

کتابچه ایمنی بیمار

بیمارستان خیریه قمر بنی هاشم (ع)

بهار ۱۴۰۵



	فهرست	
3	مقدمه	1
4	وضعیت ایمنی بیمار در کشورهای در حال توسعه	2
4	فرهنگ ایمنی بیمار	3
4	اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقا ایمنی بیمار	4
6	نه راه حل ایمن	5
6	توجه به داروهای با نام و شکل مشابه	6
7	توجه به مشخصات فردی بیمار	7
9	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار	8
10	الزامات و نحوه رضایت آگاهانه از بیماران از منظر ایمنی بیمار	9
12	کنترل غلظت محلول های الکترونیک	10
13	اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمت	12
14	اجتناب از اتصالات نادرست سوند ولوله ها	13
15	استفاده صرفا یکبار مصرف از وسایل تزریقات	14
17	بهبود بهداشت دست	15
18	پیشگیری از سقوط بیمار	16
20	پیشگیری از زخم فشاری	17
22	مدیریت خطر	18

مقدمه:

مساله ایمنی بیمار جزء یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد و این امرسبب گردیده که سایر کشورها در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می شود، اما فعالیتهای سیستمیک و نظام مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمی باشد بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمان های پیشرو در این خصوص ایجاد یک نظام جامع سیستمیک مبنی بر فرآیندهای ارتقای ایمنی بیمار جهت کاهش این عوارض و پاسخگویی مناسب به افراد صدمه دیده می باشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد ساز و کارهای مناسب سازمانی امکان پذیر می باشد این امر موجب کاهش هزینه ها، افزایش رضایتمندی در بین مشتریان و ایجاد یک جامعه سالم خواهد گردید. تعاریف مختلفی از فرهنگ ایمنی بیمار ارائه شده است. فرهنگ ایمنی ماحصل ارزش های فردی و گروهی، نگرش ها، ادراک ها، صلاحیت ها و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان می نماید.

پژوهش های مبتنی بر جمعیت که در آمریکا، استرالیا، انگلستان، نیوزلند و کانادا انجام شده، نشان می دهند این حوادث ۲/۹ تا ۱۶/۶ درصد همه پذیرش های بیمارستانی رخ می دهند. این بررسی ها به صورت گذشته نگر و بر پایه مرور اطلاعات بیماران، شامل یادداشت های پزشک، اطلاعات پرستاری و نوع و میزان تجویز دارو انجام شده، بنابراین میزان آنها احتمالاً کمتر از میزان واقعی موجود هستند. تقریباً نیمی از حوادث مضر و ناخواسته گزارش شده در این مطالعات، مربوط به جراحی بوده (بیمار اشتباهی، جراحی اشتباهی و محل اشتباهی جراحی) و گزارش های دارویی، دومین علت شایع حوادث هستند که ۷۷ درصد تمامی رخدادها را تشکیل می دهند. پرخطرترین مکان ها، اتاق های عمل و بعد بخش ها بودند. حداقل نیمی از حوادث گزارش شده در این مطالعات، به نظر قابل پیشگیری می رسیدند. اگرچه بیشتر این حوادث حداقل آسیب را به بیماران رسانده اند، یک سوم آنها عوارض دایمی بر جای گذاشتند. همچنین، عاقبت حدود ۱۷ درصد حوادث به مرگ بیماران منتهی شده است؛ بنابراین به نظر می رسد ایمنی بیماران، یک مشکل عمده سلامت و بهداشت عمومی باشد.

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار:

- ۱- عفونت های بیمارستانی
- ۲- حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می گردند.
- ۳- عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- ۴- زنان و زایمان
- ۵- حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.



ایمنی بیمار چیست؟

ایمنی بیمار از نظر (WHO) ، نرساندن آسیب های احتمالی به بیمار در طول فرایند مراقبت های پزشکی می باشد (۲۰۱۱ ، سازمان جهانی بهداشت)

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان از اعم توسعه یافته یا در حال توسعه ، متاثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط در حدود ۱۰ درصد از تمام موارد بستری ، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و این در حالی است که برآورد می گردد که تا ۷۵ درصد از این خطاها قابل پیشگیری می باشند . در

واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵ درصد تا ۱۰ درصد هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردد .
در این میان سهم نارسایی سیستم ها و فرایندها بیش از نقش افراد است.

سازمان جهانی بهداشت در سومین کنفرانس سالیانه ایمنی بیمار (اکتبر ۲۰۱۱) ، عمده حوادث زیان بار مراقبت های پزشکی در کشور های پیشرفته و در حال توسعه را عفونتها ، جراحی های غیر ایمن ، تزریقات غیر ضروری و غیر ایمن ، داروهای تقلبی ، بیماری های منتقله از طریق خون غیر ایمن عنوان نموده است.

وضعیت ایمنی بیمار در کشور های در حال توسعه (گزارش ۲۰۱۱ ، سازمان جهانی بهداشت)

- ✓ ۱۰ - ۵ درصد ناتوانی دائمی و مرگ بیماران در کشور های در حال توسعه به دلیل جراحی های غیر ایمن است.
- ✓ در کشور های در حال توسعه ، ۱۶ بلیون تزریق در سال تجویز می شود که ۷۰ درصد این تزریقات غیر ضروری بوده و می توانست به صورت خوراکی باشد . استفاده مجدد از وسایل تزریق ۲۶۰۰۰ عفونت HIV در سال در بر داشته و ۲/۳ تا ۴/۷ میلیون مورد جدید هپاتیت B و C را به همراه داشته است.
- ✓ در کشور های در حال توسعه درصد بالایی از فروش داروی تقلبی گزارش شده است (بالای ۷۷ درصد) که این رقم در کشور های توسعه یافته کمتر از ۱ درصد می باشد.
- ✓ در کشور های در حال توسعه ، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشور های صنعتی است. خطر احتمالی عفونت های اکتسابی در بیمارستان در برخی کشور های در حال توسعه حدود ۲۰ برابر بیشتر از آمار ان عفونت ها در کشورهای توسعه یافته می باشد.

فرهنگ ایمنی بیمار

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد ، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است . این فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد.
وقتی می توان گفت در سازمانی ، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی ، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند . با توجه به این نکته که در سیستم های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک دارند و میزان ناچیزی مستقیماً به فرد باز می گردند، در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است ، نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص.

تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. نباید فرد را به خاطر سر خوردن روی سطح لغزنده تنبیه کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود.

فرهنگ ایمنی بیمار چیست ؟

در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است.

ابعاد فرهنگ ایمنی



- ✓ تعهد مدیریت ارشد / سازمان به ایمنی
- ✓ آموزش و نظارت
- ✓ پاسخ غیر تنبیهی به خطا / گزارش دهی
- ✓ کافی بودن نیروی انسانی
- ✓ کافی بودن تجهیزات و منابع
- ✓ زیر ساخت مناسب برای گزارش دهی
- ✓ بار کاری
- ✓ رعایت/ پیروی از قوانین ، دستورالعمل ها و پروتکل ها
- ✓ کار تیمی
- ✓ ارتباطات و همکاری
- ✓ ادراک کلی از ایمنی

اقدامات عملی در راستای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

سیستم سلامت ملی انگلستان به عنوان راهکار عملی برای رسیدن به ایمنی بیمار ۷ قدم را به سازمان های ارائه کننده خدمات درمانی پیشنهاد نموده است که ذیلاً خلاصه این گام ها آورده شده است:

۱. ایجاد فرهنگ و بستر سازی : بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید.
۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید : به طور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید.

۳. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید: برای مدیریت خطرات ، سیستم ها و فرایندهای ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمائید.
۴. گزارش دهی را تشویق کرده و ارتقاء دهید: به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش نمایند .
۵. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده و با آنها ارتباط برقرار کنید: راه هایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.
۶. درس های ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید: کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.
۷. راه حل هایتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید: درس هایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات ، فرایندها یا سیستم ها نهادینه و عملی سازید.

۹ راه حل ایمنی بیمار ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت:



۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمت
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

توجه به داروهایی با نام و شکل مشابه

عدم وجود اسامی ژنریک برای داروها به نحوی که مورد قبول در سطح جهانی باشد و اسامی تجاری متفاوت دارویی با تلفظ مشابه در کشورهای مختلف برای داروهایی با ترکیبات، تاثیر و عملکرد بسیار متفاوت از دیگر مسائل و معضلات موثر در خطاهای دارویی محسوب می شود.

اقدامات پیشنهادی:

۱. به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید.
- برقراری ارتباط ما بین تیم درمانی بایستی به حدی شفاف باشد که امکان تفسیر چند گانه و مبهم ممکن نباشد.
- بیان واضح و شفاف دستورات دارویی به عنوان یک قاعده کلی مفید در زمان برقراری ارتباط بایستی مد نظر باشد.
۲. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص دارو ها با تلفظ (آوای مشابه) .در موارد ضروری از تکنیک باز خوانی مجدد برای تایید دستور داده شده استفاده شود .
۳. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار قانون 8R مرتبط به دارو ها را به یاد بسپارید .
۴. نصب یاد آور داروها با اشکال مشابه در اتاق تریتمنت و آماده سازی دارو ها .
۵. آموزش کادر بالینی ذیربط در ارتباط با داروها با اشکال مشابه .
۶. برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به **رنگ زرد** است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام مشخصات دارو قابل خواندن باشد .
۷. جعبه محتوی ویال ها و آمپول های داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب **زرد رنگ** نشان گذاری نمایید .
۸. برخی از داروهای با هشدار بالا که دارای شباهت شکلی یا اسمی می باشند را فقط با برچسب داروی با هشدار بالا به **رنگ قرمز** نشان گذاری نمایید .
۹. الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه را هرگز در استوک پرستاری قرار ندهید .



توجه به مشخصات فردی بیمار



اتفاقات و حوادث نزدیک به خطای ناشی از عدم شناسایی بیمار به عنوان چالشی جهانی مطرح می باشد. و با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، اجتناب از بروز اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار ان هدف کلیدی و نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار تمامی انجمن ها، اتحادیه ها و آژانس های عمده ایمنی بیمار در سراسر جهان قرار گرفته است.

اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران

۱. مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت / درمان صحیح می باشد.
 ۲. کلیه مجموعه های ارائه کننده خدمات سلامت به منظور ارائه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی دارای راهنمای شناسایی بیمار مصوب و مدون باشند.
 ۳. کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری در بخش ها بایستی در هنگام پذیرش و در مدت بستری به صورت صحیح شناسایی شوند.
 ۴. الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه دارای دستبند شناسایی و همچنین، نوزادان دارای نوار مشخصات به پاها باشند که شامل (نام و نام خانوادگی مادر نوزاد، کد پذیرش، جنس، تعداد قل، ساعت و تاریخ تولد)
- ✓ استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (از جمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی) تابع دستور العمل داخلی بیمارستان است.

