



**1-هدف:** هدف از تدوین این سند، اطمینان از رعایت و حفظ ایمنی بیمار و کاهش آمار مرگ و میر بیماران با بکارگیری تمامی مهارت‌های مدیریت فرایند احیای قلبی-ریوی به منظور بهبود پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت پس از احیا در بیمارستان نیکان غرب می باشد.

**2-دامنه کاربرد:** اجرای این سند در تمام واحدهای بالینی و غیر بالینی بیمارستان نیکان غرب الزامی می باشد.

**3-تعاریف:**

**1-3- احیا قلبی-ریوی:** شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن اعمال حیاتی سه عضو مهم قلب، مغز و ریه انجام و تلاش می‌شود تا گردش خون و تنفس به طور مصنوعی تا زمان برگشت جریان خون خودبخودی بیمار برقرار شود.

**تبصره 1:** احیا بر 4 مرحله است: مرحله C (برقراری گردش خون با فشردن قفسه سینه به عنوان اولین اقدام)، A (باز کردن راه هوایی)، B (حمایت تنفسی و برقراری تهویه تنفسی)، D (انجام دفیبریلاسیون سریع) می‌باشد.

**2-3- احیای قلبی-ریوی پایه (BLS):** عبارت است از انجام اقدامات اساسی و پایه به منظور حفظ حیات به دنبال ایست قلبی-تنفسی.

**تبصره 2:** اجزای اصلی احیای پایه شامل: شناسایی فوری ایست ناگهانی قلبی، اعلام کد در بیمارستان، شروع سریع CPR و انجام دفیبریلاسیون سریع می باشد.

**3-3- احیای قلبی-ریوی پیشرفته (ACLS):** مجموعه‌ای از اقدامات اساسی است برای درمان فوری و اضطراری شرایط تهدیدکننده حیات که منجر به ایست قلبی شده‌اند، و با استفاده از روش‌ها، داروها و تکنیک‌های پیشرفته پزشکی اجرا می‌شود.

**4-3- ابزار EWS (Early Warning Scoring):** ابزاری است که به منظور جلوگیری از وقوع ایست قلبی-تنفسی و کاهش میزان بروز آن در بیمارستان، در مورد بیماران بدحال و با شرایط خاص و بحرانی و یا در معرض خطر ایست قلبی سیستم و تشخیص سریع و اولیه بیماران در معرض خطر بکار گرفته می‌شود.

**5-3- تیم (گروه کد) احیا:** مجموعه سازمان یافته‌ای از افراد آموزش دیده است که در بخشهای بالینی و اورژانس مسئولیت انجام به موقع و با کیفیت عملیات احیای قلبی و ریوی را بر عهده دارد.

**تبصره 3:** ترکیب و انتخاب افراد تیم احیا براساس نوع بیماران (نوزاد-کودک-بزرگسال و مادر پرخطر) و نیز ساختار و توزیع جغرافیای بخشها در قالب فهرست افراد گروه کد احیای بیمارستان صورت گرفته و سازمان دهی می‌شود. شماره‌های کد احیا طبق آخرین ابلاغیه دانشگاه علوم پزشکی ایران بشرح ذیل است (جهت انجام احیای قلبی-ریوی در گروه‌های مختلف به فایل ضمیمه رجوع گردد)

کد احیای اطفال و نوزاد = 88

کد احیای بزرگسال = 99

کد احیای مادر نیازمند مراقبت ویژه = 55

**تبصره 4:** لازم است در ترکیب تیم احیا جهت مادر باردار نیازمند مراقبت ویژه، متخصص زنان و دو نفر از گروه مامایی نیز تعریف شوند.

**تبصره 5:** لازم است در ترکیب تیم احیا جهت نوزادان و اطفال یک متخصص اطفال و یک پرستار از NICU تعریف شده باشد.

**6-3-پوزیشن مناسب احیا:** در زمان احیا پوزیشن یا موقعیت مناسب جهت شروع اقدامات، با حفظ حمایت سر و گردن بیمار بصورت طاق باز روی یک سطح صاف و محکم می باشد.

