الکتیو، شالون گذاری، CVL، PICC، MIDLINE، کتتر ناف و LP