- ✓ به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبند های شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شود.
- ✓ در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود، در نوزادان نام پدر مادر ذکر گردد.
- ✓ به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت «**احتیاط: بیمار با اسامی مشابه**» قید شود و برچسب به «**رنگ سبز**» روی پرونده بیمار زده شود (طبق مصوبات داخلی بیمارستان برای بیماران با مشخصات مشابه)
- ✓ تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
- ✓ محل مناسب دستبند شناسایی بر روی بازوی دست غالب می باشد. بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار به منظور انجام اقدامات درمانی وجود دارد.
- ✓ سیستم کد بندی رنگی و رنگ «**قرمز**» فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده توصیه می شود.
- ✓ مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبند برچسب به «**رنگ قرمز**» چسبانیده می شود.
- ✓ سیستم کد بندی رنگی و رنگ «**زرد**» برای شناسایی سایر گروه بیماران در معرض خطر از جمله (بیماران مستعد سقوط یا ابتلا به زخم فشاری یا ترومبوآمبولیسم وریدی) توصیه می شود.
- ✓ مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید پرینت شده و بر روی دستبند برچسب به «**رنگ زرد**» چسبانیده می شود.

۵. روش شناسایی فعال بیماران

- قبل از ارائه هرگونه اقدامات و خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمام بیماران به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند و مشخصات آنان با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق داده شوند.
- ✓ از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید و سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
 - ✓ در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نمی باشد، یا با پرسش مشخصات بیمار از والدین یا وابستگان درجه یک وی، ایشان را به طور صحیح شناسایی نمایید.

- ✓ به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون ، تغذیه ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی ، نسخه پیچی در داروخانه بستری ، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران ، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
۶. دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد.
۷. در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.
۸. دستبند شناسایی در بخش توسط پرسنل با پرونده و مشخصات خود بیمار مطابقت داده می شود.
۹. اندازه دستبند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ بیماران بسیار لاغر تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد.
۱۰. بایستی در حین بستری بیماران دستبند های آسیب دیده یا گم شده ، فوراً توسط مرجع ذیصلاح (منشی بخش یا ... طبق صلاحدید مسئولین هر مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت) تهیه و تعویض شوند.
۱۱. جنس دستبند های شناسایی از مواد قابل انعطاف ، نرم ، ضد آب با قابلیت تمیز نمودن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد
۱۲. نوشته های بر روی دستبند شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد
- اگر دستبند شناسایی در صورت باز شدن و یا در آوردن فوراً بسته نشود، الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات، به بیمار متصل شود. **در**



هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود.

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

تداوم درمان مبتنی بر تداوم اطلاعات می باشد . هدف اولیه در تحویل بیمار ، انتقال اطلاعات بالینی بیمار در زمان انتقال مسئولیت به فرد یا تیم دیگر ارائه کننده خدمات سلامت است.

فواید تحویل استاندارد بیماران

۱. حفظ ایمنی بیماران: لغزش و خطا با تحویل مطلوب بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش مرگ و معلولیت ها می شود.
۲. تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت - بیماری
۳. کاهش موارد تکراری، اجتناب از پرسش های تکراری
۴. استاندارد سازی تحویل شیفت ها
۵. افزایش میزان رضایت مندی بیماران

الزامات تحویل مناسب بیماران

۱. شیفت ها بایستی هماهنگ شوند.
۲. زمان لازم بایستی اختصاص داده شود.
۳. رهبری فرآیند بایستی شفاف باشد.
۴. زمان تحویل بیماران بایستی معین و ثابت باشد.
۵. جز در موارد اضطراری و اورژانس ، کارکنان در زمان تحویل بیماران مجاز به پاسخ به تلفن و یا زنگ احضار پرستار نمی باشد.
۶. فرآیند تحویل بر بالین بیماران صورت گیرد.
۷. اطلاعات تبادل شده در تحویل بیماران بایستی ثبت شود.
۸. حضور کادر بالینی موظف شیفت بایستی ثبت شود.
۹. وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات (تکنیک SBAR)



S	Patient Name: _____	
	Room Number: _____	
B	Background: _____	
	Current Status: _____	
A	Assessment:	Recommendation:
	_____	_____
R	Signature: _____	Date: _____
	Time: _____	



مراحل تکنیک SBAR:

S (وضعیت): تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه

B (سوابق): بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار

A (ارزیابی): نتیجه گیری، آنچه که فکر می کنید

R (توصیه ها): آنچه که نیاز دارید با ذکر چهار چوب زمانی آن

اطلاعات کلیدی که بایستی در زمان ترخیص به بیمار یا ارائه دهنده بعدی خدمات سلامت انتقال یابد، شامل:



- ✓ تشخیص بیمار حین ترخیص
- ✓ تشخیص قطعی بیمار
- ✓ وضعیت کنونی بیمار شامل دارو ها و برنامه های درمانی
- ✓ تغییرات اخیر در شرایط بیمار
- ✓ نتایج آزمایشات
- ✓ تغییرات احتمالی یا عوارضی که ممکن است بروز نماید

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

پروتکل اطمینان از انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بر روی بیمار صحیح



گام اول: فرم رضایت

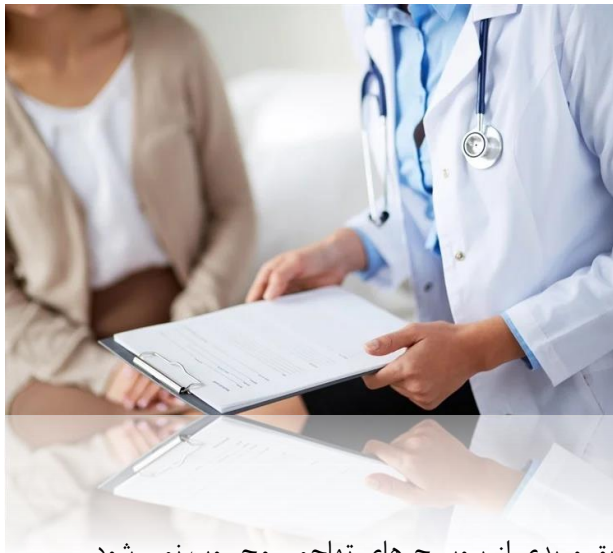
فرم رضایت باید شامل موارد زیر باشد:

- ✓ نام و نام خانوادگی بیمار
- ✓ نام پروسیجر
- ✓ علت انجام پروسیجر
- ✓ محل انجام پروسیجر

الزامات و نحوه اخذ رضایت آگاهانه از بیماران از منظر ایمنی بیمار:

در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیص درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد. اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی، اختلالات هوشیاری الزامی نیست. در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به

بیمار گفته شود:



- ✓ تشخیص یا مشکل اصلی
- ✓ درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
- ✓ خطرات توأم با درمان و یا راهکار
- ✓ اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار
- ✓ نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات
- ✓ سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
- ✓ وجود و هزینه های خدمت یا دارو های مورد لزوم

توجه:

- ✓ سوند فولی ، باز نمودن راه وریدی محیطی، لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
- ✓ پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.
- ✓ از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروزیس، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده ، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یکسال اعتبار دارد.



۱. شرایط بیمار
۲. نحوه درمان
۳. روش های درمانی جایگزین
۴. احتمال خطر و منافع ناشی از روش های درمانی
۵. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند.
۶. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

گام دوم : نشانه گذاری محل انجام پروسیجر های تهاجمی

- ✓ محل انجام پروسیجر های تهاجمی باید توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر یا دستیاران همان رشته تخصصی نشانه گذاری شود.
- ✓ علامت گذاری بایستی در روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد.
- ✓ علامت گذاری بایستی کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی موضع عمل پاک نشود و تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار صورت گیرد.

گام سوم : شناسایی بیمار

کارکنان باید از بیمار موارد زیر را سوال کنند و بیمار نیز باید به سوالات پاسخ دهد (سوالات نباید القایی باشد).

- ✓ نام و نام خانوادگی و نام پدر بیمار
- ✓ تاریخ تولد بیمار
- ✓ محل پروسیجر
- ✓ روش انجام پروسیجر



گام چهارم: مستندات

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده، گرافی ها، آزمایشات، تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت مانند ایمپلنت) در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود.



گام پنجم: درنگ تیمی (تایم اوت تیم)



در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا بخش های بستری ، زمان قبل از آغاز پروسیجر کارکنان باید موارد زیر را با یک زمان درنگ (تایم اوت) به صورت شفاهی تایید نمایند:

- ✓ اطمینان از حضور بیمار صحیح
- ✓ اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر
- ✓ اطمینان از انجام پروسیجر صحیح
- ✓ اطمینان از در دسترس بودن ایمپلانت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه : در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

کنترل غلظت محلول های الکترولیت

از دیدگاه انسیتو خدمات ایمن دارویی زمانی که " **داروهای با هشدار بالا** " به اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند ، باعث مرگ و یا آسیب شدید بیماران می شوند . اگر چه ممکن است میزان تکرر خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد ، لیکن عوارض و سیکل به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود.

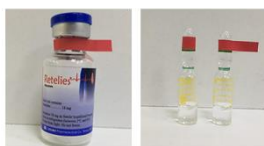
در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول ها می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (**High Risk**) محسوب می شوند . از بین داروهای تزریقی الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بردارد.

این دارو ها که می توان از میان آن ها ، به داروهای ضد انعقاد، نarkوتیک ها، اوپوئید، انسولین و آرام بخش ها اشاره نمود.

احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این دارو ها پیشنهاد می شوند شامل موارد ذیل است:

- ✓ به کار گیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به " **داروهای با هشدار بالا** "
- ✓ ممنوعیت دسترسی آزاد به " **داروهای با هشدار بالا** "
- ✓ محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- ✓ نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
- ✓ استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستور دارویی
- ✓ اتصال تجویز داروها به سیستم هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
- ✓ استفاده از بر چسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز " **داروهای با هشدار بالا** "
- ✓ استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز " **داروهای با هشدار بالا** "
- ✓ تجویز و آماده سازی " **داروهای با هشدار بالا** " توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر

توجه توجه:



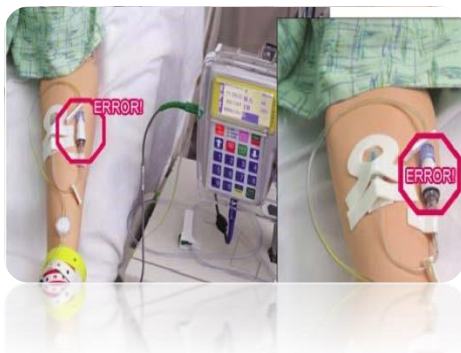
- ✓ ویال کلرید پتاسیم / فسفات پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ✓ ویال های انسولین و هپارین در محفظه های مجزا و دور از یکدیگر جای دهید.
- ✓ دسترسی به محلول های کلرید سدیم با غلظت بیش از ۹٪ را محدود نمایید.
- ✓ در تمامی موارد جهت تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا از چک دوگانه استفاده نمایید.
- ✓ در توالی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "**داروهای با هشدار بالا**" توجه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمایید
- ✓ برخی از داروهای با هشدار بالا را که دارای شباهت شکلی و اسمی با هم می باشند را فقط با هشدار بالا به رنگ قرمز نشان گذاری نمایید.

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر دارای اولویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپر سالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمت

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو بوده. خطاهای دارویی در هریک از این مراحل می‌تواند رخ دهد که بر اساس شواهد هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب ۱,۵ میلیون نفر می‌گردد.



خطاهای دارویی از عوامل آسیب به بیماران بستری است که بیش از ۵۰ درصد خطاهای دارویی در هنگام ارائه خدمت صورت می‌پذیرد

تلفیق دارویی که فرآیند مقایسه دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطاهای مربوط به دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت بایستی انجام شود.

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار و خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد. مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدام درمانی مطرح می‌باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات داروهای فعلی از بیمار می‌تواند تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان‌های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار بایستی توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام شود.



اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها

کارکنان خدمات سلامت از اتصالات کاتترها، سرنگ‌ها برای انتقال دارو و سایر موارد به بیماران از طرق گوناگون شامل: عروقی، گوارشی، تنفسی، اپیدورال و اینتراتکال و موضعی استفاده می‌کنند. اشکال مشابه اتصالات در محیط بالینی، گاه منجر به اتصال دو وسیله مختلف که برای مقاصد متفاوتی ساخته شده‌اند به یکدیگر و اتصال نادرست^۱ می‌شود.

- ✓ به منظور اطمینان از اتصال صحیح، الزامی است ارائه دهندگان خدمت قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی مسیر لوله ها و کاتترها را از منشا اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نمایند.
- ✓ به منظور اطمینان از اتصال صحیح، الزامی است ارائه دهندگان خدمت در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجدداً کنترل نمایند و مسیر لوله ها و کاتترها را از منشا اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نمایند.
- ✓ مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت نمایید.
- ✓ برچسب گذاری کاتترهای پرخطر (برای مثال : کاتترهای شریانی ، اپیدورال و اینتراتکال) الزامی است.
- ✓ از آداپتورها و اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
- ✓ از استفاده کاتترهای شریانی ، اپیدورال و اینتراتکال با پورت تزریق ، اجتناب شود.
- ✓ به منظور تجویز دارو ، از سرنگ دهانی دارو استفاده نمایید.
- ✓ همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.
- ✓ در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله و کاتترها فوراً به پرستار اطلاع دهید.
- ✓ لوله ها و کاتترها را کد بندی رنگی ننمایید.
- ✓ در صورت خریداری کاتتر و لوله های جدید به منظور شناسایی ریسک بالقوه اتصالات نادرست از روشهای مدیریت پیشگیرانه خطا برای مثال FMEA (تحلیل حالات و اثرات شکست) استفاده نمایید.
- ✓ مخاطرات ناشی از اتصالات نادرست لوله ها و کاتترها را در آموزش توجیهی بدو استخدام کارکنان بالینی جدید الورد و آموزش مستمر کادر بالینی ادغام نمایید.

مهارت آموزی در کادر ارائه کننده خدمت در بخش های ویژه انجام شود

استفاده صرفاً یکبار مصرف از وسایل تزریقات هدف

* جلوگیری از صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی، صدمات ناشی از

فرورفتن سر سوزن به دست (Needle Stic) کارکنان بهداشتی درمانی



* عدم استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف برای بیماران جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی در راستای

ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان

اقدامات لازم در خصوص این راه حل:

- ✓ توجه به تاریخ انقضای محصولات یکبار مصرف
- ✓ توجه به صحت محلول های تزریقی
- ✓ تزریقات ایمن
- ✓ زمان استاندارد نگهداری IV LINE ، کاتترها ، سوند ها
- ✓ خرید ویال های تک دوزی
- ✓ استفاده از سر سوزن استریل برای ویال های چند دوزی
- ✓ زمان انقضاء و شیوه نگهداری ویال های چند دوزی

ایمنی تزریقات با توجه به ۴ محور بنیادی ذیل تامین میگردد:



15

- ۱- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی بمنظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده
- ۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی
- ۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر
- ۴- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

دستورالعمل ایمنی

الف - اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرو رفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی به HIV/HCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

- ۵- جهت شکستن ویالهای دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل Pad گرفته شوند
- ۶- پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون
- ۷- از شکستن یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
- ۸- در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسایل مکانیکی جهت ثابت نگه داشتن درپوش استفاده نمائید و یا از تکنیک یک دست به روش Scoop جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.
- ۹- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
- ۱۰- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید.
- ۱۱- احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

*** در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضد آب پوشانده شود.

- ✓ جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.
- ✓ در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.



- ✓ جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.
- ✓ در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.
- ✓ در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.
- ✓ در صورتی که کارکنان دچار اگزما و یا زخم های باز می باشند معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.

بهبود بهداشت دست

نتایج مطالعات بسیاری نشان داده است که کارکنان خدمات سلامت می توانند با انجام پروسیجرهای تمیز یا لمس نواحی سالم پوست بیماران بستری دست ها یا دستکش هایشان را آلوده به پاتوژن هایی نظیر باسیل گرم منفی ، استافیلوکوک آرنئوس ، اینروکوک یا کلستریدیوم دیفیسیل نمایند.



***در شش موقعیت حتما بایستی دست ها با آب و صابون شسته شود:

- ✓ در صورت کثیفی آشکار دست ها
- ✓ آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن
- ✓ بعد استفاده از سرویس بهداشتی
- ✓ در صورت مواجهه با ارگانیسم بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل
- ✓ بعد از نیدل استیک شدن
- ✓ حداکثر بعد از ۸-۷ بار استفاده مکرر از محلول های ضد عفونی



پنج موقعیت رعایت بهداشت دست

۱. قبل از تماس بیمار
 ۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل
 ۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات
 ۴. بعد از تماس با بیمار
 ۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار
- ✓ برای رعایت بهداشت دست به صورت همزمان از محلول های مالش با پایه الکلی و صابون استفاده نمایید.
- ✓ مدت زمان شستشوی دست ها با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است.
- ✓ مدت زمان ضد عفونی دست ها با مالش به یکدیگر ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.
- ✓ با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلوده یا میکرو ارگانیسم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.
- ✓ در محیط اتاق عمل : بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل ، اجازه دهید دست ها و ساعد ها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.
- ✓ بعد از ورود به اتاق عمل و بعد از پوشیدن کلاه و ماسک ، دست ها بایستی با آب و صابون شسته شوند.
- ✓ بعد از عمل و در هنگام در آوردن دستکش ، بایستی دست ها با محلول ضد عفونی کننده با بنیان الکلی به یکدیگر مالش داده شود و در صورت باقی ماندن پودر تالک و یا مایعات بیولوژیک بر روی دست ها بایستی آنها را با آب و صابون شست (برای مثال در صورت پاره شدن دستکش)
- ✓ در این صورت پروسیجرهای جراحی را می توان یکی بعد از دیگری بدون نیاز به شستشوی دست ها با آب و صابون انجام داد.

✓ با افزودن **کلر هگزیدین** به فرمولاسیون محلول های مالش دست پایداری محلول افزایش می یابد و قابل استفاده در موارد ضد عفونی و آماده سازی دست ها برای جراحی می شود.

اقدامات پیشگیری

۱. به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضد عفونی با محلول هندراپ نمی شود.
۲. استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد. ضروریست از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد. اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر موارد بالقوه عفونی، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است.
۳. از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده نمایید.
۴. در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز نیست موضع دیگر همان بیمار (مشتمل بر پوست آسیب دیده، مخاطات یا ابزار پزشکی) با محیط لمس شود، دستکش را در آورده یا تعویض نمایید.

پیشگیری از سقوط بیمار (Preventing patient fall)

در بیمارستان یکی از بارزترین شاخص های ذکر شده در مورد ایمنی بیمار میزان بروز حوادث ناگوار است. سقوط و پیامد های ناشی از آن منجر به افزایش هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی شده است.

سقوط: رویدادی است که طی آن بیمار بستری در بیمارستان به صورت تصادفی و غیر عمدی بر روی سطوح و یا کف سقوط می کند.

از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزء اتفاقات ناخواسته ای قلمداد می شوند که هرگز نباید رخ دهند.

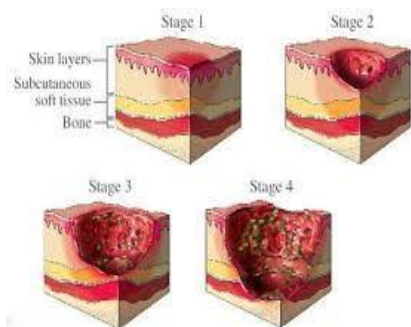
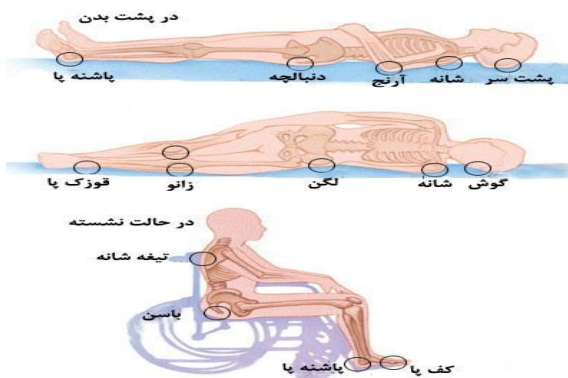
بر اساس آمار مورس ۷۸ درصد سقوط ها، سقوط فیزیولوژیک قابل پیش بینی، ۱۴ درصد سقوط ها در بیمارستان سقوط های تصادفی و ۸ درصد موارد سقوط های فیزیولوژیک غیر قابل پیش بینی می باشند.