**تبصره 6:** توجه داشته باشید در بخش‌های ویژه باید تشک مواج تخلیه شده و اگر تشک تخت خیلی نرم باشد در صورت لزوم از تخته احیا استفاده شود.



**تبصره 7:** وضعیت مناسب در زمان احیای مادر باردار پرخطر، قراردادن بیمار به صورت طاق باز و راندن رحم به سمت چپ بطور مداوم به منظور بهبود جریان خون سیستمیک مادر و جنین می باشد.

**تبصره 8:** در صورت عدم هوشیاری بیمار و وجود تنفس نرمال بیمار تا رسیدن گروه کد در وضعیت ریکاوری قرار می گیرد (به پهلو، زانوی پای بالایی به سمت قفسه سینه آورده و یک دست بیمار را زیر سر قرار داده).

**7-3- تکنیک جارویی (Finger Sweep):** در صورت رویت اجسام خارجی در دهان و حلق افراد بیهوش یا نیازمند احیا با استفاده از حرکت انگشتان به شکل جارو، جسم خارجی از دهان/ حلق خارجی می گردد. (انجام این تکنیک در صورت عدم آشنایی و مشاهده جسم خارجی و اطفال زیر یک سال ممنوع می باشد).

**8-3- فضای های مربوط به احیا:** مطابق جدول ذیل تقسیم بندی می گردد.

| انواع فضاهای بیمارستان | مکان مورد نظر                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| فضای غیردرمانی         | پارکینگ و فضای ورودی مجاور بیمارستان، فضای لابی بیمارستان، واحدهای اداری طبقه همکف، پارکینگ های طبقاتی، واحدهای مستقر در پارکینگ منفی یک، واحد مدیریت، سالن غذاخوری، آتریوم، واحدهای اداری مستقر در طبقه دوم، سالن کنفرانس طبقه دو، سالن آموزش طبقه یازده |
| فضای درمانی سرپایی     | واحد تصویربرداری، کلینیک قلب طبقه همکف، کلینیک های سرپایی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، کلینیک زخم، بخش اسکوپ، بخش IVF                                                                                                                                          |
| فضای بستری             | بخش دنا، بخش سهراب و فروغ، بخش آرش و سورنا، بخش یاس و نیما، اتاق عمل قلب، Postcath، ICU، OH، اتاق عمل های طبقه 5، 2، 1، ICU، CCU، رودابه، بلوک زایمان، NICU، اورژانس، بخش کوثر                                                                            |

#### 4- مسئولیت ها و اختیارات:

**4-1- سوپروایزر آموزشی و کارشناس هماهنگ کننده** ایمنی بیمار با همکاری تیم درمان مسئولیت تدوین، بازنگری در بازه های زمانی مشخص و نظارت بر اجرای صحیح سند را برعهده دارد.

**4-2- سوپروایزر آموزشی** مسئولیت تدریس و برگزاری دوره های آموزشی احیای پایه و پیشرفته برای تمامی پرسنل مرتبط، و نظارت بر موارد احیا و نگهداری تجهیزات بالینی در ارتباط با احیا برعهده دارد.

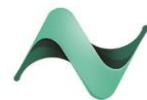
**4-3- سوپروایزران بالینی** در هر شیفت و در زمان احیا مسئولیت نظارت بر عملیات احیا و هماهنگی با سایر موارد مرتبط و واحدها و تکمیل فرم نظارت و پایش احیا را برعهده دارد.

**4-4- پرستار بخش (مسئول دسترسی عروقی و تزریق داروها گروه کد احیا)** و پزشک مسئول تیم احیا پس از خاتمه عملیات احیا، مسئولیت ثبت اقدامات و داروهای تزریقی در فرم ثبت گزارش عملیات احیا در 2 نسخه برای هر بار انجام عملیات احیا را برعهده دارند.

**4-5- پزشک رهبر تیم احیا** مسئولیت پاسخگویی در خصوص عملیات احیا و نحوه اعلام نتیجه احیا را به همراهان بیمار برعهده دارد.

**4-6- پرستار مسئول بیمار** مسئولیت ثبت کلیه اقدامات انجام شده در فرم گزارش پرستای پرونده بالینی بیمار را برعهده دارد.

**4-7- تیم ایمنی بیمار** مسئولیت بررسی و پیگیری خطاهای اتفاق افتاده در عملیات احیا را برعهده دارد.



4-8- مدیر پرستاری بیمارستان موظف است دو تیم جداگانه احیا بصورت کامل و 24 ساعته در بیمارستان تعریف کند و برنامه ماهانه دو تیم احیا را به معاونت درمان اعلام نماید تا در صورت فعال شدن دو کد در بیمارستان تیم دوم احیا فعال گردد.

4-9- مدیر درمان، مدیر پرستاری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح سند توسط گروه کد را بر عهده دارند.

4-10- پرسنل انتظامات مسئولیت ایجاد نظم، آماده سازی آسانسور حمل بیمار در زمان احیا و انتقال به اورژانس را برعهده دارد.

4-11- پرسنل کاخداری در زمان احیا مسئولیت نظافت، تمییز نگهداشتن محل را برعهده دارند و در صورت نیاز جهت پوزیشن دهی بیمار به اعضای گروه کد کمک می نمایند.

4-12- کمک بهیار اورژانس وظیفه انتقال سریع دستگاه الکتروشوک، کیف احیا (ترالی کد) و برانکارد بر بالین بیمار را دارد.

**تبصره 9:** در صورت تصمیم رهبر تیم به انتقال بیمار به فضای درمانی، کمک بهیار و پرستار اورژانس وظیفه حمل بیمار را بر عهده دارند.

## 5- گام های دستورالعمل:

5-1- احیای پایه توسط فرد حاضر در فضای درمانی سرپایی و غیر درمانی :

5-1-1- شناسائی فوری و پیشگیری از ایست ناگهانی قلبی توسط فرد حاضر در صحنه:

5-1-1-1- صحنه از نظر نکات ایمنی باید توسط اولین فرد مشاهده کننده بررسی شود.

5-1-1-2- وضعیت بالینی بیمار به منظور شناسائی سریع و پیشگیری از ایست قلبی باید توسط اولین فرد مشاهده کننده بررسی شود.

5-1-1-3- پاسخ دهی بیمار باید با بلند صدا کردن و ضربه زدن به شانه های بیمار توسط اولین فرد مشاهده کننده چک شود.

5-1-1-4- وجود یا عدم وجود تنفس در بیمار باید با نگاه کردن به قفسه سینه و نزدیک کردن گوش به دهان فرد بیهوش توسط فرد حاضر در صحنه ارزیابی شود.

5-1-1-5- همزمان نبض (کاروتید) بیمار به مدت 10 ثانیه باید توسط فرد حاضر در صحنه بررسی شود.

5-1-2- فعال سازی کد CPR: در صورت عدم پاسخ دهی بیمار بدون تنفس یا با تنفس مشکل دار (آپنه یا gasping) کد احیا با گرفتن شماره 2222 توسط اولین فرد مشاهده کننده در بیمارستان باید فعال گردد.

**تبصره 10:** در صورت حضور فرد آگاه دوم در صحنه گرفتن شماره 2222 بر عهده ایشان می باشد و فرد اول اقدامات احیا را بلافاصله شروع می کند.

5-1-3- شروع سریع CPR :

5-1-3-1- در صورت عدم تنفس یا تنفس غیر موثر و سطحی (Gasping) و عدم وجود نبض ماساژ قلبی توسط فرد حاضر در صحنه باید شروع گردد.

**تبصره 11:** شیوه صحیح ماساژ قلبی بصورت فشردن قفسه سینه با سیکل 30 بار ماساژ قلبی و 2 بار تنفس مصنوعی دهان به دهان ظرف مدت 2 دقیقه برای 5 سیکل انجام می شود.

**تبصره 12:** فشردن قفسه سینه به روش صحیح در نیمه تحتانی استرنوم با سرعت 100-120 بار در دقیقه، عمق 5-6 سانتی متر و با اجازه برگشت کامل قفسه سینه به حالت اول انجام می گردد.