اقدامات پیشگیری کننده از سقوط:

۱. با استفاده از معیار مورس احتمال خطر سقوط را در بیماران بستری پیش بینی نمایید.
 - ✓ تمامی بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در بدو پذیرش و در راند های روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نمایید.
 - ✓ ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری بایستی حداقل یک بار در روز و یا در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد
 - ✓ براساس اطلاعات فراهم آمده از به کار گیری ابزار مورس ، بایستی مداخلات با توجه به نیاز بیمار طراحی و تنظیم شود.
۲. طرح پیشگیری را با کمک پرستاران ، کادر کمک پرستاری ، پزشکان ، فیزیکیال تراپیست ها در میان گذارده و اجرایی نمایید.
۳. در صورت سقوط بیمار را حتما به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی نمایید.
۴. بیماران را راهنمایی نمایید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند ، تا سر نخورند.
۵. در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید.

۶. ترتیبی اتخاذ شود که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هرگونه مانع ، اشیاء زائد و اضافی باشد.
۷. حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.
۸. در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکارد ها مطمئن شوید.
۹. بیمار یا همراهان وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.
۱۰. جا به جایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.
۱۱. در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب هر ساعت یکبار به بیمار سر بزنید.
۱۲. در صورتی که بیمار داروهایی مصرف می نماید که بر سطح هوشیاری ، دفع و راه رفتن بیمار تاثیر گذار است، بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود در خون وی می رسد کنترل نمایید.
- ✓ در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک ، ضد تشنج و بنزو دیازپین ها است احتمال خطر سقوط او بالاست
- ✓ در صورتی که بیمار داروهایی برای پرفشاری خون ، داروهای قلبی ، آنتی آریتمی یا ضد افسردگی مصرف می نماید ، احتمال خطر سقوط در حد متوسط است.



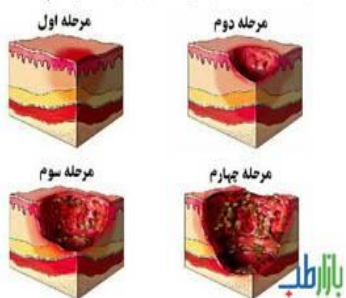
۱۳. ارزیابی دقیق بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی می باشند.

۱۴. اختلال بینایی بیماران بستری در حد امکان بایستی رفع شود.

پیشگیری از زخم فشاری: (Prevention pressure ulcer)

زخم فشاری جراحت موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خرد کننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود ، زخم فشاری ایجاد می شود . حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است . زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند : عمقی و سطحی.

مراحل ایجاد زخم بستر از علائم تا پیدایش



✓ **زخم های فشاری عمقی** که از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علائم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

✓ **زخم های فشاری سطحی** که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند ، خود به ۴ درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱. **زخم های فشاری درجه یک:** پرخونی پوست ، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود . احتقان

و تورم موضعی پوست ، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علایم و نشانه های زخم های فشاری درجه یک است.

۲. **زخم فشاری درجه دو:** زخم فشاری درجه دو با تظاهر تاول ، خراشیدگی و یل کراتر ، نکروز ، ترومبوزیس ، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

۳. **زخم فشاری درجه سه:** فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیر جلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علایم و نشانه های زخم فشاری درجه سه است.

۴. **زخم فشاری درجه چهار:** علایم و نشانه های زخم فشاری درجه چهار عبارت است از فقدان کامل پوست ، تخریب وسیع پوستی ، نکروز بافتی درگیری عضلات ، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی ، سختی و نکروز لبه های زخم.

بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن ، احتمال ابتلاء به عفونت عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن) ، درد شدید ، افسردگی ، تعادل منفی نیتروژن ، سپتی سمی ، استئومیلیت ، آمیلوئیدوز و مرگ می شود.

اقدامات پیشگیرانه

مراقبت پوست

ارزیابی جامع و کامل پوست ، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری باشد.

۱. تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است برنگردانید.

۲. از ماساژ برای پیشگیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید.

✓ به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود ، ماساژ ندهید.

۳. از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید.

✓ مالش شدید پوست می تواند سبب تخریب لایه های پوست ، افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن ضعیف گردد

✓ به منظور بهبود جریان خون موضعی ، بعد از تغییر وضعیت بیمار پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید.

✓ از ماساژ نواحی قرمز پوست به دلیل صدمه بیشتر پیشگیری نماید.

✓ جهت تمیز نمودن پوست از آب داغ استفاده ننماید.

از آنجا که رطوبت زیاد و تغییر دمای ناشی از آن سبب از بین رفتن ویژگی های مکانیکی لایه شاخی پوست می شود به منظور کاهش احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت نماید.

بهبود وضعیت تغذیه

از آنجا که سوء تغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار میرود وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نماید.

برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای را برنامه ریزی نماید.



تغییر وضعیت

در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی، برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان می باشد.

۱. به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار ، بیمار را تغییر وضعیت دهید.

۲. نسبت تغییر وضعیت بیمار بستگی مستقیم به سطوح حمایتی مورد استفاده دارد.

۳. تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی به نسبت تشک توزیع کننده فشار بایستی بیشتر باشد.



سطوح حمایتی

۱. تا زمانیکه بیماران در معرض خطر زخم فشاری می باشند بایستی از سطوح حمایتی برای آنان استفاده شود.
۲. در تعیین سطح حمایتی مورد نیاز بیمار ، بایستی سطح حرکتی بیمار و راحتی را در نظر گرفت.
- ✓ از تشک های کم فشار (تشک های با فشار متناوب و یا موج) ترجیحا سلولی استفاده نمایید.
- ✓ با استفاده از وسایلی نظیر بالشت و حوله های تا شده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانوها و قوزک ها بر روی دیگر پیش گیری نمایید.
- ✓ با استفاده از پد های محافظ ، لایه های اضافی متناسب با وزن بدن مددجو در زیر ساکروم ، تروکانترها ، پاشنه ها ، آرنج ، خار کتف و پشت سر و گوش ها ایجاد کنید.
- ✓ با استفاده از ابزارهای مثل گهواره (جهت افزایش جریان خون) روی تخت از میزان فشار وارده بر انگشتان پای مددجو بکاهید.
- ✓ روی تشک موج یک لایه نازک پارچه نخی انداخته شود تا کارایی تشک موج بیشتر باشد.
- ✓ با قرار دادن قوزک های پا در بین پلی از دو بالشت از بروز زخم فشاری در پاشنه های پای بیمار پیشگیری نمایید.

مدیریت خطر



مفهوم مدیریت خطر موضوع نوینی است که در آن به خطرات ناشی از نظام سلامت بر روی بیماران می پردازد. درواقع یکی از عواملی که بیماران و جامعه را مورد خطر قرار میدهد خود نظام سلامت است.

آمار حاکی از آن است که در صد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستمهای نظام سلامت بخصوص بیمارستانها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمانهای بهداشتی- درمانی بعنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثر بخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

همواره باید مدنظر داشت که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستمهای نامناسب، فرصت بروز مییابند و نه به علت وجود افراد. از آنجاکه کلیه فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با درجه

ای از عدم ایمنی و خطر توأم میباشد لذا ایمنی بیمار یکی از اساسی ترین اصول ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی میباشد. ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود. بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

- ✓ ارزیابی ریسک
- ✓ شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
- ✓ گزارش دهی و تحلیل حوادث
- ✓ ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا

➤ حوادث و خطاها کدامند؟

پتانسیل ایجاد خطا یک چالش دائمی برای ارائه خدمات بهداشتی ایمن و مناسب می باشد. وقتی که مسائل رو به خطا پیش رود (به سمت ایجاد مشکل سوق یابد)، یا در بعضی از موارد از بعضی مسائل اجتناب شود، فرصتی برای بیماران، تیم ها و سازمانها برای شناسایی علت اتفاق می باشد و در اینجا نیازمند فعالیتی برای بهبود ایمنی بیمار هستیم.

وقتی درباره حوادث، خطاها و اتفاقات منجر به خطا صحبت می کنیم، منظور چیست؟

حادثه

اتفاق ناخواسته یا غیر قابل انتظار که منجر به آسیب به بیمار یا کارمند می شود، شامل مرگ، ناتوانی، جراحی، بیماری یا هرگونه آسیب دیگر می باشد.

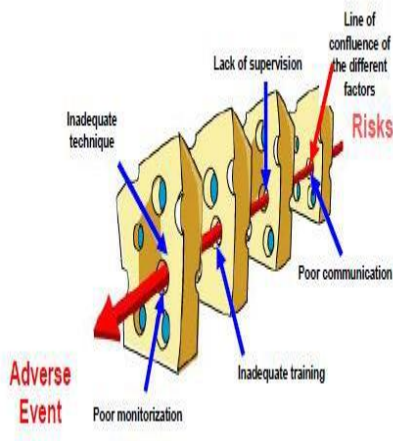
خطا

اشتباه، لغزش یا تخلف که منجر به حادثه می شود. عدم موفقیت اقدامات برنامه ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار که ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه و یا نقص در خود برنامه است.

خطای پزشکی

هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد، چه آسیب و صدمه به بیمار گردد و چه آسیبی در پی نداشته باشد. انواع خطاهای پزشکی عبارتند از خطاهای پزشکی، تشخیصی، درمانی، پیشگیری و سایر خطاها (ارتباطی، مرتبط با تجهیزات، نقص در سایر سیستم ها)

حوادث به خیر گذشته



هر شرایطی که بتواند منجر به حادثه شده، اما حادثه ای ایجاد نکند.

ما تنها زمانی می توانیم بر روی اقدامات و عملیاتی که ایمنی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد مداخله انجام دهیم که با همکارانمان برای شناسایی موارد زیر تعامل داشته باشیم:

-چه اشتباهی رخ داده است؟

-کجا این اتفاق افتاده است؟

-چرا این اتفاق افتاده است؟

بازنگری و آنالیز حوادث و حوادث بخیر گذشته برای شناسایی علل لازم و ضروری است.

این موضوع شامل ابزارهای بهبود کیفیت مانند تحلیل ریشه ای وقایع یا تحلیل حوادث خیلی برجسته (مهم)

می باشد. در ابتدا که علل شناسایی شد می توانیم برای جلوگیری از وقوع مجدد این حادثه عمل کنیم.

ایمنی بیمار با این مسئله که چرا این اتفاق افتاده است به وسیله تشویق پرسنل و بیماران برای گزارش دهی و بازنگری حوادث سروکار دارد) مورد ملاحظه قرار می دهد). درک آن که چرا حادثه اتفاق افتاد به شما فرصت آن را می دهد تا روش ارائه مراقبت را تغییر دهد. تاکید بر ایمنی می تواند منجر به ارتقای مدیریت ریسک در تیم ها شده و در اداره یک سازمان نیز کمک کننده (یاری دهنده) باشد.

خطای انسانی

با هر سطحی از آموزش، مهارت، تجربه و انگیزه ممکن است خطا رخ دهد. با توجه به ماهیت رفتار انسان، امکان خطا همیشه وجود دارد.

از این **دو عقیده غیر علمی** بر حذر باشید:

بی نقصی و کامل بودن: اگر ما به اندازه کافی سعی کنیم، دچار خطا و اشتباه نمی شویم.

اگر ما افراد را به خاطر ارتکاب خطا تنبیه کنیم، آنها در آینده خطای کمتری مرتکب می شوند.

دلایل بروز خطا

رویکرد فردی: نگرش این رویکرد مبتنی بر این است که افرادی که مرتکب خطا می شوند، بییدقت و بی مبالا هستند و باید فرد خطاکار سرزنش و تنبیه شود.

کنار گذاشتن فرد خطاکار ≠ بهبود ایمنی

رویکرد سیستمی: نگرش این رویکرد مبتنی بر این است که علت اصلی بروز خطاها ضعف ها و نقائص موجود در سیستم ها است. در این رویکرد به جای تمرکز بر افراد باید بر سیستم ها متمرکز شد و از خطاها درس گرفت.

مدل پنیر سوئیسی: Swiss cheese Model

درون هر سیستم، نواقص متعددی وجود دارد ولی این نواقص همیشه منجر به بروز خطا نمی شوند. بلکه خطا تنها زمانی روی می دهد که نقص های موجود در قسمت های مختلف سیستم، به صورت پیش بینی نشده و هم زمان با یکدیگر رخ دهند و زنجیره ای از این نواقص منجر به پیدایش یک حادثه شوند.

در واقع، حوادث بزرگ غالباً نتیجه تجمع زنجیره ای از نواقص کوچک ولی متعدد موجود در سیستم می باشند که توانسته اند از سد های دفاعی و تمهیدات امنیتی در نظر گرفته شده، عبور نمایند.

توالی رویدادهای فوق را که بیانگر اثر تجمعی نواقص موجود در سیستم (نقص در عوامل سازمانی، تکنیکی و انسانی) در ایجاد انواع خطا می باشد به مدل پنیر سوئیسی تشبیه کرده اند.

این مدل نشان می دهد چگونه تجزیه و تحلیل وقایع بزرگ و مهم و نارسائی های سیستم های فاجعه بار و مصیبت زا باعث آشکار شدن نارسائی های متعدد کوچکتر منجر به خطرات واقعی در سیستم می شود.

انواع خطاهای پزشکی

خطاها به صور مختلف تقسیم بندی می شوند. به منظور اینکه زمینه بحث را در حوزه خطاهای پزشکی فراهم کنیم، میبایست تعاریفی از انواع خطاهای پزشکی ارائه نمائیم. خطاها بر طبق نظر James Reason 1990 دو نوعند:

خطای اجرائی: زمانی که اقدامات و فعالیت های انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد.

خطای برنامه ریزی: زمانی که اقدام یا عمل انجام شده از ابتدا، پایه و اساس صحیح و مناسبی نداشته باشد.

بنابراین دو تعریف اصلی در ارتباط با خطاها مطرح است یکی در مرحله برنامه ریزی و دیگری در مرحله اجرا.

مراحل مدیریت ریسک



✓ مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

✓ مرحله دوم: شناسای ریسک

✓ مرحله سوم: آنالیز خطر

✓ مرحله چهارم: برخورد با خطر

• کنترل خطر-پذیرش خطر-اجتناب خطر

• کاهش خطر-انتقال خطر

✓ مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم؟

✓ تجارب قبلی

✓ افراد با تجربه در سازمان

✓ اسناد و مدارک، گزارش ها، پروتکل ها، روش های اجرایی، برنامه ها، آموزش...،

✓ بازرسی، ممیزی داخلی، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...

✓ مصاحبه ها، نظرسنجی ها...

✓ **رویکرد مدیریت ریسک** رویکردهای گذشته نگر (Retrospective) و آینده نگر (prospective)

اتفاق منجر به آسیب – Adverse event:

آسیب های ناخواسته به بیماران ناشی از مداخله پزشکی است که شامل هرگونه اقدام توسط کارکنان بهداشت و درمان ، از جمله کارکنان اداری و پرسنل پشتیبانی و نگهداری

نزدیک به خطا – شبه حوادث – Near miss:

اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است. مانند بیمار در حال سقوط از تخت که توسط پرستار حاضر در اتاق محافظت شده است.

اتفاقات فاجعه آمیز – Sentinel event:

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتند (وقایع ۲۹ گانه)** (never events):

وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدیکه ممکن است در بیمارستان یا منزل رخ دهند:

۱. انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن
۲. انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه
۳. انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار
۴. جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعداز جراحی یا سایر روش های درمانی
۵. مرگ در حین جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده



۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هرگونه آمبولی عروقی
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. فرار و یا مفقود شدن بیمار نیازمند مراقبت امن و سطح بالایی تحت نظر در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مانند دمانس -سایکوز- سوساید)
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثلا به دنبال فیزیوتراپی)
۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گاز های مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر)
۲۲. سوختگی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (سوختگی با کوتر)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثل گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ)
۲۴. سقوط بیمار منجر به فوت یا عارضه شدید نیازمند درمان (سقوط در حین جابجایی، سقوط از پله)
۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

۲۹. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین

رویکرد واکنشی یا گذشته نگر :

تحلیل ریشه ای علل وقایع (RCA (Root Cause Analysis

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده و علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ می دهد را نیز در بر می گیرد. تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چندمنظوره، سلسله مراتب حوادث راطراحی کرده و از زمان حادثه به عقب برمیگردد و اجازه می دهد که علل واقع یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها میتوانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته، یادگیری هایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای عبارتست از آگاهی از اینکه :

✓ چه اتفاقی افتاده است؟

✓ چرا اتفاق افتاده است؟

✓ چه کاری میتواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود؟

در این تکنیک، به جای پرداختن به عملکرد افراد، در درجه اول بر سیستمها و فرآیندهای موجود در آنها تأکید می شود.

بدین صورت که از برخی علل خاص در فرآیندهای بالینی که منجر به ایجاد خطا شده اند به سوی علل

مشترک در فرآیندهای سازمان پیشرفته، اصلاحات بالقوه در این فرآیندها و سیستمها را که میتوان برای کاهش احتمال چنین خطاهایی در آینده اعمال نمود، شناسایی میکند.



FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا

ارزیابی ریسک به روش FMEA رویکردی گام به گام برای شناسایی حالات بالقوه خطا و شکست در فرآیند طراحی ارائه یک خدمت، روشی سیستماتیک و سازمان یافته برای بررسی حالات خطا در سیستم می باشد.

پایه و اساس FMEA

- ✓ چه خطایی ممکن است رخ دهد؟
- ✓ احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدام است؟
- ✓ احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟ هدف از انجام

FMEA

- ✓ -شناسایی راه هایی که ممکن است یک فرآیند دچار شکست شود-اثرات یا نتایج احتمالی بروز این شکست ها
- ✓ -علل احتمالی بروز این شکستها
- ✓ اتخاذ تدابیری برای کاهش احتمال وقوع این حالات
- ✓ جلوگیری یا کاهش احتمال وقوع
- ✓ کاهش پیامدهای وقوع چه چیزی را تحلیل کنیم؟

پروسیجریهایی که احتمال بروز خطا در آن ها زیاد است، مانند:

محاسبه و اندازه گیری دوز داروها و دستورات شفاهی و از طریق تلفن ثبت دستی دستورات استفاده از ابزارهای کنترل تزریق فرآیندهایی که توام با ریسک هستند یا ممکن است منجر به حادثه و رویداد فاجعه آمیز شوند (استفاده از خون و فرآورده های خونی) فرآیند استفاده از داروهایی با ریسک بالا (لیدوکائین، کلروپتاسیم، مخدرها، داروهای ضد انعقاد) برگه گزارش حوادث مشاهده کمیته مرگ و میر مرور پرونده پزشکی بیماران، تغییر فرآیندها و یا عملکردها (تدوین پروتکل جدید یا تغییر یافته درمانی)

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار patient safety wakround

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بصورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان ، تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند.

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از کلیه بخشهای بیمارستانی صورت میگیرد و در واقع شیوهای غیررسمی برای صحبت با کارکنان در رابطه باموضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان بوده و حمایت مدیران را از گزارش خطا نشان میدهد.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار، بازرسی و مچ گیری از پرسنل خاطی نیست. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار با کاهش ریسک در بیمارستان، به راه حل های کاربردی دست مییابد

۱. بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم خواهیم نمود.
۲. کارکنان خود را حمایت و رهبری کرده و بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید خواهیم نمود .
۳. برای مدیریت خطر ، سیستمها و فرآیندهای خطاها را شناسایی و ارزیابی خواهیم نمود .
۴. به کارکنان خود این نیز اطمینان را می دهیم که می توانند به راحتی وقایع را گزارش دهند .
۵. راههایی را برای برقراری ارتباط صریح بابیماران ایجاد و به حرف آنها گوش خواهیم داد.
۶. کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق تایادگیرنده که چرا و چگونه حوادث رخ میدهند
۷. درسهایی را خواهیم آموخت و با تغییر در عملیات ، فرآیندها یا سیستم نهادینه و عملی شود.

راهنمای ترخیص ایمن



یکی از مهمترین گلوگاه ها در زمینه خدمات مراقبت ارائه شده به بیماران در بیمارستان که میتواند ایمنی بیمار را تهدید کند مرحله ترخیص بیمار از یک سطح از مراقبت به سطح پایین تر و نیازمند توجه کمتر میباشد. ترخیص از بخش اورژانس به بخش عادی یا از بخش ویژه به بخش عادی و

نهایتاً ترخیص از بیمارستان به محل اقامت یا نگهداری خارج از بیمارستان و در راس آنها منزل (یا مراکز نگهداری) یکی از دغدغه های مهم ایمنی بیماران می باشد. توانمندسازی بیمار در مراقبت از خود با

کاهش اتکاء به محیط بیمارستانی و انتقال تدریجی وی به شرایط جامعه یکی از مهمترین اهداف یک ترخیص ایمن می باشد. بدیهی است بیماری که در معرض خطر سقوط، خودکشی، زخم بستر، پلی فارمسی و مانند آنها قرار دارد در معرض خطر بالاتری از نظر تهدید ایمنی و سلامتی خود پس از ترخیص نسبت به سایر بیماران می باشد.