**تبصره 13:** در صورت وجود نبض و تنفس طبیعی، بیمار توسط فرد حاضر در صحنه باید در وضعیت ریکاوری (به پهلو، زانوی پای بالایی به سمت قفسه سینه آورده و یک دست بیمار را زیر سر قرار داده) قرار گیرد و تا زمان رسیدن گروه کد احیا بیمارستان، پایش شود.

**تبصره 14:** در صورتی که بیمار دارای نبض بوده ولی فاقد تنفس طبیعی باشد، باید توسط فرد حاضر در صحنه هر 5-6 ثانیه (10-12 بار در دقیقه) تنفس مصنوعی برای بیمار انجام گیرد (تنفس دهان به دهان) و مجدد هر 2 دقیقه نبض چک شود.



2-3-1-5 تیم احیا باید از زمان اعلام کد حداکثر طی مدت 3 دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردند.

**تبصره 15:** در فضاهای غیر درمانی و سرپایی علاوه بر تیم احیا، سرپرستار /جانشین ذی صلاح بخش اورژانس و کمک بهیار اورژانس نیز جهت کمک و انتقال بر بالین بیمار حاضر می گردند.

**تبصره 16:** تجهیزاتی که بایستی در صحنه CPR همراه تیم احیا باشد شامل: کیف احیا یا ترالی کد-دستگاه الکتروشوک-برانکارد و امبوبگ و کپسول اکسیژن (همراه ترالی کد) می باشد.

3-3-1-5 عملیات احیا مطابق با برنامه تعیین شده کد احیای بیمارستان باید توسط اعضای تیم احیا در محل شروع شود.

**تبصره 17:** برنامه گروه کد احیای بیمارستان توسط سوپروایزر ارشد بالینی بصورت ماهیانه تنظیم و توسط مدیر پرستاری به بخشها ابلاغ میگردد.

4-3-1-5- بلافاصله پس از حضور تیم احیا بر بالین بیمار، باید پاسخ دهی، تنفس و نبض بیمار توسط اعضای تیم احیا مجدد چک شود.

5-3-1-5- ادامه اقدامات احیا باید توسط هر کدام از افراد تیم احیا مطابق با شرح وظایف، انجام گیرد.

**تبصره 18:** جهت اطلاع از شرح وظایف به ضمیمه رجوع شود.

**تبصره 19:** در صورت عدم امکان تنفس دهان به دهان به هر دلیل (ترس از انتقال بیماری و ...)، BLS فقط با ماساژ قلبی تا رسیدن تیم ACLS ادامه پیدا می کند.

4-1-5- انجام دفیبریلاسیون سریع:

1-4-1-5- ریتم قلبی بیمار پس از اتصال به مانیتور یا دستگاه الکتروشوک باید توسط تیم احیا ارزیابی گردد.

2-4-1-5- در صورت صدور دستور رهبر تیم احیا مبنی بر لزوم دادن شوک به بیمار، باید توسط مسئول دفیبریلاسیون و مانیتورینگ شوک داده شود.

**تبصره 20:** قبل از شوک دادن لازم است از عدم تماس افراد با بیمار اطمینان حاصل شود.

3-4-1-5- سیکل های CPR توسط تیم احیا به مدت 2 دقیقه و همزمان با ارزیابی نبض و ریتم قلبی بیمار تا انتقال بیمار به اورژانس باید انجام شود.

4-4-1-5- آسانسور حمل بیمار جهت انتقال به اورژانس توسط نیروی انتظامات حاضر در صحنه باید آماده گردد.

5-4-1-5- بیماران که در فضای غیر درمانی یا سرپایی دچار arrest، کاهش هوشیاری، syncope و غیره شده اند در حین انجام اقدامات لازم طبق نظرتیم احیا با رعایت استانداردهای انتقال بیمار، باید توسط کمک بهیار و پرستار جهت انجام اقدامات تکمیلی به اتاق احیا اورژانس منتقل گردد.

2-5-1-5- احیا پایه در بخش های بستری:

1-2-5- بررسی شرایط بالینی بیمار:

1-1-2-5- پاسخ دهی بیمار با بلند صدا کردن و ضربه زدن به شانه های بیمار باید توسط اولین فرد مشاهده کننده چک شود.

2-1-2-5- باید وجود یا عدم وجود تنفس، با نگاه کردن به قفسه سینه و نزدیک کردن گوش به دهان فرد بیهوش توسط فرد حاضر در محل ارزیابی شود.

3-1-2-5- باید همزمان نبض (کاروتید) بیمار به مدت 10 ثانیه توسط فرد حاضر در محل بررسی شود.

4-1-2-5- در صورت عدم هوشیاری یا تنفس غیر طبیعی، باید کد احیا توسط فرد حاضر در محل یا همکار ایشان فعال گردد.

2-2-5- شروع سریع CPR:

1-2-2-5- در صورت عدم تنفس یا تنفس غیر موثر و سطحی (Gaspings) و عدم وجود نبض، باید ماساژ قلبی توسط فرد حاضر در صحنه شروع گردد.

2-2-2-5- بلافاصله ادامه BLS بر بالین بیمار توسط سرپرستار بخش و کمک بهیار و خدمات بخش انجام گیرد.



- 3-2-2-5 تیم احیا باید از زمان اعلام کد حداکثر طی مدت 3 دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردند.
- تبصره 21:** تجهیزاتی که بایستی در صحنه CPR همراه تیم احیا باشد مطابق با تبصره 16 می باشد.
- 4-2-2-5 عملیات احیا توسط اعضای تیم احیا باید مطابق با برنامه تعیین شده کد احیای بیمارستان، در محل شروع شود.
- 5-2-2-5 بایستی بلافاصله پس از حضور بر بالین بیمار، پاسخ دهی، تنفس و نبض بیمار توسط تیم احیا مجدد چک شود.
- 6-2-2-5 ادامه اقدامات احیا باید توسط هر کدام از افراد تیم احیا مطابق با شرح وظایف، انجام گیرد.
- 3-2-5 انجام دفیبریلاسیون سریع :
- 1-2-3-5 ریتم قلبی بیمار پس از اتصال به مانیتور یا دستگاه الکتروشوک باید توسط تیم احیا ارزیابی گردد.
- 2-2-3-5 در صورت صدور دستور رهبر تیم احیا مبنی بر لزوم دادن شوک به بیمار، باید توسط مسئول دفیبریلاسیون و مانیتورینگ (پرستار D) شوک داده شود.
- تبصره 22:** قبل از شوک دادن لازم است از عدم تماس افراد با بیمار اطمینان حاصل شود.
- 3-2-3-5 سیکل های CPR توسط تیم احیا به مدت 2 دقیقه و همزمان با ارزیابی نبض و ریتم قلبی بیمار تا انتقال بیمار به بخش ویژه باید انجام شود.
- 4-2-3-5 آسانسور حمل بیمار جهت انتقال به بخش ویژه توسط نیروی انتظامات حاضر در صحنه باید آماده گردد .
- 5-2-3-5 اقدامات لازم جهت انتقال بیمار به بخش ویژه در حین انجام اقدامات حیاتی برای بیمار با دستور رهبر تیم، توسط کمک بهیار بخش انجام گیرد.
- تبصره 23:** در بیماران اورژانس که تحت مانیتورینگ نمی باشند بر اساس دستورالعمل بیمار بستری در بخش عمل می شود.
- 3-2-5 احیا پایه در بخش های ویژه:
- 1-3-5 بیمار در بخش های ویژه باید تحت مانیتورینگ مداوم و پایش تمام وقت توسط پرستار مسئول بیمار باشد.
- 2-3-5 در صورت شک به arrest بیمار ( آسیستول شدن مانیتور و یا کاهش سطح هوشیاری بیمار) پاسخ دهی و تنفس بیمار توسط پرستار بیمار چک شود. ( بیماران غیر اینتوبه )
- 3-3-5 در صورت عدم وجود پاسخ دهی، نبض بیمار و اتصال لیدهای مانیتور باید توسط پرستار مربوطه چک شود.
- 4-3-5 در صورت عدم وجود نبض و یا تنفس غیر طبیعی ( آپنه و ) Gasping باید فراخوان CPR بر بالین بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام شود.
- 5-3-5 در صورت عدم وجود نبض، ماساژ قلبی توسط پرستار مسئول بیمار آغاز شود.
- 6-3-5 تیم احیای (متشکل از پرستاران بخش ویژه) باید حداکثر ظرف یک دقیقه بر بالین بیمار حاضر شود.
- تبصره 24:** در بخشهای ویژه مانند ICU و... که پزشک مقیم تعریف نشده است، بیمارستان موظف به اعلام کد می باشد.
- تبصره 25:** برای بیماران حاضر در اتاق عمل بر اساس دستورالعمل بخش های ویژه عمل می شود
- تبصره 26:** احیای پیشرفته در بخشهای ویژه براساس آخرین دستورالعمل کشوری و گاید لاین 2020 AHA انجام میشود.
- 4-2-5 احیای پیشرفته در بخش اورژانس:
- 1-4-5 پس از ورود به بخش اورژانس، باید بیمار سریعاً توسط تیم احیا به اتاق CPR بخش اورژانس منتقل گردد.
- 2-4-5 بیمار باید سریعاً در اتاق CPR توسط تیم احیا به تخت احیا منتقل شود .



3-4-5- اقدامات احیای پیشرفته باید توسط تیم احیا شروع گردد.

**تبصره 27:** اقدامات احیای پیشرفته طبق دستورالعمل احیا پیشرفته صورت گیرد.

**تبصره 28:** اقدامات ACLS مطابق با گروه (اطفال-مادران باردار پرخطر-نوزادان و بزرگسال) منطبق با الگوریتم های ضمیمه انجام میگردد.

4-4-5- تیم احیا باید مطابق با شرح وظایف خود و برنامه تیم احیا (ضمیمه) در محل خود قرار گیرند.

5-4-5- دسترسی مناسب عروقی یا IV برای بیمار باید سریعاً توسط مسئول دسترسی عروقی و تزریق داروها فراهم گردد.

6-4-5- بیمار باید سریعاً توسط مسئول دفیبریلاسیون و مانتیورینگ به مانتیور متصل و نبض کاروتید و ریتم قلبی بیمار ارزیابی گردد.

7-4-5- در صورت صدور دستور رهبر تیم احیا مبنی بر لزوم دادن شوک به بیمار، باید توسط مسئول دفیبریلاسیون و مانتیورینگ با رعایت نکات ایمنی شوک داده شود. (هر 2 دقیقه بایستی نبض کاروتید و ریتم قلبی بیمار چک شود)

8-4-5- در صورت نیاز (عدم برگشت ریتم قلبی با شوک یا ریتم قلبی غیر قابل شوک دادن) با دستور رهبر تیم باید داروی اپی نفرین توسط مسئول دسترسی عروقی و تزریق داروها تزریق گردد.

**تبصره 29:** داروی اپی نفرین با دستور رهبر تیم مطابق پروتکل مرتبط به دفعات متناوب قابل تکرار است.

9-4-5- جهت اینتوباسیون و کمک به پزشک در انجام لوله گذاری داخل تراشه، باید وسایل لازم توسط مسئول باز کردن راه هوایی و برقراری تهویه مصنوعی آماده شود.

**تبصره 30:** در صورت عدم موفقیت در لوله گذاری داخل تراشه، تهویه بیمار با آمبوبگ و یا استفاده از سایر وسایل جایگزین برای اداره راه هوایی مثل LMA و Combi Tube ادامه می یابد.

**تبصره 31:** در هنگام دادن شوک قلبی، قطع اکسیژن و یا دور کردن آن از بالین بیمار توسط مسئول باز کردن راه هوایی و برقراری تهویه مصنوعی انجام میگردد.

10-4-5- اقدامات CPR باید در سیکلهای مطابق زمان بندی استاندارد، توسط تیم احیا انجام گیرد.

11-4-5- پس از اتمام سیکل های CPR مطابق با زمان استاندارد، ختم عملیات احیا باید توسط رهبر تیم احیا اعلام گردد.

**تبصره 32:** احیا در محل بعد از برگشت خون خود بخودی همچنان ادامه دارد و در صورت نیاز طبق دستور رهبر تیم احیا، مراقبت بعد از احیا، مدیریت مداوم و اقدامات اورژانسی اضافه برای بیمار انجام می گردد.

## 6-پایش و نظارت:

1-6-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط سوپروایزر آموزشی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، با دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر 3 ماه یکبار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به مدیر درمان و هر 6 ماه در کارگروه ایمنی بیمار بیمارستان مطرح خواهد شد.

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

1-2-6-نظارت بر عملکرد سرپرستاران، پرستاران در اجرای درست سند به ترتیب بر عهده سوپروایزران بالینی، سوپروایزر آموزشی خواهد بود.

2-2-6-نظارت بر عملکرد سوپروایزران بالینی و سوپروایزر آموزشی در اجرای درست سند بر عهده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیر پرستاری می باشد.

3-2-6-نظارت بر عملکرد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیر پرستاری در اجرای درست سند بر عهده مدیر درمان می باشد.



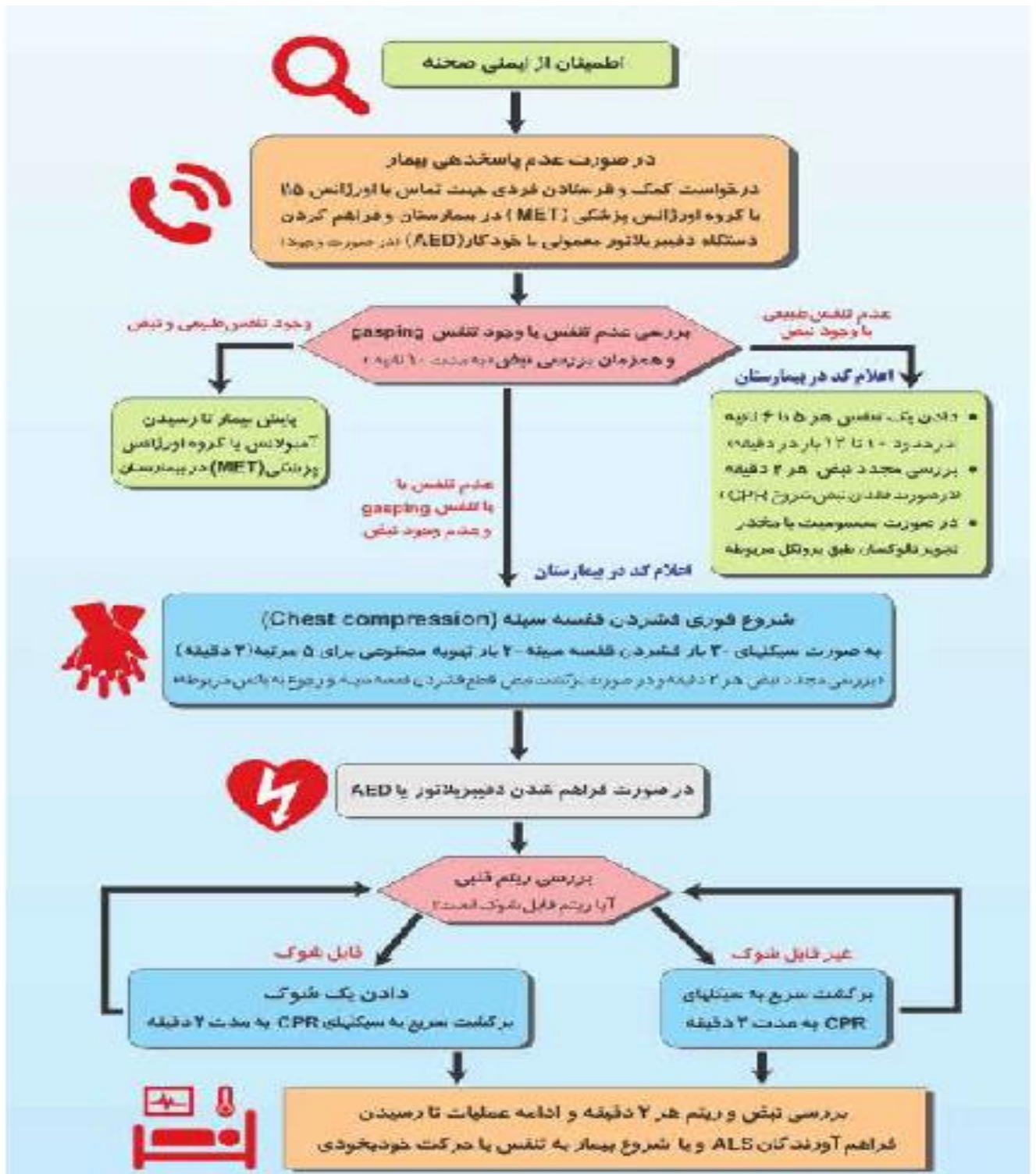
**تبصره 33:** ارسال گزارشات عدم انطباق در بازه زمانی تعیین شده توسط سوپروایزر آموزشی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاب به مدیر درمان، بصورت رونوشت به مدیر پرستاری و دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

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

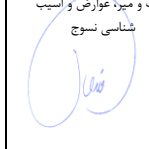
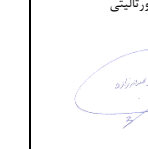
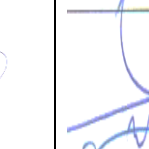
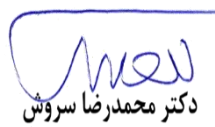
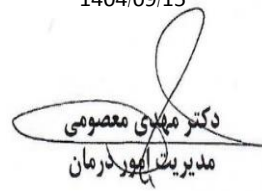
- 7-1- تایید: پس از تایید اولیه مدیر درمان، کارگروه ایمنی بیمار مرجع تایید این سند خواهد بود.
- 7-2- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.
- 7-3- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر سنجش و پایش کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این سند توسط دفتر سنجش و پایش کیفیت صورت خواهد گرفت.
- 7-4- 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 و مدیر پرستاری، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، سوپروایزر آموزشی 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:

- 8-1- دستورالعمل احیا وزارت بهداشت
- 8-2- استانداردهای اعتباربخشی- ویرایش پنجم- سال 1401





|                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |                                                                                                                           |                                                                                                     |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| مدیر پرستاری                                                                                                                                                            | تکتم سبحانی - مسئول بهبود کیفیت                                                                  | عبداله فلاحي - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - دبیر کمیته مرگ و میر، عوارض و آسیب شناسی نسوج                                                                        | دکتر سید حسین داوودی - مسئول کارگروه احیا                                                                 | دکتر لیلا عبدالله زاده حسینی - کارشناس نظارت بر درمان، عضو تیم مورتالیتی                                                  | الهام محمودی - سوپروایزر آموزشی                                                                     | تهیه کنندگان |
| <br>هلن دلیری راد                                                                      | <br>تکتم سبحانی | <br>عبداله فلاحي                                                                      | <br>دکتر سید حسین داوودی | <br>دکتر لیلا عبدالله زاده حسینی        | <br>الهام محمودی |              |
| <br>دکتر محمدرضا سروش<br>رئیس بیمارستان                                                | تصویب و ابلاغ کننده                                                                              | مصوب کارگروه ایمنی بیمار مورخ<br>1404/09/15<br><br>دکتر مهدی معصومی<br>مدیر بیمارستان | تائید کننده جانشین رییس کمیته                                                                             | <br>دکتر مهدی معصومی<br>مدیر بیمارستان |                                                                                                     | تایید اولیه  |
| نسخه کپی                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        | دفتر سنجش و پایش کیفیت                                                                                    |                                                                                                                           |                                                                                                     | توزیع نسخ    |
|   |                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                       |                                                                                                                           |                                                                                                     |              |