وجود برنامه ترخیص برای موارد شایع مانند بیماران دیابتی، حوادث عروق مغزی، قلبی، افراد در معرض خطر سقوط، افراد در معرض خطر زخمهای فشاری و ...، و افراد آسیب پذیر مانند سالمندان، مبتلایان به اختلالات ذهنی و روانپزشکی، مقیمین مراکز نگهداری سالمندان نشانه شناخت تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به زنجیره مراقبت و توجه به آن می باشد.

برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم ارائه کننده مراقبت و نیز بین بیمار/خانواده/مراقبین وی و ارائه کنندگان خدمت نقش اساسی در ترخیص ایمن بیمار دارد. انتقال ضعیف اطلاعات بین بیمار و کادر درمان و مراقبت و اشتباهات در برقراری ارتباط دو عامل عمده اختلال در زنجیره مراقبت می باشند.

- ابزار و راهکارهایی برای ایجاد این ارتباط وجود دارند که در اینجا مورد اشاره قرار می گیرند.
- برگه خلاصه ترخیص واضح و قابل فهم که بیمار از محتوای آن اطلاع کافی داشته باشد.
- دستورالعمل ترخیص تحویلی به بیمار شامل نکات و هشدارهای مهم (Red Flags) و آنچه که بیمار باید در صورت مواجهه با این شرایط حاد انجام دهد باشد و بیمار کاملاً از آن آگاهی داشته باشد.
- لیست واضح از پیگیریهایی که بیمار باید انجام دهد مانند آزمایشات، فیزیوتراپی و نیز ویزیت های بعدی در اختیار بیمار قرار گیرد و بیمار کاملاً از آن آگاهی داشته باشد.
- راه های برقراری ارتباط به هنگام (تلفنهای آزاد) با افراد مرتبط و کادر درمانی مانند پزشک معالج به شکل شفاف در اختیار بیمار و خانواده وی قرار گیرد.
- رژیم غذایی، آموزش دیابت در مورد بیماران دیابتی، محل خواب و استراحت، اجابت مزاج و مانند آنها از مفاد آموزشی به بیمار با جلب مشارکت خانواده/مراقبین وی هستند.
- وضعیت بیمار پس از ترخیص برایش کاملاً توضیح داده شود (مانند استراحت، حرکت، نقل و انتقال و جابجایی).

داروها و کیفیت دارودهی

یکی از اجزاء بسیار مهم به ویژه در بیمارانی که به دنبال ترخیص باید داروهای خاص یا با هشدار بالا و احتمالاً به مدت طولانی مصرف نمایند و بیماران پلی فارمسی از مهمترین اجزاء تاثیر گذار بر ایمنی بیماران پس از ترخیص هستند. دو سوم وقایع ناخواسته پس از ترخیص ناشی از دارو هاست. شایعترین این داروها آنتی بیوتیکها، کورتیکواستروئیدها، و داروهای قلبی عروقی هستند. در این خصوص ضروری است تا لیست داروهای بیمار حین ترخیص که باید بعد از آن مصرف نماید به واسطه تلفیق دارویی مشخص و بیمار/خانواده/مراقبین از آن آگاهی داشته باشند. برنامه و زمان بندی نحوه کاهش مصرف (Tapering) یا قطع داروها کاملاً مشخص و به بیمار تفهیم شده باشد. بیمار باید در خصوص عوارض احتمالی هر یک از داروها و اقدامات مقتضی در صورت مواجهه با هریک از عوارض یا نتایج حاصل از مصرف دارو آموزش دیده از اقدامات لازم در هر مورد و اینکه در چه زمانی با چه کسی، کجا و از چه طریق در این زمینه ارتباط برقرار نماید آگاهی داشته باشد.

در ترخیص بیماران در آخر هفته و ایام تعطیل و نیز ترخیص هایی که در شب اتفاق میافتند باید توجه بیشتری برای پیشگیری از جا ماندن یا فراموش شدن اجزای ترخیص ایمن بیماران توسط کادر بالینی و مدیریتی مبذول گردد. مناسب است که ترخیص نرمال بیماران ترجیحاً قبل از ظهر و در ساعات فعال و وقت اداری صورت پذیرد.

باید توجه داشت که ترک بیمارستان توسط بیمار با میل شخصی و علیرغم توصیه پزشکی به معنای بی تفاوتی و رفع مسئولیت از بیمارستان در قبال برنامه ریزی ترخیص اینگونه بیماران نمیباشد بلکه این گروه میتوانند در معرض خطر بالاتری از نظر تهدید ایمنی نسبت به بیماران با ترخیص عادی باشند. در این بیماران توجه ویژه به مواردی مانند مدیریت نتایج معوق بررسیهای پاراکلینیک و ارائه مشورت های لازم به بیمار و خانواده/مراقبین وی جهت اطمینان از پیگیری درمان با روشهای جایگزین ضرورت دارد.

در طراحی و اجرای یک برنامه مطلوب ترخیص این نکات میتوانند نقش اساسی داشته باشند:



- تمرکز بر روی آموزش و ارتقاء سواد سلامت بیمار و خانواده/همراهان
- مدیریت بیماری
- کاهش هزینه های مراقبت/درمان
- رعایت حقوق بیمار و جلب مشارکت بیمار/خانواده در برنامه ترخیص
- یکپارچگی برنامه ترخیص و تیم برنامه ریز
- انتقال شرایط بیمار از شرایط بیمارستانی به شرایط جامعه با شیب کم
- پیگیری تلفنی بیمار طی ۲۴ ساعت اول پس از ترخیص توسط بیمارستان

با توجه به اهمیت موضوع ترخیص، ابزار **Discharge SMART** برای ارتقاء فرایند ترخیص ارائه گردیده است :
این ابزار به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار/خانواده/مراقبین در برنامه ترخیص خود میباشد.

بر اساس پروتکل مربوطه، پرستار، بیمار و خانواده وی را در خصوص برگه ابزار SMART آموزش داده توجیه مینماید. بدو بستری در بخش، پرستار ضمن درج نام بیمار روی برگه، آن را تحویل ایشان میدهد. بیمار و خانواده هم میتوانند ترجیحاً مستقیماً برگه را پر کنند یا اینکه پرستار از زبان ایشان آن را تکمیل نماید. به بیمار و خانواده توضیح داده شود که بیشتر بر روی مباحث مربوط به بعد از ترخیص تمرکز کنند. تمام سوالات مطرح شده باید با نظر کادر بالینی مرتبط پاسخ داده شود.

ضمناً به صورت روزانه پزشک و پرستار این برگه را با توجه به آخرین وضعیت با بیمار و خانواده وی چک میکنند.
عبارت اختصاری SMART به ۵ عنوان اشاره دارد که به شرح ذیل میباشد.

Signs, Medications, and Appointments. Results, Talk with me

Signs: علائم و نشانه ها/شکایات مهم و حیاتی که ضروری است بیمار در طی مدت اقامت در بیمارستان و/یا پس از ترخیص آنها را به درستی تشخیص داده، درک نماید و به موقع گزارش یا اقدام کند (مانند تب بالای ۵ / ۳۸ درجه، درد قفسه سینه، خونریزی و...) -علائم، نشانه ها و شکایاتی که نیازمند توجه پزشکی هستند باید برای بیمار قبل از ترک بیمارستان توضیح داده شوند و این علائم توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه نوشته شود.
-بیمار باید آموزش ببیند که برای چه سطح یا شدت از چه علامت یا شکایتی چه بکند و با که تماس بگیرد (اورژانس، بیمارستان، پزشک معالج و...) -شماره تلفنهای مربوطه با قابلیت دسترسی به موقع اعم از بیمارستان و اورژانس در پایین برگه مزبور به صورت خوانا برای بیمار/خانواده و ترجیحاً توسط خود ایشان درج شده باشد.

Medications: سئوالات یا نکات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض دارویی، تواتر مصرف دارو و... -سئوالات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض دارویی و اقدام لازم و به موقع (اقدام اولیه مانند قطع داروها و واکنشهای ضروری اولیه، تماس با افراد ذیربط و زمان آن و...)، تواتر مصرف دارو، اندیکاسیون های مصرف و ... توسط بیمار و خانواده وی مطرح و پاسخ داده شوند.
-دقت و صحت لیست داروهای در حال مصرف فعلی توسط بیمار با بیمار و خانواده وی بررسی شود.

-اطلاعات داروئی با اهمیت برای بیمار مانند دوز، توضیحات شکل و اندازه و رنگ دارو (قرص، شربت، کپسول، آمپول...) و عوارض توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه نوشته شود.

-سئوالات داروئی بیمار توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه نوشته شود.

-بیمار/خانواده/مراقبین آموزش ببینند پس از ترخیص در خصوص سئوالات داروئی خود (اعم از نحوه مصرف، عوارض و ...) با چه کسی تماس بگیرند (داروساز، پزشک معالج، درمانگاه و...) و توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه یادداشت گردد.

-توسط بیمار/خانواده وی لیست داروهای در حال مصرف با پزشک معالج مرور و تایید و نهایی گردد (به ویژه در نزدیکترین زمان ممکن به ترخیص).

Appointments: قرارهای برنامه ریزی شده برای ویزیت‌های بعدی، آزمایشات طی بستری و پیگیریها و قرارهایی که بیمار یا خانواده باید برای بعد از ترخیص پیگیری نمایند.

-برنامه زمانبندی ویزیت‌های برنامه ریزی شده پس از ترخیص به بیمار و خانواده وی اطلاع داده شود (مانند فیزیوتراپی، ویزیت متخصصین مربوطه مانند قلب یا جراح مربوطه، زمان انجام آزمایشات و ...) و این اطلاعات توسط بیمار/خانواده وی بر روی برگه به صورت کاملا خوانا برای بیمار نوشته شود.

-از اطلاع بیمار و خانواده وی از شماره تماس/نحوه برقراری ارتباط به موقع با پزشک معالج اطمینان حاصل نمایید.
-در صورت عدم امکان حضور بیمار طبق زمانبندی ارائه شده جهت ویزیت/پیگیری (مانند تداخل برنامه کاری، عدم وجود امکان انتقال یا ایاب و ذهاب) مراتب توسط او یا خانواده وی به اطلاع فرد مربوطه (پزشک معالج) رسانده شود.
-بیمار از قرارهای ویزیت و پیگیریهای ضروری آگاه گردد.

-مطمئن شوید بیمار ضرورت پیگیریهایی که برایش برنامه ریزی شده (مانند ویزیت کاردیولوژیست، فیزیوتراپی...) را متوجه شده است.
-محدوده زمانی را که طی آن لازم است این قرارهای پیگیری به انجام برسد مرور کنید.

-اطلاعات فوق توسط بیمار/خانواده وی بر روی این برگه یادداشت میشوند.

-بیمار/خانواده از کادر بالینی تلفنهای تماسی که باید بدانند را درخواست نماید (بیمارستان، درمانگاه، مطب پزشک).

Results: مشخص شدن نتایج معوق بررسیهای پاراکلینیک اعم از انجام یافته یا در دست اقدام در هنگام ترخیص به منظور

پیگیری

-بیمار و خانواده وی را در هنگام ترخیص در خصوص بررسیهای پاراکلینیک که نتیجه آنها آماده نیست (مانند نتایج کشت ادرار، پاتولوژی و...) ولی این امر مانع ترخیص نیست آگاه سازید.

-بیمار/خانواده وی را جهت یادداشت لیست نتایج معوق روی این برگه راهنمایی کنید و این کار توسط بیمار/خانواده وی انجام شود.
-بیمار/خانواده وی را راهنمایی کنید که در خصوص اطلاع و صحبت در مورد نتایج آزمایشات با کدام پزشک تماس بگیرند یا در پیگیری به وی مراجعه نمایند.

-بیمار/خانواده وی به صورت تلفنی یا در هنگام ملاقات/ویزیت پزشک با وی در خصوص نتایج تستهای معوق صحبت کنند.
Talk with me: این بخش در حقیقت برای باز کردن باب مکالمه بین بیمار/خانواده وی و ارائه دهندگان خدمت استفاده میشود. بیمار و خانواده وی طی بستری و حین ترخیص سئوالات و ابهامات خود را از کادر بالینی مرتبط در خصوص مراقبت و درمان مطرح مینمایند و در این زمینه محدودیت زمانی و مکانی وجود ندارد. از ایشان بخواهید لااقل در سه موضوع با شما صحبت و طرح سؤال کنند.
-بیمار/خانواده را به سمت سئوالات مهم سوق دهید.
-بیمار/خانواده وی را در خصوص طرح سئوالات یا نگرانیها در خصوص ترخیص و درج آن در این برگه تشویق کنید.
-بیمار/خانواده وی ۳ سوال یا بیشتر در باره هر آنچه در مورد آن کنجکاو هستند روی این برگه بنویسند.
-بیمار/خانواده وی از پزشک روزانه سئوالات خود را تا روز ترخیص مطرح نمایند تا از انباشتگی اطلاعات هم جلوگیری شود.

کنترل و مصرف گازهای طبی (تمامی کارکنان)

بر اساس نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۵۵۴ / ۴۰۲ د مورخ ۹۵/۲/۱۱ ؛ پرسنل بایستی از استاندارد ملی شماره ۳۰۴ با موضوع استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی ، آگاهی داشته باشند.



نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی موارد ذیل می باشد:

- ✓ کپسولهای گازهای طبی در مکانهای خود محکم شده اند.
- ✓ حمل کپسولهای گازهای طبی پر با کلاهک انجام می شود.
- ✓ بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.
- ✓ دستورالعمل استفاده از کپسولهای گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.
- ✓ از سیلندرهای گاز نباید به عنوان غلطک ، تکیه گاه و یا دیگر مقاصد به جز تحویل گاز استفاده شود.

رنگ	نام گاز یا فرمول شیمیایی	ردیف
آبی	NO ₂ (اکسید نیتروژن)	۱
خاکستری	CO ₂ (دی اکسید کربن)	۲
قهوه ای	هلیوم	۳
بنفش	اتیلن	۴
نارنجی	سیکلوپروپان	۵
سفید یخچالی	اکسیژن	۶
سیاه	نیتروژن	۷



UPS (منبع تغذیه بدون وقفه): (تمامی کارکنان) UPS بین برق شهر و مصرف کننده قرار گرفته و در صورت قطع برق شهر

بدون هیچگونه وقفه برق مصرف کنندگان را تامین می کند.

معمولا از UPS برای تغذیه برق کامپیوترها و تجهیزات درمانی و تشخیصی حساس و حیاتی بخش های ویژه مانند اتاق عمل و ICU و ... استفاده می شود.

**** UPS علاوه بر تامین برق موقت می تواند اثرات مخرب کاهش یا افزایش ولتاژ شبکه و نویز الکتریکی را نیز بر روی مصرف کننده از بین ببرد.****

**** تمامی پرسنل بایستی از محل پریشهای UPS خود آگاهی داشته باشند.**

موارد بحرانی (Panic Value): (ویژه پرستاران و پزشکان و پرسنل آزمایشگاه)

کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی که در صورت عدم رسیدگی به موقع موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک (sentinel event) می گردد.

نحوه اطلاع رسانی موارد بحرانی (Panic Value):



✓ موارد بحرانی از طریق خط تلفن آزاد (دارای لیبل Panic Value) موجود در آزمایشگاه به بخش ها اطلاع رسانی می گردد.

✓ پرستار موظف است بلافاصله با پزشک معالج تماس حاصل نموده و پس از قرائت گزارش موارد بحرانی با استفاده از تکنیک SBAR، موارد بحرانی و دستور تلفنی یا شفاهی پزشک را در برگه دستورات پزشک در پرونده بیمار ثبت نماید.

✓ موارد بحرانی، نام فرد گزارش دهنده، نام فرد گزارش گیرنده، تاریخ و ساعت بایستی در دفاتر Panic Value (مقادیر بحرانی) در واحد مبدا (آزمایشگاه) و در بخش های بالینی ثبت گردد.

تجهیزات پزشکی ضروری: (ویژه کادر درمان)

تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیمار را به مخاطره بیندازد. (به عنوان مثال: دی سی شوک)

در صورتی که تجهیزات ضروری بخشی دچار مشکل گردد، بخش یا واحد پشتیبان، به نحوی انتخاب می شود که امکان جایگزینی تجهیزات را به بخش مربوطه در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان، میسر سازد. این پشتیبانی بایستی به صورت شبانه روزی پیش بینی می شود.

***** لیست تجهیزات ضروری مورد تایید مسئول تجهیزات پزشکی در تمامی بخش ها / واحدهای درمانی موجود می باشد و پرسنل بخش مربوطه بایستی از لیست تجهیزات ضروری و بخش / واحد پشتیبان آگاهی داشته باشند.*****

داروهای ضروری

داروهای ضروری ، داروهایی هستند که اولویت نیازهای جمعیت به خدمات سلامت را برآورده می نمایند.

معیارهای انتخاب داروهای ضروری :

میزان شیوع بیماری ها ، شواهدی دال بر کارایی و ایمنی داروها و شواهد مقایسه ای اثربخشی – هزینه از معیارهای انتخاب داروهای ضروری به شمار می آیند.

هدف از تامین داروهای ضروری این است که این داروها در سیستم های فعال ارائه کننده خدمات سلامت به مقادیر کافی ، در دوزاز و به اشکال متناسب و با رعایت موازین تضمین کیفیت و با قیمتی که برای جامعه و افراد قابل تهیه باشد، به صورتی همیشگی موجود باشد.

Model List راهنمایی برای تدوین و تهیه لیست های داروهای ضروری در سطح ملی و سازمانی (بیمارستان ، ...) است. Model List به عنوان یک استاندارد جهانی تهیه نشده است. گرچه که در طی ۳۰ سال گذشته Model List به عنوان مفهوم با معنایی از داروهای ضروری جهت ارتقاء عدالت در سلامت مورد پذیرش جهانی واقع گردیده است . غالب کشورهای دارای لیست ملی داروهای ضروری می باشند و برخی از کشورها دارای لیست داروهای ضروری در سطح استانی یا ایالتی و محلی نیز هستند. معمولاً لیست های ملی داروهای ضروری ارتباط نزدیک به راهنماهای بالینی ارائه خدمات سلامت که برای آموزش و سلامت و نظارت بر کارکنان خدمات سلامت مورد استفاده قرار می گیرند ، دارد.

در نظام خدمات سلامت جدید داروهای ضروری یکی از عناصری است که دارای بهترین اثربخشی – هزینه می باشد. در سال کنونی تنها بیش از ۴۰ میلیون مرگ در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد که یک سوم آن مرتبط به مرگ کودکان زیر ۵ سال می باشد . ۱۰ میلیون مرگ ناشی از عفونت های حاد

تنفسی، بیماری های اسهال، توبرکولوزیس و مالاریا یعنی شرایطی خواهد بود که مصرف داروهای ضروری ایمن و ارزان می تواند، نجات دهنده زندگی ها باشد ترکیبات ساده آماده iron – folate می تواند مرگ مادر و کودک ناشی از آنمی بارداری را بکاهد و درمان بیماری های منتقله آمیزشی می تواند انتقال و سرایت ویروس ایدز را کاهش دهد و درمان پرفشاری خون از حملات قلبی و سکته های قلبی می کاهد.

مفهوم داروهای ضروری نگاهی به آینده دارد. این مفهوم با نیاز به روز نمودن انتخاب داروها که موید گزینه های جدید درمانی و تغییر نیازهای درمانی است. نیاز به تضمین کیفیت، نیاز به تولید مستمر داروهای بهتر، دارو برای بیماری های مورد مواجهه و دارو برای مقابله با الگوهای مقاوم در ارتباط نزدیک

است Model List داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت:

مدل لیست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت که به عنوان راهنما برای تهیه و تدوین لیست های داروهای ضروری در سطح ملی و سازمانی در کشور های مختلف کاربرد دارد، هر دو سال یکبار توسط " کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت بر روی انتخاب و مصرف داروها " به روز می شود. هجدهمین مدل لیست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت و چهارمین مدل لیست داروهای ضروری کودکان سازمان جهانی بهداشت توسط نوزدهمین " کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت بر روی انتخاب و مصرف داروها، که در آوریل ۲۰۱۳ تشکیل شد، تهیه گردیده است.

انتخاب داروهای ضروری به عوامل متعددی نظیر الگوی شیوع بیماری، مراکز درمانی، آموزش و تجربه کادر موجود،

منابع مالی و عوامل ژنتیکی، دموگرافیکی و محیطی بستگی دارد.



فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده:

نام ژنریک درو	نام فارسی دارو	ردیف
ضد میکروب ها (بجز داروهای موضعی) بعد از 7 روز:		
Levamisol	لوامیزول	۱
Mebendazole	مبندازول	۲
Niclozemide	نیکلوزماید	۳
Piperazine	پپیرازین	۴
Albendazole	آلبندازول	۵
Pyriwinium pamoate	پیریوینیوم پاموات	۶
Amikacin	آمیکاسین	۷

Amoxicillin	آموکسی سیلین	۸
Ampicillin	آمپی سیلین	۹
Ampicillin+sulbactam	آمپی سیلین + سولباکتام	۱۰
Azithromycin	آزیترومایسین	۱۱
Penicillin Benzathine	پنی سیلین بنزاتین	۱۲
Penicillin 6.3.3	پنی سیلین ۶,۳,۳	۱۳
Penicillin G Sodium	پنی سیلین سدیم G	۱۴
Penicillin V	پنی سیلین V	۱۵
Penicillin V Benzathine	پنی سیلین بنزاتین V	۱۶
Penicillin G Procaine	پنی سیلین پروکائین G	۱۷
Cefazolin	سفازولین	۱۸

Cefixime	سفیکسیم	۱۹
Cefotaxime	سفوتاکسیم	۲۰
Ceftazidime	سفتازیدیم	۲۱
Ceftizoxime	سفتی زوکسیم	۲۲
Ceftriaxone	سفتریاکسون	۲۳
Cefuroxime	سفوروکسیم	۲۴
Cephalexin	سفالکسین	۲۵
Chloramphenicol	کلرامفنیکل	۲۶
Ciprofloxacin	سیپروفلوکساسین	۲۷
Clarithromycin	کلاریترومایسین	۲۸
Clindamycin	کلیندامایسین	۲۹
Cloxacillin	کلوگزاسیلین	۳۰
Co-Amoxiclav	کوآموکسی کلاو	۳۱
Co-Trimoxazole	کوآتریموکسازول	۳۲
Doxycycline	داکسی سایکلین	۳۳
Erythromycin	اریترومایسین	۳۴

Ethambutol	اتامبوتول	۳۵
Gemifloxacin	جمی فلوکساسین	۳۶
Gentamycin	جنتامایسین	۳۷
Imipenem	ایمی پنم	۳۸
Isoniazid	ایزونیازید	۳۹
Levofloxacin	لووفلوکساسین	۴۰
Amphotericin B	آمفوتریسین ب	۵۸
Caspofungin	کاسپوفونژین	۵۹
Fluconazole	فلوکونازول	۶۰
Griseofulvin	گریزوفولوین	۶۱
	ایتراکونازول	۶۲

Itraconazole		
Terbinafine	تربینافین	۶۳
Voriconazole	وریکونازول	۶۴
Aciclovir	آسیکلوویر	۶۵
Adefovir	آدنوویر	۶۶
Ganciclovir	گان سیکلوویر	۶۷
Interferon Alpha	اینترفرون آلفا	۶۸
Interferon Beta	اینترفرون بتا	۶۹
Interferon Gama	اینترفرون گاما	۷۰
Lamivudine	لامی وودین	۷۱
Oseltamivir	اسلتامیویر	۷۲
Ribavirin	ریباویرین	۷۳
Tenofovir	تنوفوویر	۷۴
Valganciclovir	وال گان سیکلوویر	۷۵
Zidovudin	زایدوویدین	۷۶
Terbinafine	تربینافین	۷۷
Chloroquine	کلروکین	۷۸

Hydroxy Chloroquine	هیدروکسی کلروکین	۷۹
Pyrimethamine	پریمتامین	۸۰
Quinine	کینین	۸۱
Idoquinol	یدوکینول	۸۲
Metronidazole	مترونیدازول	۸۳

Paramomycin	پارامومایسین	۸۴
Meglomine Antimonate	مگلومین آنتیمونات	۸۵
Furazolidone	فورازولیدون	۸۶
ضد قارچ های موضعی بعد از ۳۰ روز:		
Clotrimazole	کلوتریمازول	۸۷
Ketoconazole	کتوکونازول	۸۸
Miconazole	میکونازول	۸۹
Sertaconazole	سرتاکونازول	۹۰
Terbinafine	تربینافین	۹۱
ضد تشنج ها بعد از ۲۷ ساعت:		
Carbamazepin	کاربامازپین	۹۲
Clobazam	کلوبازام	۹۳
Clonazepam	کلونازپام	۹۴
Ethosuximide	اتوسوکسیماید	۹۵
Gabapentin	گاباپنتین	۹۶
Lamotrigine	لاموتریژین	۹۷
Levetiracetam	لوتیراستام	۹۸

Oxcarbamazepin	اکس کاربامازپین	۹۹
Phenobarbital	فنوباربیتال	۱۰۰
Phenytoin	فنی توئین	۱۰۱
Pregabalin	پرگابالین	۱۰۲
Primidone	پریمیدون	۱۰۳

Sodium Valproate	سدیم والپروات	۱۰۴
Topiramate	توپیرامات	۱۰۵
Vigabatrin	ویگابترین	۱۰۶
Zonisamide	زونیساماید	۱۰۷
داروهای ضد اضطراب و اختلالات روانی و خواب آور بعد از 41 روز:		
Lorazepam	لورازپام	۱۰۸
Alperazolam	آلپرازولام	۱۰۹
Aripiprazole	آریپپرازول	۱۱۰
Buspirone	بوسپرون	۱۱۱
Chlorpromazine	کلرپرومازین	۱۱۲
Clozapin	کلوزاپین	۱۱۳
Diazepam	دیازپام	۱۱۴
Flupentixol	فلوپنتیکسول	۱۱۵
Fluphenazine	فلوفنازین	۱۱۶
Chlordiazepoxide	کلردیازپوکساید	۱۱۷
Flurazepam	فلورازپام	۱۱۸

۱۱۹	هالوپریدول	Haloperidol
۱۲۰	میدازولام	Midazolam
۱۲۱	نیترازپام	Nitrazepam
۱۲۲	الانزاپین	Olanzapine
۱۲۳	اکسازپام	Oxazepam

Perphenazine	پرفنازین	۱۲۴
Pimozide	پیموزاید	۱۲۵
Quetiapine	کوتیاپین	۱۲۶
Risperidone	ریسپریدون	۱۲۷
Thioridazine	تیوریدازین	۱۲۸
Tiotixene	تیوتیکسن	۱۲۹
Trifluoperazine	تری فلوپرازین	۱۳۰
Zolpidem	زولپیدم	۱۳۱
مخدر ها (بجز متادون) بعد از 7 روز:		
Pethidine	پتیدین	۱۳۲
Morphine	مورفین	۱۳۳
Oxycodone	اکسی کدون	۱۳۴
Pentazocine	پنتازوسین	۱۳۵
Remifentanil	رمی فنتانیل	۱۳۶
Sufentanil	سوفنتانیل	۱۳۷
Fentanil	فنتانیل	۱۳۸

Buprenorphine	بوپرنورفین	۱۳۹
Alfentanil	آلفنتانیل	۱۴۰
داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی بعد از ۱۰ روز:		
Aspirin	آسپرین	۱۴۱
Celecoxib	سلکوکسیب	۱۴۲
Diclofenac	دیکلوفناک	۱۴۳

Iboprofen	ایبوپروفن	۱۴۴
Indometacin	ایندومتاسین	۱۴۵
Ketorolac	کتورولاک	۱۴۶
Mefenamic Acid	مفنامیک اسید	۱۴۷
Tramadol	ترامادول	۱۴۸
Naproxen	ناپروکسن	۱۴۹
Piroxicam	پیروکسیکام	۱۵۰
Meloxicam	ملوکسیکام	۱۵۱
Tolmetin	تولمتین	۱۵۲
تنگ کننده عروق (چشمی و بینی) بعد از 3 روز:		
Naphazoline	نافازولین	۱۵۳
Phenylephrine	فنیل افرین	۱۵۴
Oxymetazoline	اکسی متازولین	۱۵۵
ضد اسید ها بعد از 30 روز:		
Sucralfate	سوکرالفیت	۱۵۶
Aluminium Hydroxide	آلومینیوم هیدروکساید	۱۵۷

Aluminium Mg	آلومینیوم ام ا جی	۱۵۸
Aluminium Mgs	آلومینیوم ام جی اس	۱۵۹
Magnesium Hydroxide	منیزیم هیدروکساید	۱۶۰
Magnesium Oxid	منیزیم اکساید	۱۶۱
کورتیکواستروئید ها (بجز داروهای موضعی) بعد از 7 روز:		

Beclometasone	بکلومتازون	۱۶۲
Betametasone	بتامتازون	۱۶۳
Budesonide	بودزوناید	۱۶۴
Desoxycorticosterone	دزوکسی کورتیکواسترون	۱۶۵
Dexamethasone	دگزامتازون	۱۶۶
Fludrocortisone	فلودروکورتیزون	۱۶۷
Fluticasone	فلوتیکازون	۱۶۸
Hydrocortisone	هیدروکورتیزون	۱۶۹
Methylprednisolone	متیل پردنیزولون	۱۷۰
Mometasone	مومتازون	۱۷۱
prednisolone	پردنیزولون	۱۷۲
Triamcinolone	تریامسینولون	۱۷۳
کورتیکواستروئید های چشمی و خوراکی بعد از روز:		
Dexamethasone	دگزامتازون	۱۷۴
Betametasone	بتامتازون	۱۷۵
Fluometholone	فلورومتولون	۱۷۶

Hydrocortisone	هیدروکورتیزون	۱۷۷
prednisolone	پردنیزولون	۱۷۸
کرم، پماد و لوسیون موضعی حاوی کورتیکواستروئیدها بعد از 82 روز:		
Betametasone	بتامتازون	۱۷۹
Clobetazol	کلوبتازول	۱۸۰
Fluocinolone	فلوسینولون	۱۸۱

Triamcinolone	تریامسینولون	۱۸۲
Hydrocortisone	هیدروکورتیزون	۱۸۳
Mometasone	مومتازون	۱۸۴
محلول های استنشاقی به وسیله نبولایزر بعد از ۷ روز:		
Ipratropium Bromide	ایپراتروپیوم بروماید	۱۸۵
Salmeterol	سالمترول	۱۸۶
Salbutamol	سالبوتامول	۱۸۷
Formeterol	فورمترول	۱۸۸
Beclometasone	بکلومتازون	۱۸۹
Budesonide	بودزوناید	۱۹۰
Fluticasone	فلوتیکازون	۱۹۱

تمامی داروهای تغذیه ای غیر خوراکی بعد از ۷ روز داروهایی که دستور مصرف آنها در موقع الزام و ضرورت است در صورت عدم دستور جدید بعد از ۲۸ روز مولتی ویتامین ها و استامینوفن بعد از ۳۰ روز زمانی که بیمار به بخش جراحی انتقال می یابد تمامی داروها با نظر پزشک معالج متوقف می شوند.

منابع:

—دستورالعمل های مرتبط با ایمنی بیمار ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی