



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوانرود

کتابچه توجیهی بدو ورود کارکنان

تهیه و تنظیم : دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

با همکاری مسئولین بخش و واحد ها

مهرماه 1395



فهرست

فهرست	شماره صفحه	فهرست	شماره صفحه	فهرست	شماره صفحه
فصل اول : معرفی کلی بیمارستان	1	برنامه کنترل عفونت		قوانین و مقررات اداری و انضباطی	
معرفی بیمارستان ، بخشها و واحدها		برنامه آتش نشانی		امکانات رفاهی	
رسالت		نقشه ساختمان		فصل دوم: دستورالعمل و آئین نامه ها	
ارزش ها		مدیریت بحران		دستور العمل تخفیف خدمات ارائه شده	
چشم انداز		مدیریت خطر		دستورالعمل تحویل و تحول بالینی بخش	
ویژگی های بومی و فرهنگی منطقه		قوانین مربوط به رعایت استاندارد های پوشش		آئین نامه قانون ارتقاء بهره وری	
حقوق گیرنده خدمت		چرا به حاکمیت بالینی نیازمندیم ؟		دستور العمل کسر ساعت کارکنان بالینی	
منشور اخلاقی بیمارستان		دلایل انتخاب اعتبار بخشی		اصول ده گانه قانونی ، علمی و اخلاقی گزارش پرستاری	
مقررات مربوط به بیماران		قوانین و مقررات استخدامی		انضباط و مقررات مربوط به بخش های بالینی	
ایمنی بیمار		مرخصی ها		فصل سوم : اطلاعات تجهیزات اختصاصی	

معرفی بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود در اسفند 79 با شروع به کار بخش های اورژانس ، زایشگاه ، آزمایشگاه و رادیولوژی با همت و تلاش دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و پیگیری مسئولین افتتاح شد:

روند توسعه ای بیمارستان :

روند توسعه ای در سال 80 باره اندازی بخش های بیمارستان شامل اتاق عمل، جراحی عمومی، جراحی زنان ، داخلی و فیزیوتراپی آغاز و در سال 82 بخش اطفال و نوزادان، سال 83 بخش دیالیز، سال 85 بخش ENT، ICU/CCU ، سال 86 بخش ارولوژی، سال 89 بخش ارتوپدی ، سال 90 بخش ادیومتری و بخش جراحی چشم انجام گرفته است در سال 93 بخش مغز و اعصاب و در سال 94 بخش post ccu با 6 تخت فعال و دستگاه ct scan افتتاح شد . بلوک زایمان طبق دستورالعمل وزارت بهداشت و استانداردهای این نهاد بازسازی شد و درمانگاه تخصصی جهت فعالیت پزشکان متخصص در حال احداث می باشد و این مرکز کارنامه موفق در خدمت رسانی و کمک به درمان مردم منطقه اورامانات (شهرستان های جوانرود ، روانسر و ثلاث باباجانی و پاوه) داشته است .

مشخصات ساختمانی بیمارستان حضرت رسول (ص) :

سال شروع بکار : سال افتتاح : 1380 مساحت بیمارستان : 6 هکتار مساحت زیر بنا : 4000 هزار متر مساحت محوطه :-

نام بخش	تعداد تخت	نام بخش	تعداد تخت
اورژانس (تحت نظر)	12	جراحی عمومی	6
دیالیز	9	چشم	3
نوزادان	6	ارولوژی	3
کودکان	8	ارتوپدی	4
جراحی زنان	10	زنان تحت نظر	4
داخلی	15	ICU	2
اتاق عمل	زیر 6 ساعت	CCU	4
مغز و اعصاب	9	Post CCU	6

بیمارستان جوانرود دارای 70 تخت مصوب و 86 تخت فعال است

متخصصین پر تلاش و محترمی که در حال حاضر در بیمارستان مشغول به ارائه خدمت هستند :

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی: دکتر مختار نادری	متخصص بیهوشی : 3 نفر
متخصص اطفال و نوزادان : 2 نفر	متخصص پاتولوژی : 1 نفر
متخصص جراحی عمومی : 2 نفر	متخصص ارتوپدی : 1 نفر
متخصص زنان و زایمان : 3 نفر	متخصص داخلی : 2 نفر
متخصص قلب و عروق : 2 نفر	متخصص ارولوژی : 1 نفر
متخصص چشم : 1 نفر	متخصص مغز و اعصاب: 1 نفر
متخصص ENT: 1 نفر	
مجموع 21 نفر متخصص - پزشک عمومی (بخش اورژانس): 12 نفر (طرحی ، مامور و اضافه کار)	
کادر پرستاری (سوپروایزر های بالینی و آموزشی ، سرپرستار ، پرستار ، بیهوشی و اتاق عمل و بهیاراستخدامی ، طرحی و قراردادی) : 111 نفر کادر مامائی : 15 نفر (ثابت ، طرحی و قراردادی) کادر واحد های پاراکلینیکی: 31 نفر	

راهنمای طبقات			
طبقه اول			
بخش اورژانس	واحد آزمایشگاه	واحد رادیولوژی	بخش دیالیز
واحد درمانگاه تخصصی	آشپزخانه /سلف سرویس	واحد ترخیص	واحد پذیرش
واحد صندوق	واحد داروخانه	واحد انبار دارویی	واحد درآمد
بخش داخلی			
طبقه دوم			
بخش CCU/ICU	سوپروایزر آموزشی	بخش اطفال / زنان	کارشناسان بیمه
بخش اتاق عمل / CSR	بهداشت محیط	بخش POST CCU	نمازخانه
بخش بلوک زنان	کتابخانه	بخش جراحی	کارشناسان بیمه
اتاق شیردهی	اتاق منشی بخش ها		
طبقه همکف و واحد اداری			
ریاست بیمارستان	واحد بهبود کیفیت	واحد تجهیزات پزشکی	واحد دبیر خانه
مدیریت بیمارستان	واحد انفورماتیک	واحد کارگزینی	واحد تلفنخانه
امور عمومی بیمارستان	واحد بهداشت حرفه ای	واحد حراست بیمارستان	مسئول خدمات
مدیریت خدمات پرستاری	واحد مدیریت اطلاعات سلامت (بایگانی)	واحد رسیدگی به شکایات	انبار عمومی
رختشوی خانه	واحد امین اموال	نمازخانه	واحد تاسیسات

واحد ریاست بیمارستان	دکتر مولود حسینی متخصص اطفال و نوزدان
----------------------	---------------------------------------

دفتر ریاست بیمارستان در طبقه همکف و در ابتدای قسمت اداری بیمارستان واقع شده است.

دکتر مولود حسینی در سال 1356 در شهرستان جوانرود متولد شده اند. فارغ التحصیل رشته بیماری کودکان و نوزادان از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال 91 می باشد و از بهمن ماه سال 92 به عنوان رئیس بیمارستان انتخاب شده اند. قبل از این آقای دکتر حسینی ریاست بخش اورژانس و مدیریت بیمارستان را بر عهده داشته اند.

شرح وظایف:

رئیس بیمارستان در خصوص به روز رسانی پروانه بهره برداری بیمارستان برابر قوانین وزارت بهداشت اقدام می کند.

هر گونه توسعه یا تغییر کاربری و تعداد بخشها / واحدهای پاراکلینیک و تعداد تخت های فعال بیمارستان با رعایت قوانین و بر اساس پروانه بهره برداری با نظارت و دستور رئیس بیمارستان صورت می گیرد.

رئیس بیمارستان قبل از هر گونه توسعه تجهیزات که ملزم به اخذ مجوز قانونی از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوزهای قانونی اقدام می کند تجهیزات بیمارستان دارای مجوزهای قانونی معتبر است.

رئیس بیمارستان در خصوص بکارگیری پزشکان و پرستاران که ملزم به دارا بودن مجوزهای قانونی فعالیت می باشند نظارت می کند.

رئیس بیمارستان با همکاری تیم مدیریت اجرایی سیاستهای اصلی را به منظور دستیابی به اهداف کلان تحقق مأموریت تدوین و به اطلاع ذینفعان کلیدی می رساند.

رئیس بیمارستان سند استراتژیک و برنامه های پیشنهادی تیم مدیریت اجرایی را از نظر انطباق با سیاست های اصلی و مأموریت بیمارستان بررسی نموده و ابلاغ می نماید.

رئیس بیمارستان در خصوص اجرای برنامه های ابلاغ شده و دستیابی به نتایج متوازن نظارت می نماید و گزارش های ارسالی را در فواصل زمانی مشخص بررسی و در صورت لزوم اصلاحات را اعمال می کند.

تخصیص بودجه لازم جهت اجرای برنامه های تصویب شده تیم مدیریت اجرایی تیم ایمنی بیمار بهبود کیفیت و سایر بخشها بیمارستان در برنامه بیمارستان.

اولویت بندی به برنامه های بیمارستان جهت ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت.

تخصیص و برنامه زمانی و مالی مناسب جهت آموزش کارکنان در برنامه سالیانه بیمارستان.

طراحی نمودار سازمانی بیمارستان و روابط و سطوح و بررسی انطباق عملکردها.

نظارت و بررسی میدانی بر شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیمار خانواده بیمار و کارکنان بیمارستان.

اخذ گزارش تحلیلی پایش شاخص های عملکردی بخشها و واحدها هر سه ماه یکبار

اخذ گزارش های تحلیلی رضایت سنجی از بیماران و خانواده بیماران هر شش ماه یکبار

اخذ گزارش تحلیلی رضایت سنجی از کارکنان هر شش ماه یکبار.

برگزاری جلسات ملاقات حضوری با روسا و مسئولان بخشها و واحدها و گوش دادن به مشکلات آنها.

برگزاری جلسات ملاقات حضوری با کارکنان و گوش دادن به مشکلات و پیشنهادات آنها.

رئیس بیمارستان مسئول ایمنی بیمار می باشند.

واحد مدیریت بیمارستان	آقای تیمور یوسفی
-----------------------	------------------

دفتر مدیریت بیمارستان در طبقه همکف و قسمت اداری بیمارستان واقع شده است.

آقای تیمور یوسفی دارای مدرک تحصیلی کارشناسی مدیریت که از خرداد ماه سال 1395 به عنوان مدیر بیمارستان انتخاب شده اند. قبل از این آقای یوسفی در قسمت ریاست کارگزینی بیمارستان و مدیریت امور عمومی شبکه انجام وظیفه نموده اند.

شرح وظایف:

تشکیل تیم مدیریت اجرایی

تعیین آیین نامه داخلی کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی بیمارستان با مشارکت تیم مدیریت اجرایی

شرکت فعال در تمام جلسات تیم مدیریت

شرکت فعال در تمام کمیته های بیمارستانی

تدوین سند استراتژیک بیمارستان به همراه تیم مدیریت اجرایی

بازدیدهای مدون هماهنگی شده از بخشها و واحدهای مختلف درمانی و غیر درمانی به همراه کارشناسان بهبود کیفیت و کارشناس ایمنی بیمار به منظور ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت

تدوین آیین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی

انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت "مقررات مالی معاملاتی" با حداقل های مورد انتظار

نظارت مستمر به تعرفه های درمانی ابلغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان

مدیر بیمارستان، نتایج بررسی های کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات در خصوص نحوه عملکرد پزشکانی که به صورت معنی داری مداخلات تشخیصی و درمانی بالاتر از میانگین گروه را دارند، را به همراه مستندات مربوط به صورت مکتوب به آنها متذکر میشود.

مدیر بیمارستان نتایج عملکرد کمیته های بیمارستان را به کمیته معادل در ستاد دانشگاه اطلاع می دهد.

مدیر بیمارستان نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان دارد.

جانشین تام الاختیار رئیس بیمارستان در تمام کمیته های بیمارستانی

نظارت و اعمال نظر در انتخاب مسئولین بخشهای مختلف بیمارستان

مدیر داخلی بیمارستان به صورت مدون از انبارهای بیمارستان بازدید نموده و نحوه انبارش کالا، تجهیزات و مواد را از نظر رعایت اصول ایمنی و امنیت محیطی ارزیابی مینماید، و در صورت نیاز اقدام اصلاحی /پیشگیرانه به عمل میآورد.

امکانات بهداشتی و سرویسهای بهداشتی مطابق الزامات مربوط به میزان کافی در دسترس کارکنان و بیماران است.

واحد مدیریت خدمات پرستاری	مدیر خدمات پرستاری: آقای رضا محمدی سوپروایزر بالینی: آقای مهدی بابایی سوپروایزر آموزشی: خانم شیرین محمدی
---------------------------	--

دفتر مدیریت خدمات پرستاری در طبقه همکف و قسمت اداری بیمارستان واقع شده است

آقای رضا محمدی متولد سال 1361 در شهرستان جوانرود می باشد فارغ التحصیل رشته کارشناسی پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد. از اوایل مرداد ماه سال 1395 به عنوان مدیر خدمات پرستاری انتخاب شد قبل از این آقای محمدی سابقه ریاست مرکز بهداشتی شماره یک جوانرود و سرپرستاری بخش داخلی بیمارستان را در کارنامه داشته اند.

خانم شیرین محمدی و آقای مهدی بابایی هر دو نفر فارغ التحصیل کارشناسی ارشد مراقبتها ویژه پرستاری می باشند و از سال 93 در دفتر پرستاری فعالیت می کنند. درضمن سابقه فعالیت به عنوان پرستار در تمام بخشهای بالینی را در کارنامه کاری دارند.

شرح وظایف:

مدیریت پرستاری نسبت به محاسبه و برآورد منابع انسانی مورد نیاز با رویکرد مراقبتهای یکپارچه در بخشهای بالینی اقدام مینماید.

اعلام کمبود نیروی پرستاری به تیم مدیریت اجرایی.

جبران کمبود از طریق جذب نیروهای جدید(در صورت وجود مجوز از سوی تیم مدیریت اجرایی).

پیشبینی روشهای جایگزین برای تامین نیروی انسانی مورد نیاز با در نظر گرفتن مشوقهای لازم.

مدیریت پرستاری صلاحیت نیروهای پرستاری جدیدالورود را بررسی و در صورت تایید نسبت به بکارگیری و چینش آنان در بخشهای بالینی اقدام می کند.

مدیریت پرستاری نسبت به چیدمان صحیح نیروی انسانی در بخشها و شیفتهای مختلف بر اساس نیاز بیماران و شرایط موجود اقدام مینماید.

ارزیابی عملکرد کارکنان پرستاری با فرآیند مشخص و تعیین معیارهای ادامه و یا خاتمه خدمت کارکنان.

تعیین حداقل مهارتهای عمومی بالینی و صلاحیت حرفهای پرستاران جدیدالورود و طراحی چکلیست ارزیابی صلاحیت مهارتهای عمومی بالینی پرستاران جدیدالورود.

طراحی چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارتهای ارتباطی کارکنان جدیدالورود.

تعیین معیارهای ارزیابی مهارتهای تخصصی پرستاران جدیدالورود در هریک از بخشهای بالینی و طراحی چکلیست ارزیابی صلاحیت و مهارتهای تخصصی پرستاران جدیدالورود.

انجام فرآیند نیازسنجی و شناسایی، نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان پرستاری و اولویت بندی نیازهای آموزشی سالیانه کارکنان و متناسب با نیازهای مراقبتهای بیماران توسط مدیر پرستاری

تهیه و ابلاغ مراجع مراقبتهای معتبر پرستاری به کلیه بخشها/ واحدها و ارزیابی عملکرد پرستاران در بخش در زمینه روش ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری توسط مدیریت پرستاری.

سیاستهای آموزشی برای بیماران / همراهان به بخشهای بالینی ابلاغ شده و مدیر پرستاری براجرائی شدن این سیاستها نظارت مینماید.

. مدیریت پرستاری اطمینان حاصل مینماید که نظارت بر " ارزیابی اولیه پرستاری " توسط سرپرستاران انجام شده و براساس آن مداخلات اصلاحی برای بهبود عملکرد سرپرستاران انجام میشود.

مدیریت پرستاری "مراجع مراقبتی پرستاری" و "روش ثبت اقدامات و مراقبتهای پرستاری" را حداقل سالی یکبار بازنگری و به کارکنان پرستاری ابلاغ مینماید.

"نحوه تشویق و کنترل‌های انضباطی کارکنان پرستاری" تدوین شده است و کارکنان و مسولان بخشها از آن اطلاع داشته و براساس آن عمل مینمایند.

ثبت گزارش نوبت کاری سوپروایزری درخصوص مدیریت تخت با الویت بیماران اورژانس و مشکلات رخ داده طی ۴۲ ساعت کاری و بررسی روزانه گزارش نوبت کاری توسط مدیر پرستاری.

مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند جابجایی بین بخشی بیماران نظارت مینماید.

مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان نظارت مینماید.

مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند اعزام به سایر مراکز نظارت مینماید.

مدیریت پرستاری با روش مشخص بر روند مشاوره‌های داخل و خارج از بیمارستان نظارت مینماید.

مستندات مربوط به نحوه آمادگی نوبت دهی نحوه انجام/نتایج خدمات در واحدهای پاراکلینیک در اختیار سرپرستاران قرار گرفته است.

واحد امور عمومی	آقای جبار ملکی
-----------------	----------------

دفتر امور عمومی در طبقه همکف و قسمت اداری بیمارستان واقع شده است.

آقای جبار ملکی متولد سال 1358 در شهرستان روانسر می باشد. فارغ التحصیل کارشناسی پرستاری از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشند. از خرداد سال 1392 به عنوان مسئول امور عمومی بیمارستان حضرت رسول(ص) انتخاب شدند آقای ملکی قبل از این مسئول پایگاه فوریتهای پزشکی شهرستان جوانرود بوده اند.

شرح وظایف:

انجام کلیه هماهنگی های برون بخشی بیمارستان با سایر ادارات

نظارت و سرپرستی تاسیسات و ساختمان بیمارستان

نظارت بر امور خدمات بیمارستان

نظارت بر کلیه معاملات خرد متوسط کلان بیمارستان

برگزاری کلیه مناقصات و مزایده های بیمارستان

انجام کلیه مکاتبات اداری

نظارت و سرپرستی واحدهای اذاری بیمارستان

شرکت در کلیه کمیته های بیمارستانی به عنوان عضو اصلی

نظارت به نحوه انجام کار و خدمات دهی پیمانکاران طرف قرارداد بیمارستان

نظارت و سرپرستی آشپزخانه بیمارستان

واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	ارسلان محمدی پرویز احمدی
--------------------------------	--------------------------

واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی در طبقه همکف و قسمت اداری و جنب قسمت دفتر مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان واقع شده است.

آقای ارسلان محمدی و آقای پرویز احمدی کارشناسان بهبود کیفیت این بیمارستان فارغ التحصیل رشته کارشناسی پرستاری می باشند از مهر ماه سال 95 در دفتر بهبود کیفیت شروع به کار نموده اند و هر دو نفر سابقه حضور به عنوان کارشناس پرستاری در تمام بخشهای بالینی را دارند.

واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی در طبقه همکف و قسمت اداری و جنب قسمت دفتر مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان واقع شده است.

شرح وظایف :

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان بخشها/واحدها، شاخصهای سنجش فرآیندهای اصلی بیمارستان را تعیین و نسبت به پایش و اندازه گیری آنها در بازه زمانی معین اقدام و تحلیل نتایج ارزیابی را به تیم مدیریت اجرایی ارائه مینماید.

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئولان بخشها/واحدهای بیمارستان، شاخصهای عملکردی بالینی و غیر بالینی را اولویت بندی، و به تیم مدیریت اجرایی پیشنهاد مینماید..

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولان اندازه گیری هر یک از شاخصهای عملکردی، نتایج را در فواصل زمانی تعیین شده از بخشها/واحدهای بیمارستان دریافت نموده و پس از تحلیل در کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش مینماید و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی، نتایج تحلیلها به بخشها/واحدهای مرتبط اطلاع رسانی میشود.

شناسایی مشکلات و تعیین فرصتهای بهبود اقدام نموده و پس از اولویت بندی، اقدام اصلاحی مورد نیاز را تعیین، اجرا و سوابق آن را به صورت فایل الکترونیک ثبت، و در بازه زمانی مشخص اثربخشی اقدامات را ارزیابی مینمایند

دفتر بهبود کیفیت برنامههای بهبود کیفیت پیشنهادی بخشها/واحدها را در جلسات تیم مدیریت اجرایی، مطرح و در صورت تصویب با همکاری مسئولان واحدها/بخشها بر پیشرفت و اجرای آن نظارت و نتایج را به تیم مدیریت اجرایی گزارش مینماید.

دفتر بهبود کیفیت مستنداتی را که برای اجرای الزامات اعتباربخشی ملی تهیه شدهاند، به صورت فایل الکترونیک در فرمت یکسان با ذکر نام تهیه کننده تایید کننده و تصویب کننده و شماره ویرایش و بازنگری کدگذاری نموده و در دسترس الکترونیکی کارکنان قرار میدهد.

در زمان تعیین شده، با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی ملی ایران را انجام داده و پس از انجام اقدامات اصلاحی در راستای استقرار استانداردها گزارش نهایی آن را به تیم مدیریت اجرایی ارائه مینماید.

نظارت بر اجرای استانداردها و سنجه های اعتبار بخشی و پیاده سازی آن طبق گام های مشخص شده در بخشهای مختلف بیمارستان.

واحد ایمنی بیمار و کنترل عفونت	آقای محمد حسن زاده
--------------------------------	--------------------

واحد ایمنی بیمار و کنترل عفونت در طبقه همکف و در قسمت اداری جنب واحد مدیریت خدمات پرستاری واقع شده است.

آقای محمد حسن زاده کارشناس ایمنی بیمار و سوپروایزر کنترل عفونت می باشد. آقای حسن زاده قبل از این در قسمت سرپرستاری بخش داخلی و سوپروایزر بالینی انجام وظیفه نموده اند.



واحد ایمنی بیمار

اولین و مهمترین الزام در هر بیمارستان آسیب نرساندن به بیماران است. مسأله ایمنی بیمار جز یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظامهای سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته میباشد و این امر سبب گردیده که سایر کشورها نیز در این خصوص اقداماتی را انجام دهند. آمارها حاکی از آن است که درصد غیر قابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستمهای بهداشتی بخصوص بیمارستانها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات میگردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده میشود، اما فعالیتهای سیستمیک و نظام مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمیشود. بنابراین پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی و سازمانهای 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 میباشد که از طریق استقرار فرهنگ ایمنی بیمار و ایجاد سازوکارهای مناسب سازمانی امکان پذیر میباشد. 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، ادراکها، صالحیتهای و الگوهای رفتاری است که تعهد، روش و مهارت یک سازمان را از نظر مدیریت ایمنی بیان مینماید.

از سال 1391 که برنامه اعتباربخشی در بیمارستان ها پیاده سازی و اجرا گردید به مقوله ایمنی بیمار به عنوان دریافت کننده خدمات سلامت اهمیت فوق العاده ای داده شد تا آنجا که در شروع کار اجرای 20 استاندارد الزامی ایمنی بیمار در مراکز درمانی اجباری گردید که در آن به ارائه خدمات ایمن تاکید دارد. اگر چه قبلا مباحث ایمنی بیمار با بهبود کیفیت در هم ادغام یافته بود و همه فعالیت ها تحت عنوان فعالیت های بهبود کیفیت در برنامه اعتباربخشی نمود داشت ولی پس از گذشت چند سال با توجه به اهمیت بحث ایمنی بیمار و لزوم تعیین مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده، واحد ایمنی بیمار شروع به فعالیت نمود از سال 1391 آقای عزیز روئین تن مدیر خدمات پرستاری به عنوان مسئول و پاسخگوی فعالیت های ایمنی بیمار تعیین گردید و آقای مهدی قنبری که در واحد بهبود کیفیت فعالیت می نمود به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار عهده دار این مسئولیت بودند ، واحد ایمنی بیمار این مرکز در راستای اهداف متعالی وزارت بهداشت در جهت ارتقای کیفیت و افزایش ایمنی مراقبت ها و خدمات ارائه شده به بیمار از خرداد ماه سال 1394 به عنوان یک واحد مستقل فعالیت ها ی خود را شروع نمود و سال 1394 آقای رحیم فتحی مدیر خدمات پرستاری به عنوان مسئول ایمنی بیمار تعیین شد و سپس آقای رضا محمدی مدیر خدمات پرستاری از تیر ماه 1395 برای این مسئولیت تعیین شد ولی چندی بعد با توجه به تغییر دیدگاه وزارت بهداشت به مقوله ایمنی بیمار و با توجه به اینکه اجرای برنامه های ایمنی بیمار مستلزم صرف بودجه و ضمانت اجرایی می باشد بنابراین می بایست بالاترین مقام اجرایی بیمارستان عهده دار مسئولیت ایمنی بیمار باشد لذا از آذر ماه 1395 جناب آقای دکتر مولود حسینی ریاست بیمارستان با ابلاغ جناب آقای دکتر حسین محمدی ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان جوانرود با شرح وظایف مربوطه عهده دار این مسئولیت می باشد و آقای محمد حسن زاده کارشناس پرستاری به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار از سال 1394 در واحد ایمنی بیمار مشغول انجام وظیفه می باشد.

آمارها و مطالعات جهانی

آمار انجمن پزشکی آمریکا IOM: مرگ سالیانه 44 تا 98 هزار بیمار در اثر خطاهای درمانی

بعضی برآوردها بیش از 195 هزار نفر در سال = سقوط روزانه 6 فروند جت مسافربری!

5 تا 6 مین علت مرگ در آمریکا

متوسط جهانی 11-12٪ موارد بستری

در صورت لحاظ جمعیت حدود یک سومی در کشورمان و به فرض تشابه امکانات و کیفیت ارائه خدمات برای کشور خود چه میزان تلفات برآورد می کنید؟!

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

عقونتهای بیمارستانی

حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.

عوارض حین و بعد از عمل جراحی

زنان و زایمان

حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

شاخص های ایمنی بیمار

مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند.

این شاخص ها عبارتند از:

عوارض بیهوشی	نارسایی تنفسی بعد از عمل
مرگ در گروههای تشخیصی (DRG) با احتمال مرگ پایین	آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی
زخم بستر	عفونت خون بعد از عمل جراحی
شکست در نجات بیمار	جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی
جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی	پارگی و سوراخ شدگی تصادفی
پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی	واکنش ناشی از انتقال خون
عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی	آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد
شکستگی لگن بعد از عمل جراحی	ترومای زایمان طبیعی با ابزار
هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی	ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار
اختلال فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی	ترومای زایمان - سزارین

هفت گام به سوی ایمنی بیمار

1- ایجاد فرهنگ و بستر سازی

بستری باز و منصفانه برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید

2. کارکنان خود را حمایت و رهبری کنید

بطور شفاف و محکم در سازمان خود بر ایمنی بیمار تاکید و تمرکز کنید

3. عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید

برای مدیریت خطرات، سیستمها و فرایندهایی ایجاد کنید و خطاها را شناسایی و ارزیابی نمایید.

4. گزارش دهی را تشویق کرده ارتقاء دهید

به کارکنان خود این اطمینان را بدهید که می توانند به راحتی وقایع را در سطح محلی و ملی گزارش کنند.

5. مردم و جامعه را در موضوع درگیر کرده با آنها ارتباط برقرار کنید

راههایی را برای برقراری ارتباط صریح با بیماران ایجاد و به حرف آنها گوش دهید.

6. درسهای 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

7. راه حلها پتان را برای جلوگیری از بروز آسیب اجرایی کنید

درسهایی را که آموخته اید با تغییر در عملیات، فرایندها یا سیستم نهاده و عملی سازید.

9 راه حل ایمنی بیمار سازمان بهداشت جهانی



● توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

● توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

● ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

● انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح در بدن بیمار

● کنترل غلظت محلولهای الکترولیت در هنگام تزریق

● اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

● اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

● استفاده مبرفا یکباره از وسایل تزریقات

● بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

واحد ایمنی بیمار بیمارستان حضرت رسول (ص)

20 استاندارد ضروری در برنامه ایمنی بیمار

آشنایی با استانداردهای الزامی ایمنی بیمار و اقدامات انجام گرفته در بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوارود در خصوص این استانداردها :

تهیه کتابچه استانداردهای ایمنی بیمار جهت افزایش ضریب ایمنی بیمار و پرسنل :

در جهت افزایش ضریب ایمنی بیمار و پرسنل یکسری استاندارد و سنجه تحت عنوان استانداردهای ایمنی بیمار در کتاب بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار توسط سازمان بهداشت جهانی WHO و وزارت بهداشت و درمان در قالب 140 استاندارد تهیه و تدوین شده است . در این کتابچه استانداردها شامل 3 نوع استاندارد الزامی ، به تعداد 20 عدد ، استانداردهای اساسی به تعداد 90 عدد و استانداردهای پیشرفته به تعداد 30 عدد میباشد . در صورتیکه بیمارستانها قادر به جاری و ساری کردن این استانداردها شوند این ضریب ایمنی به میزان قابل توجهی بالا رفته و کمترین میزان خطای پرسنل و آسیب به بیماران در بیمارستانها اتفاق می افتد:

1: اگر بیمارستانی قادر به جاری سازی 100٪ استانداردهای الزامی و هر میزان از استانداردهای اساسی و پیشرفته شود بعنوان بیمارستان دوستدار ایمن (سطح یک ایمن) شناخته خواهد شد که این موضوع جزء اهداف این بیمارستان می باشد.

2: در صورتیکه بیمارستانی موفق به جاری سازی 100٪ استانداردهای الزامی ، 89-60٪ استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته گردد به عنوان سطح 2 ایمن شناخته خواهد شد .

3: اگر بیمارستانی موفق به استقرار 100٪ استانداردهای الزامی ، بالاتر از 90٪، استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته گردد به عنوان سطح 3 ایمن شناخته میشود و در صورتیکه بیمارستانی موفق به استقرار 100٪ استانداردهای الزامی ، بالاتر از 90٪ استانداردهای اساسی و بیشتر از 80٪ استانداردهای پیشرفته گردد به عنوان سطح 4 ایمن شناخته می شود.

در بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوارود شروع استقرار استانداردهای ایمنی از سال 1391 در جهت پیاده سازی استانداردهای الزامی ایمنی بیمار بوده است . که در ادامه به تفکیک محور و استاندارد این فعالیت ها و اقدامات شرح داده می شود.

A استاندارد : حاکمیت و رهبری

A1.1.1 – وجود ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان به عنوان یک اولویت استراتژیک که در نقشه استراتژی بیمارستان یکی از استراتژیهای اصلی بیمارستان می باشد

A1.1.2 – آقای دکتر مولود حسینی ریاست بیمارستان به عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار دارای ابلاغ و شرح وظایف بوده و تمامی پرسنل بیمارستان با ایشان و شرح وظایفشان آشنایی دارند .

A1.1.3 – خط مشی بازدهیهای مدیریتی ایمنی تهیه و تدوین و به بخش ها و واحدهای درمانی و غیر درمانی ابلاغ گردیده و اجرا می شود برنامه بازدید از واحدها مختلف و بخشهای درمانی برطبق برنامه سالیانه و بخش مورد نظر و با حضور اعضای تیم Walk round با ذکر سمت و عنوان چیده شده و در اختیار تمامی واحدهای و بخش های درمانی قرار گرفته.

– این برنامه برطبق تاریخ از قبل تعیین شده انجام می شود مشکلات ایمنی پرسنل و بیماران بخشها در قالب چک لیستی که از طرف دفتر بهبود کیفیت در اختیار بخش مورد نظر قرار داده می شود پر شده و همچنین بعضی از مشکلات بصورت شفاهی از سوی پرسنل مطرح شده و تیم بازدید کننده بیشتر شنونده میباشد پس از ارزیابی این چک لیست بعضی از مشکلات حل و باز خورد به بخشها و واحدهای مورد نظر داده میشود.

A2.1.1 – آقای محمد حسن زاده سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان بعنوان کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار دارای ابلاغ و شرح وظایف بوده و تمامی پرسنل بیمارستان با ایشان و شرح وظایفشان آشنایی دارند .

A2.1.2 – بیمارستان داری کمیته مرگ و میر و کمیته معلولیتها بطور جداگانه میباشد هر کدام از این کمیته ها دارای دبیر بوده و جلسات بصورت ماهیانه برگزار میشود و صورتجلسات و مصوبات جلسه قابلیت اجرایی و پیگیری دارد.

A4.1.1 – هر کدام از بخشها درمانی و واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی لیست تجهیزات ضروری خود را با نظر مسئول فنی واحد یا بخش مربوطه و مسئول تجهیزات پزشکی تهیه کرده و با تأییدیه ریاست بیمارستان در دفتر بهبود کیفیت موجود بوده و این اقلام توسط بیمارستان تهیه گردیده است .

A4.1.2- خط مشی و روش اجرایی ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد توسط واحد کنترل عفونت و دفتر ایمنی بیمار تهیه و تدوین شده در اختیار تمام بخشها قرار دارد و برطبق آن عمل می شود و در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و بازدیدهای واحد کنترل عفونت مورد پایش قرار می گیرد و لیست وسایل و تجهیزات پزشکی با قابلیت استفاده مجدد تهیه شده و در اختیار بخشها و واحدهای مختلف می باشد .

A4.1.3- بیمارستان لیست وسایل و تجهیزات کافی را به منظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون تهیه کرده و این لیست را خریداری نموده است .

A5.1.1- تمامی پرسنل درمان اعم از پزشک ، پرستار ، ماما ، فیزیوتراپ ، کارشناس و کاردان بیهوشی و اتاق عمل ، کارشناس و کاردان رادیولوژی و آزمایشگاه شاغل در این مرکز همگی دارای مدرک دانشگاهی بوده و بصورت استخدام رسمی ، پیمانی و یا در قالب قراردادی در این مرکز مشغول فعالیت بوده که با مراجعه به پرونده اداری آنها در اداره کارگزینی صحت موارد فوق تأیید می گردد.

B استاندارد : جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه

B2.1.1- خط مشی رضایت آگاهانه جهت انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی ، تهاجمی و پروسیجرهای پر خطر توسط دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و با همکاری دفتر پرستاری تهیه و تدوین شده و لیست پروسیجرهایی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند با همکاری بخشهای مختلف تهیه گردیده این خط مشی و لیست ها به اطلاع پزشکان و همکاران درمانی رسانده شد. آموزش داده شده و بر طبق آن اخذ رضایت قبل از انجام پروسیجر با ذکر منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر و راههای جایگزین به بیمار و همراه وی توضیح داده می شود و این خط مشی قابلیت اجرایی دارد.

B3.1.1- در زمینه شناسایی بیمار با دو شناسه ، خط مشی تهیه و تدوین شده ، و با دو شناسه نام و نام خانوادگی ، کد شناسایی بیمار یا نام پدر درج بروی دستبند شناسایی قبل از هر گونه پروسیجر درمانی بیماران توسط پرسنل درمانی قابلیت اجرایی دارد و هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار بعنوان یکی از این شناسه ها استفاده نمی شود.

C استانداردهای : خدمات بالینی ایمن مبتنی بر شواهد

C1.1.1- بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشها و آزمونهای پاراکلینیک با همکاری دفتر بهبود کیفیت، ایمنی بیمار و واحد آزمایشگاه روش اجرایی اعلام اضطراری نتایج حیاتی را تهیه و تدوین کرده و به پرسنل آموزش داده و در حال اجرا و پایش میباشد ، جهت اجرای این سنجه از سیستم **Inter call** استفاده میشود که یک سیستم هشدار دهنده یک طرفه از آزمایشگاه به بخش ها بوده و در صورت فعال شدن به مفهوم تماس اضطراری پرسنل بخش با آزمایشگاه جهت اطلاع نتایج حیاتی پاراکلینیک می باشد.

C1.1.2- بیمارستان به منظور اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیکی سرپایی که جواب معوقه دارند و این جواب معوقه ها حالت اضطراری پیدا می کند ابتدا به تلفن همراه آنها زنگ زده می شود برای این جوابها مراجعه نکند طبق آدرسی که از بیمار قبلاً گرفته شد این جواب معوقه با پست به درخانه ارسال می شود.

C2.1.1- بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما بوده ، ساختار کمیته کنترل عفونت در چارت بیمارستان مشخص بوده این کمیته جلسات ماهیانه خود را جهت پیشگیری و کنترل عفونت برگزار می نماید.

C2.1.2- بیمارستان جهت تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات با تأکید خاصی برواحدها و بخشهای پر خطر توسط کمیته کنترل عفونت و دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار خط مشی لازم را تهیه و تدوین کرده آموزش داده و قابلیت اجرایی و پیگیری توسط واحد کنترل عفونت را دارد.

C3.1.1- بیمارستان نظام هموویژولانس را مستقر کرده و 10 گام آنرا اجرایی نموده است (دارای گواهینامه یک ساله می باشد) سیستم هموویژولانس بیمارستان دارای **پزشک مسئول به نام خانم دکتر شیدا آقابانی متخصص داخلی و یک نفر از پرسنل پرستاری به نام آقای پرویز احمدی** نظارت بر این استاندارد را بر عهده دارند .

(لازم به ذکر است در مورد استاندارد **C3.1.2** بیمارستان قادر به انجام آن نبوده یعنی نمی تواند روشهای اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام ، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون درموردی مثل **HIV** و **HBSS** را انجام دهد).

C2.1.2- مسئول فنی داروخانه لیست داروهای حیاتی مورد تأیید پزشکان به تفکیک هر بخش را تهیه نموده و لیست های تهیه شده را طی ابلاغیه به صورت سالیانه تحویل بخش ها می دهد و دسترسی به داروهای حیاتی به صورت شبانه -روزی در داروخانه مرکز فراهم می باشد.

D : استانداردهای محیط ایمن :

D2.1.1- بیمارستان بر اساس میزان خطر ، پسماندها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید که مسئولیت اجرای این استاندارد بر عهده واحد بهداشت و کمیته بهداشت محیط می باشد.

D2.1.1- بیمارستان برای مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده از استانداردهای لازم و امکانت و تسهیلات مربوطه برخوردار می باشد.

فرم گزارش حوادث ناگوار

اطلاعات دموگرافیک

نام بیمارستان: شهر: نام دانشگاه علوم پزشکی:
نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مونث ☐ مذکر ☐ سن:
نحوه ورود به بیمارستان: اورژانس ☐ الکتیو ☐
نوع خدمت: سرپایی ☐ بستری ☐ (تاریخ بستری / / 13..... نام بخش بستری:)
نحوه اعلام و گزارش:

اطلاعات حادثه

تاریخ وقوع: / / 13..... ساعت وقوع: AM ☐ PM ☐
نوع حادثه:
☐ سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
☐ انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
☐ مرگ و یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان
☐ ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.
☐ جاماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
☐ تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد.
☐ عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
☐ ایجاد زخم فشاری درجه 3 و 4 و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری
☐ خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ
☐ آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
☐ شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
☐ عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
☐ تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی درباره زمانی کوتاه
☐ سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ای ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

امضاء گزارش دهنده

گزارش و شرح حادثه:

نحوه کد بندی گزارش خطا

1- بر حسب نوع خطای صورت گرفته بایستی یکی از موارد ذیل انتخاب و تحت این عنوان ثبت ، کد بندی و گزارش شود:

1: تاخیر در تشخیص « (کد 1)	7: ارزیابی و پایش نامناسب بیمار « (کد 7)
2: اشتباه در تشخیص « (کد 2)	8: خطای ثبت از هر نوع « (کد 8)
3: فقدان تشخیص « (کد 3)	9: هر کدام از شاخص های پانزده گانه ایمنی بیمار (هر کدام بود آن مورد قید شود) « (کد 9)
4: دوز کمتر یا بیشتر از حد دارو « (کد 4)	10: خطا در روابط بین کادر درمانی و هماهنگی « (کد 10)
5: دارو یا تست یا ابزار بالینی اشتباه « (کد 5)	11: خطای مدیریتی ، سازمانی و ساختاری یا فرآیندی « (کد 11)
6: مسیر اشتباه بالینی « (کد 6)	12: خطای تکنولوژیکی یا تکنیکی « (کد 12)

2- نحوه گزارش خطا یا اختیاری می باشد که با حرف «A» (کد 1) و یا اجباری می باشد که با حرف «B» (کد 2) می بایست ثبت و گزارش گردد.

3- منبع گزارش فرد می باشد که با کدهای ذیل مشخص شده است:

1: پزشک « (کد 1)	4: همکاران سایر بخش ها از جمله رادیولوژی و آزمایشگاه « (کد 4)
2: پرستار ، ماما و ... « (کد 2)	5: در صورتی که در بند 2 نحوه گزارش اختیاری باشد، یعنی خود فرد گزارش دهنده می باشد « (کد 5) در بند 3 بایستی خود فرد ثبت شود نه کس دیگری
3: سرپرستار یا سوپروایزر « (کد 3)	6: بیمار و ارباب رجوع « (کد 6)

4- علت خطا: بایستی از میان یکی از موارد ذیل انتخاب و گزارش گردد (مدل Fish Bone):

1: عوامل مرتبط با بیمار (وضعیت بالینی بیمار، وضعیت اجتماعی بیمار ، وضعیت ذهنی و روانی بیمار ، روابط بین فردی با پرسنل) « (کد 1)	5: عوامل آموزشی (شایستگی ، تناسب ، دسترسی ، بودن یا نبودن دوره های آموزشی ، نظارتی و غیره) « (کد 5)
2: عوامل ساختاری مرتبط با وظیفه ، فرهنگ ، سیاست ها ، نبود گاید لاین ه و ... « (کد 2)	6: عوامل محیط کار (زمان ، فشار کاری ، کارکنان و تعداد آنان و ...) « (کد 6)
3: عوامل فردی مرتبط با کارمندان (مسائل جسمی ، خستگی ، مسائل روحی روانی ، خانوادگی و اجتماعی و ...) « (کد 3)	7: تجهیزات و منابع (نقص و خرابی ، محل قرارگیری ، قابلیت استفاده و ...) « (کد 7)
4: عوامل ارتباطی (کلامی و غیر کلامی ، نوشتاری ، زبان و غیره) « (کد 4)	

5- نتیجه یا عارضه: از میان چهار گزینه ذیل یکی انتخاب شود:

1: خفیف (بدون نیاز به مداخله) « (کد 1)	3: شدید منجر به نقص عضو (زخم ، بد سور و ...) « (کد 3)
2: شدید (نیاز به مداخله درمانی) « (کد 2)	4: شدید منجر به مرگ « (کد 4)

6- شیفت: از میان سه گزینه ذیل یکی انتخاب شود:

1: صبح « (کد 1)
2: عصر « (کد 2)
3: شب « (کد 3)

فرم گزارش خطا

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

واحد ایمنی بیمار

A: اختیاری (کد 1)

B: اجباری (کد 2)

از تاریخ

فرم ماهیانه گزارش موارد خطا

خطا	نحوه گزارش	منبع گزارش	علت	نتیجه یا عارضه	شیفت
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

واحد ایمنی بیمار

مسئول ایمنی بیمار

واحد کنترل عفونت:

سال 1385 با تصمیم مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت مبنی بر لزوم فعالیت یک نفر از کارشناسان پرستاری در هر بیمارستان با عنوان پرستار کنترل عفونت شروع فعالیت های کنترل عفونت در مراکز درمانی کلید خورد ، بنا براین از سال 1387 در بیمارستان حضرت رسول(ص) جوانرود آقای مهدی قنبری به عنوان پرستار کنترل عفونت شروع به فعالیت نمود و در همان سال متخصص عفونی مرکز آقای دکتر پژمان حدادی به عنوان پزشک کنترل عفونت مرکز تعیین گردید از سال 1391 سرپرستار بخش داخلی و عفونی جناب آقای محمد حسن زاده همزمان به عنوان پرستار کنترل عفونت مرکز تعیین شد و فعالیت های مربوط به کنترل عفونت به ایشان محول گردید؛ سال 1392 با پایان فعالیت آقای دکتر حدادی در مرکز ، جناب آقای دکتر ایلخان رضایی متخصص داخلی به عنوان پزشک کنترل عفونت شروع به فعالیت نمود و پس از گذشت یک سال خانم دکتر مهرنوش شمشادی متخصص داخلی عهده دار این مسئولیت شد، سال 1393 طی نامه وزارت بهداشت عنوان پرستار کنترل عفونت به سوپروایزر کنترل عفونت ارتقاء یافت و واحد کنترل عفونت از اردیبهشت سال 1394 به عنوان واحد مستقل شروع به فعالیت نمود و اکنون(1395) آقای محمد حسن زاده به عنوان سوپروایزر کنترل عفونت در این واحد مشغول انجام وظیفه می باشد؛ در حال حاضر هر دو متخصص داخلی به علت عدم حضور دائم در مرکز با شرح وظایف و حدود اختیارات به عنوان پزشک کنترل عفونت تعیین شده اند (آقای دکتر اردشیر اسفندیاری و خانم دکتر شیلا آقایی)

مقدمه:

عفونت های بیمارستانی (**Hospital Nosocomial Infection**) همزمان با گسترش بیمارستان ها همواره یکی از مشکلات عمده بهداشتی درمانی بوده و با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان موجب افزایش ابتلا و مرگ و میر از این عفونت ها شده و در نتیجه هزینه های بیمارستانی را به شدت افزایش می دهد. اقدامات مختلفی به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی در طول تاریخ انجام شده است.

بر اساس آخرین اعلامیه سازمان جهانی بهداشت (WHO) در 13 اکتبر 2005 سالانه در جهان جمعیتی بیش از 1/4 میلیون نفر از عفونت های بیمارستانی رنج می برند. در کشورهای توسعه یافته صنعتی بین 5 تا 10 درصد بیماران بستری شده در بیمارستان مبتلا به عفونت های بیمارستانی می شوند و این رقم در کشورهای در حال توسعه به حدود 25 درصد افزایش پیدا کرده است. بر اساس مطالعاتی که در خصوص بروز و شیوع عفونت های بیمارستانی در ایران بدست آمده است میتوان چنین نتیجه گرفت که میزان بروز این عفونت ها در حد بالایی است.

در کشور ما نیز همانند سایر کشورها در زمینه کنترل عفونت های بیمارستانی و برقراری نظام های مراقبتی فعالیت ها و برنامه های فراوانی انجام گرفته است که عوامل اجرایی این برنامه ها کلیه افراد شاغل در بیمارستان اعم از پزشکان ، پرستاران ، بهیاران ، پرسنل خدماتی ، پشتیبانی و اداری را شامل می شود. هر شخص با هر مسئولیتی در بیمارستان بایستی در پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی به تناسب شغل خود مشارکت کنند.

نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی یکی از بهترین روشهای مراقبتی که دارای تعاریف استاندارد شده عفونت های بیمارستانی می باشد، نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی یا **National Nosocomial Infection surveillance System (NNIS)** میباشد که این نظام مراقبتی عبارتست از جمع آوری، تجزیه، تحلیل و تفسیر اطلاعات و داده های بهداشتی به صورت سیستماتیک و فعال طی فرآیند پایش (**Monitoring**) و توصیف یک واقعه بهداشتی اطلاعات بدست آمده جهت طراحی، بکارگیری و ارزیابی مداخلات و برنامه های مربوط به بهداشت عمومی و کنترل عفونت های بیمارستانی مورد استفاده قرار می گیرد.

* یک نسخه از تعاریف استاندارد **NNIS** برای تشخیص انواع عفونت های بیمارستانی در کلیه بخش ها موجود است.

به منظور برقراری یک نظام مراقبت کشوری برای عفونت های بیمارستانی اولین جلسه کمیته کشوری کنترل عفونت های بیمارستانی در آبان 1381 در مرکز مدیریت بیماریها تشکیل گردید و با شرکت اساتید و صاحب نظران کار تهیه یک راهنمای کشوری پیگیری شد و مقرر گردید که اساس بیماریابی و تشخیص عفونت های بیمارستانی در کشور به روش استاندارد **NNIS** انجام شود و در مرحله اول فقط عفونت های تنفسی، خونی، ادراری و جراحی شناسایی و گزارش شوند.

با برقراری نظام مراقبت کشوری عفونت های بیمارستانی در ایران از سال 1385 انتظار می رود تمامی بیمارستان های دولتی و خصوصی به صورت منظم آمار عفونت های بیمارستانی را با تعاریف و فرم یکسان به مرکز مدیریت بیماری ها گزارش نمایند.

تاریخچه:

- تاریخچه عفونتهای بیمارستانی در دنیا بسیار قدیمی است و از زمانی آغاز میشود که برای مراقبت و درمان بیماران از قرن چهارم میلادی بیمارستان تاسیس گردید.
- دانش امروز ما درباره این عفونتها به سالهای شکل گرفتن علم میکروبیولوژی در اوایل دهه 1940 میلادی باز میگردد.
- در قرن 18 و 19 میلادی زنان فقیر جهت زایمان به زایشگاه مراجعه می کردند ولی میزان مرگ و میر در این مراکز به حدی بالا بود که سال 1850 توماسلایت فوت در مجله پزشکی لندن نوشت بیمارستانها دروازه های هدایت کننده زنان به سوی مرگ هستند).
- دکتر **semmel Weiss** اولین فردی بود که در یک بیمارستان عمومی متوجه میزان مرگ و میر مادران در طی هفته های اول پس از زایمان در اثر تب های ناشناخته شد و دریافت که تفاوت قابل ملاحظه ای بین میزان این مرگ و میر در بخشی که دانشجویان پزشکی در آن حضور داشتند در مقایسه با بخشی که صرفا توسط ماماها اداره می شد وجود دارد بدین ترتیب فرض نمود که باید ارتباطی بین دستهای آلوده دانشجویان با این عفونتها وجود داشته باشد و پس از پافشاری بر شستشوی دستهای آنها با آب حاوی کلر پیش از تماس با بیماران میزان این عفونت ها بطور قابل ملاحظه ای کاهش یافت.
- فلورانس نایتینگل و ویلیام فار پس از آشنایی با یکدیگر در سال 1856 طی 20 سال همکاری نشان دادند که مرگ و میر فراوان نیروهای ارتشی در بیمارستان ناشی از وجود بیماری های مسری و ازدحام بیماران است. مشاهدات آنها به بهبود اقدامات بهداشتی و استاندارد کردن سیستم گزارش دهی مرگ و میر بیماران نظامی منجر شد.
- فلورانس برای اولین بار نظام مراقبت عفونت بیمارستانی توسط پرستاران شاغل (گزارش موارد مرگ و میر بیماران توسط پرستاران) را وضع نمود. ویلیام فار همچنین شیوع بیشتر مرگ و میر ناشی از بیماری های واگیر را بین پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان نشان داد.
- در سال 1860 دکتر جیمز سیمپسون مرگ و میر به دنبال آمپوتاسیون در بیمارستانهای بزرگ را مطرح نمود و بر ایزولاسیون بیماران و تعداد بستری هر بیمار در هر اتاق بیمارستان تاکید کرد.
- فرد دیگری که به شناخت عفونتهای بیمارستانی کمک شایانی نمود دکتر **Josef leister** بود که برای اولین بار نشان داد که با فرو بردن دستها در محلول ضد عفونی کننده واسپری نمودن محلول حاوی فنل روی موضع عمل قبل از جراحی میتوان از عفونت زخم پیشگیری نمود **leister** در سال 1867 نتایج بررسی های خود را منتشر کرد، جراحان آلمانی روشهای لیستر را به سرعت پذیرفتند و تا سال 1910 میلادی وسایل جراحی «گان، ماسک و دستکش های استریل در بیمارستانهای بزرگ دانشگاهی به صورت استاندارد مورد استفاده قرار گرفت.
- ملنی **Maloney** جراح و باکتریولوژیست در نیویورک بر ثبت موارد عفونت جراحی و برقراری نظام مراقبت عفونتهای زخم به صورت فعال تاکید ورزید.
- در سال 1929 دوکز **Dukes** متوجه شد که به دنبال استفاده از کاتتر ادراری بروز عفونت ادراری غیر قابل اجتناب است وی در مقاله ای به یک روش آسان و کمی آزمایشگاهی جهت تشخیص عفونت ادراری اشاره کرد.
- پس از سال 1935 و با کشف آنتی بیوتیک فرضیه استفاده از آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مطرح گردید.
- ویلیامز **Williams** در سال 1960 کتابی در مورد عفونتهای بیمارستانی منتشر نمود .
- آقای مور **Moor** و همکارانش بر نقش اساسی پرستار کنترل عفونت در زمینه فعالیتهای کنترل عفونت در بیمارستان تاکید کردند.
- برنامه های کنترل عفونت بیمارستانی به صورت یک برنامه منسجم از اواخر دهه 1950 میلادی در آمریکا و در ابتدا عمدتا جهت کنترل عفونتهای استافیلوکوکی شکل گرفت. در طی سالهای بعد با در هم آمیخته شدن علم اپیدمیولوژی و آمار به علوم میکروب شناسی و بیماریهای عفونی این برنامه ها چنان از اهمیت بالایی برخوردار گردید که در کشورهای صنعتی دنیا تبدیل به یک پارامتر تعیین کننده جهت ارزیابی کیفیت ارائه خدمات درمانی گردیده است. نقش اساسی این برنامه ها کاهش خطر عفونتهای اکتسابی در بیمارستان است و بدین ترتیب از خطر انتقال عفونتهای فوق الذکر به بیماران ، پرسنل و ملاقات کنندگان کاسته میشود.
- برای سالها تعریف دقیق عفونت های بیمارستانی مختلف مورد توافق نبود و این مسئله امکان مقایسه آمارهای مختلف را غیر ممکن ساخته بود.

- بدین ترتیب در دهه 1970 میلادی سیستم ملی پایش عفونت های بیمارستانی (National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS جهت جمع آوری اطلاعات مراقبتی با تعاریف واحد از بیمارستانهای داوطلب در آمریکا پایه گذاری شد. در حال حاضر اکثر بیمارستانهای آمریکا در این برنامه شرکت دارند و نحوه گزارش دهی و برنامه های کنترل عفونت بیمارستانی در سایر کشورهای مختلف نیز بر پایه تعاریف این سیستم پایه گذاری شده است.
- این سیستم امکان مقایسه میزان بروز و تعیین روند عفونتهای بیمارستانی را در نقاط مختلف جهان فراهم آورده است.
- کنترل عفونتهای بیمارستانی در ایران سابقه طولانی ندارد. علیرغم اینکه سوابق مربوط به کنترل عفونت از سال 1350 در دانشگاه های اهواز و شیراز و سپس چند بیمارستان در تهران موجود است. با این وجود تنها در شیراز از سال 1359 به موضوع کنترل عفونت های بیمارستانی توجه خاصی شد و برنامه های پیشگیری و کنترل آن پیگیری گردید.

تعریف عفونت بیمارستانی و انواع آن:

- عفونت (Infection):
✓ به معنای پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماریزای عفونی دچار آسیب می شود.
- عفونت بیمارستانی (Nosocomial infection):
✓ عفونتی است که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنشهای بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:
 - (1) حداقل 48 تا 72 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.
 - (2) در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
 - (3) معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.
- ✓ عفونت بیمارستانی میتواند (30-10) روز پس از ترخیص بیمار (25 تا 50 درصد عفونت های زخم جراحی پس از ترخیص ظاهر می گردد) روی دهد و در صورتی که در بدن بیمار جسم خارجی (Implant) کار گذاشته شود ممکن است تا یک سال پس از عمل دچار عفونت شود.
- کلونیزاسیون:
به معنای رشد و تکثیر عامل عفونی (میکروارگانیسم) در میزبان بدون ایجاد عفونت می باشد.
- ناقل:
افرادی که کلونیزاسیون آنها با میکروارگانیسم ها میتواند بالقوه منجر به کلونیزاسیون یا عفونت دیگران شود.
- بیماریزایی (pathogenicity):
به میزان توانایی عامل بیماریزا برای تهاجم به بافت ها جهت ایجاد عفونت گفته می شود.
- مخزن (Reservoir):
محلی است که عامل عفونی می تواند در آنجا زنده مانده و رشد و تکثیر نماید مانند: انسان- خاک- آب و...
- منبع (Source):
اشیا اشخاص یا موادی که عوامل عفونی یا بیماریزا بلافاصله از آنها به پذیرنده منتقل می گردد مانند آب برای تیفوئید و خاک برای سیاه زخم.

هریک از اعضای بدن انسان می تواند در بیمارستان دچار عفونت شود ولی عفونت های ذیل که تقریباً 80 درصد عفونت های بیمارستانی را شامل می شود از اهمیت بیشتری برخوردارند:

1. عفونت دستگاه ادراری (42٪)

2. عفونت زخم جراحی (24٪)

3. عفونت دستگاه تنفسی تحتانی یا پنومونی (15٪ تا 20٪)

4. عفونت دستگاه گردش خون (5٪ تا 10٪)

طبق بررسی های انجام شده عفونت ادراری شایع ترین و پنومونی کشنده ترین عفونت بیمارستانی محسوب می شوند گرچه در بعضی از مراکز عفونت بیمارستانی دستگاه گردش خون علت اصلی مرگ بیماران است.

اهمیت کنترل عفونت های بیمارستانی:

- عفونت های بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت هستند:
- ✓ مرگ و میر و ناخوشی بیماران را به دنبال دارد.
- ✓ خطر ابتلای کارکنان ، همراهان و ملاقات کنندگان وجود دارد.
- ✓ موجب افزایش طول مدت بستری بیماران می شود.
- ✓ افزایش هزینه های درمانی را به دنبال دارد.
- ✓ منجر به نارضایتی بیماران و همراهان و افت کیفیت خدمات درمانی می شود.

اخیراً سازمان بهداشت جهانی (WHO) توجه ویژه ای به امر حفاظت از بیماران نموده و با اشاره به ابتلای بیش از یک و نیم میلیون نفر در سراسر جهان در هر سال به عفونت های بیمارستانی استراتژی های مختلفی را که در صدر آنها نحوه رعایت بهداشت دست ها قرار دارد مطرح نموده و با فراخوانی کارشناسان خبره از سراسر جهان یک راهنمای عملی برای بهداشت دست ها طراحی کرده است تا به عنوان یک مرجع مهم جهت کاهش عفونت های بیمارستانی مورد استفاده قرار گیرد.

راههای انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان:

راه های انتقال میکروارگانیسم ها در بیمارستان عبارتند از:

1. انتقال از طریق تماس (contact): شایع ترین و مهمترین راه انتقال عفونتهای بیمارستانی به شمار می رود و به سه زیر گروه تقسیم می شود:
 - تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت
 - تماس غیر مستقیم میزبان حساس با شیئی واسطه آلوده (سوزن، پانسمان، دستکش آلوده)
 - قطره (Droplet) حین عطسه، سرفه و صحبت کردن، حین ساکشن، آندوسکوپی و مواجهه با ملتحمه، مخاط بینی یا دهان
2. انتقال از طریق هوا (Airborne): مانند باسیل سل
3. انتقال از طریق وسایل مشترک آلوده: مانند غذا، آب و...
4. انتقال از طریق ناقلین: مانند پشه، مگس و موش که اهمیت چندانی در انتقال عفونت های بیمارستانی ندارد.

پاتوژن های منتقله در بیمارستان بر اساس راه انتقال:

- تماس با بیماران یا وسایل: استافیلوکوک، باکتریهای خانواده آنتروباکتریاسه، عفونت های ویروسی مانند روتا ویروس و قارچ کاندیدا.
- قطره: آدنووirus، ویروس آنفلوآنزا.
- سوزن: هیپاتیت B، HIV
- هوا: باسیل سل
- وسیله مشترک:
- آندوسکوپ: پسودومونا، آسینتوباکتر.
- آب و غذا: سراشیا، سالمونلا، پسودومونا

عوامل مستعد کننده بیماران به عفونت های بیمارستانی:

- سن بیمار (نوزادان، افراد مسن) بیشتر در معرض خطر می باشند
- بیماری زمینه ای مانند نارسایی عضو (سیروز کبدی، دیابت ملیتوس، نارسایی کلیه) سرطان، نوتروپنی
- نقص ایمنی مادرزادی یا اکتسابی (ایدز، سوء تغذیه)
- اختلال در سد دفاعی جلدی مخاطی بدن (تروما، سوختگی، جراحی، آندوسکوپی و کاتترهای ادراری)
- بیهوشی، ایجاد خواب آلودگی (sedation) که به سرکوب سرفه یا کاهش تهویه ریوی منجر می گردد.
- عفونت های نهفته و خاموش و فعالیت مجدد آنها بدن (سرکوب دستگاه ایمنی).
- کلونیزه شدن فلور و بروز قابلیت انتقال باکتری ها و قارچهای فرصت طلب.
- استفاده از داروهای آنتی بیوتیک، آنتی اسید (تغییر فلور مقیم بدن و کاهش مقاومت در مقابل جایگزینی فلور بیمارستانی) انتخاب باکتری ها و قارچ های جهش یافته و مقاوم به آنتی بیوتیک ها و انواع بالقوه مقاوم.

میکروارگانیزم های مسبب عفونت های بیمارستانی:

- میکروارگانیزم های متفاوتی می توانند باعث بروز عفونت بیمارستانی به صورت آندمیک و اپیدمیک گردند که تابع شرایطی مانند بیماری زمینه ای، استفاده از وسایل تهاجمی و مصرف آنتی بیوتیک است.
- در بررسی های انجام شده مشخص گردید که در 87٪ موارد باکتری های هوازی، در 3٪ موارد باکتری های بی هوازی، در 9٪ موارد قارچ ها و در 1٪ موارد سایر انواع ویروس ها و انگل ها در ایجاد عفونت های بیمارستانی دخیل بوده اند.
- به طور کلی در بین انواع عفونت های بیمارستانی، اشریشیاکولی (E-coli) شایع ترین عامل بیماری زا بوده و پس از آن استافیلوکوک ارتوس در مرتبه دوم می باشد.

- **E-coli** شایعترین عامل عفونت ادراری ، استاف ارئوس شایعترین عامل عفونت زخم جراحی،پسودومونا آئروژینوزا و استاف ارئوس شایعترین باکتری های عفونت دستگاه تنفسی تحتانی و کوکسی های گرم مثبت شایعترین میکروارگانیزم ها در ایجاد باکتری می اولیه بوده اند.

کمیت کنترل عفونت:

کمیت کنترل عفونت بیمارستان ،مسئولیت برنامه ریزی ،ارزیابی و انجام تمام موارد مرتبط با کنترل عفونت را بر عهده دارد و تصمیم گیری های عمده و مهم در این زمینه از وظایف این کمیته می باشد.

احتیاط های استاندارد:



رعایت احتیاطات استاندارد برای تمام بیماران ضروری است .به همین منظور به شکل تابلو در کلیه بخش ها موجود می باشد.کلیه پرسنل ضمن آگاهی از دستور العمل احتیاطات استاندارد موظف به رعایت آنها می باشند .پوشیدن دستکش در صورت تماس با خون ،تمام مایعات بدن ،ترشحات و مواد دفعی بدن .شستن دست ها بلافاصله بعد از خروج دست ها از دستکش،دست ها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شود .رفع آلودگی دست ها باید قبل و بعد از تماس با بیماران و بلافاصله پس از خروج دست ها از دستکش صورت گیرد. استفاده از گان ،محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در موارد انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد.

*جهت وسایل چند بار مصرف استریلیزاسیون یا گند زدایی سطح بالا صورت گیرد.

*عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز : در پوش سوزن ها نباید مجددا روی سوزن ها قرار گیرد.(عدم recap)سرسوزن ها نباید خم یا شکسته شوند. سر سوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی و قابل دفع قرار گیرند.

*تزریقات محدود گردد و حتی الامکان از دارو های غیر تزریقی استفاده گردد.

*لوازم آلوده به بدن بیمار به نحوی جمع آوری گردد که از مواجهه پوست و مخاط با آنها و آلوده شدن لباس و انتقال میکرو اورگانیزم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید.

*پرسنل بهداشتی درمانی در صورتی که دارای زخم باز باشند تا زمان بهبودی کامل خود از مراقبت مستقیم بیماران خودداری نمایند.

*در تمام مواردی که مواجهه قابل ملاحظه روی داده بایستی فوراً گزارش شود.

*ایزوله از موارد احتیاطات استاندارد نیست مگر اینکه راه انتقال بیماری هوایی "سل فعال ریوی" و یا موارد خاص مانند آبله باشد و یا بیمار همکاری و رعایت بهداشت را ننمایند که با نظر کمیته کنترل عفونت بیمار بایستی ایزوله شود.

بهداشت دست



شستن دست ها به تنهایی مهم ترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می رود. اغلب عفونت های بیمارستانی از راه تماس به ویژه پوست کارکنان انتقال می یابند.



رعایت بهداشت دست در بحث کنترل عفونت های بیمارستانی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و به عنوان یکی از اصول مهم همواره مورد توجه بوده است ، به طوری که با رعایت همین اصل ساده به راحتی می توان تا 50 درصد و در برخی منابع تا 80 درصد عفونت های بیمارستانی را کنترل نمود ، رعایت بهداشت دست همواره به عنوان ساده ترین و مقرون به صرفه ترین روش جهت کنترل عفونت های بیمارستانی از آن یاد شده است.

بهداشت دست مشتمل بر موارد ذیل می باشد:



شستشوی دست به روش استاندارد

ضد عفونی دست با روش استاندارد

اسکراپ جراحی دست به روش استاندارد

تجهیزات و امکانات لازم جهت رعایت بهداشت دست:

در نظر گرفتن مکانی در هر بخش به عنوان محل شستشوی دست و علاوه بر آن در محیط های اتاق عمل و زایشگاه جهت اسکراپ جراحی دست به طوری که دسترسی به آن به سهولت صورت گیرد و در نزدیکترین مکان به محیط کار پرسنل قرار گرفته باشد.

سینک مناسب جهت شستشو و اسکراپ جراحی دست پرسنل

آب لوله کشی مناسب و بهداشتی دارای خروجی آب سرد و گرم

شیر آب از نوع پدالی یا اهرمی

صابون مایع

راهنمای تصویری رعایت بهداشت دست مشتمل بر شستشو ، ضد عفونی و اسکراپ جراحی دست به روش استاندارد ، نصب شده در محل های مورد نظر

محلول ضد عفونی مناسب جهت ضد عفونی و اسکراپ جراحی دست

دستمال یک بار مصرف رول جهت خشک نمودن دست ها و در اتاق عمل و زایشگاه ترجیحا دمنده هوا استفاده شود

سطل زباله با حجم مناسب از نوع پدالی در مکان مورد نظر

نکته: استفاده از ناخن شور و برس جهت اسکراپ جراحی دست توصیه نمی شود

ناخن ها همواره باید کوتاه بوده و از انگشتر و زیور آلات دست در محیط کار استفاده نشود.

راهنما های تصویری شستشو و ضد عفونی دست ها:

نکته: ضد عفونی دست ها (Rub) شبیه شستشوی دست می باشد ، با این تفاوت که نیاز به آب و صابون و خشک کردن دست ندارد.

نکته بسیار مهم: پوشیدن دستکش به هیچ وجه جایگزین شستشوی دست ها نمی شود، پس شستشو یا ضد عفونی دست ها قبل از پوشیدن دستکش و بعد از در آوردن آن الزامی می باشد.

شستشوی دست بر ضد عفونی دست ها ارجحیت دارد برای مثال در شروع هر شیفت کاری اول باید دست ها به روش استاندارد شستشو داده شود و در ادامه به جای آن از ضد عفونی دست از محلول های هند راب که در کلیه بخش ها موجود می باشد ، استفاده نمود.

نکته: در چهار مورد شستشوی دست الزامی بوده و نمی توان از روش ضد عفونی دست استفاده نمود:

در صورت آلودگی دست ها با خون و ترشحات آلوده

در صورت آلودگی دست ها با باکتری کلسترییدیوم دفیسیل (عامل ایجاد یک نوع بیماری گوارشی با علائم اسهال ، کرامپ شکمی و ..)

بعد از توالت در صورت استفاده مکرر از محلول های ضد عفونی دست ، بعد از مدتی دست ها به علت ترکیبات گلیسرینه موجود در این محلول ها حالت چسبنده به خود گرفته و دیگر استفاده مجدد از آنها کارایی نداشته و در این حالت شستشوی دست اولویت دارد.

اندیکاسیون های بهداشت دست:

1- پس از در آوردن دستکش ها از دست

2- در شروع شیفت کاری

3- هنگام آلوده شدن دست ها، نیز پس از عطسه ،سرفه یا پاک کردن بینی خود

4- در فواصل تماس با بیماران

5- قبل از تهیه دارو های بیماران

6- پس از رفتن به توالت

7- قبل از انجام اقدامات تهاجمی

8- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

9- قبل و بعد از تماس با زخم

10- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آنها با میکروب ها بیماری زا وجود دارد مانند ظروف اندازه گیری ادرار بیماران و وسایل جمع آوری ترشحات بدن بیماران

11- پس از مراقبت از بیماران دچار عفونت یا بیماری که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتریهای مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

12- دستها بصورت آشکار کثیف باشند .

13- دستها بصورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و سایر مایعات بدن باشند.

14- دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با اورگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله در موارد طغیان های کلسترییدیوم

موارد استفاده از هندراب:

1-قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران

2-بعد از در آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود

3-قبل از دست زدن به هر گونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار

4-بعد از تماس با اشیا محیطی مجاور و نزدیک بیمار(مشمول بر تجهیزات پزشکی)

زمان لازم جهت استفاده از هندراب 20-30ثانیه می باشند.

روش صحیح شستشوی دستها :

بعد از مرطوب کردن دستها با آب و صابون دستهای خود را به روش زیر بشویید



کف دستها



بین انگشتان



پشت دستها



شستشوی شست دستها



پشت انگشتان دست و ناخن



نوک انگشتان دست



مچ دستها



نکته: زمان لازم جهت شستشوی دست 40 تا 60 ثانیه و هند راب 20 تا 30 ثانیه می باشد.

از سال 93 شستشو و هند راب مچ دست نیز به بهداشت دست اضافه شده است ، یعنی در آخرین مرحله مچ دست نیز شستشو و یا ضد عفونی می شود. ضد عفونی جراحی دست نیز مطابق تصویر ذیل می باشد، لازم به توضیح است که شستشوی جراحی دست کاملاً شبیه هند راب جراحی دست بوده منتها زمان لازم جهت شستشو 5 دقیقه و جهت راب جراحی 3 دقیقه می باشد.

راهنمای اسکراب جراحی دست:

SURGICAL RUB TECHNIQUE

TECHNIQUE MUST BE CARRIED OUT ON CLEAN, DRY HANDS



USE ENOUGH SPIRIGEL® COMPLETE TO KEEP THE HANDS AND FOREARMS WET FOR THE DURATION OF THE TECHNIQUE



Dispense Spirigel® complete into palm of left hand



Dip fingers of right hand into Spirigel® complete to decontaminate nails for 5 seconds



Apply Spirigel® complete on right forearm up to elbow using circular movements to ensure skin is covered



Continue until Spirigel® complete has fully evaporated



Repeat 1-4 with left hand and arm with Spirigel® complete

Repeat 1-4 with left hand and arm with Spirigel® complete



Dispense Spirigel® complete into palm of hands



Cover whole surface of hands up to wrists, rubbing palm to palm



Spread Spirigel® complete over the back of each hand including the wrists with fingers interlaced

Spirigel® complete



Rub palms back and forth with interlaced fingers



Grip the fingers on each hand and rub in a sideways back and forth movement



Clasp each thumb in the opposite hand and rotate



When hands are dry, sterile surgical clothing and gloves can be donned

Ecolab Ltd
Lotherton Way, Garforth, Leeds LS25 2JY
Tel: +44 (0)113 232 0066 Fax: +44 (0)113 287 1317
www.ecolab.co.uk

Ecolab Ltd
La Vallée House, Upper Dangle Road
Bray, County Wicklow, Ireland
Tel: +353 (0) 1 2763500

ECOLAB®

In line with the WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare, May 2009

پوشیدن لباس محافظ یا گان

پوشیدن کلاه

پوشیدن ماسک

گذاشتن عینک محافظ یا شیلد صورت

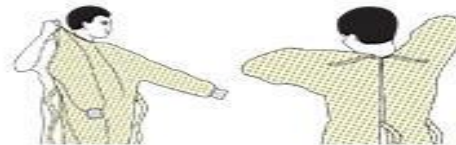
پوشیدن دستکش

SEQUENCE FOR PUTTING ON PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE)

The type of PPE used will vary based on the level of precautions required, such as standard and contact, droplet or airborne infection isolation precautions. The procedure for putting on and removing PPE should be tailored to the specific type of PPE.

1. GOWN

- Fully cover torso from neck to knees, arms to end of wrists, and wrap around the back
- Fasten in back of neck and waist



2. MASK OR RESPIRATOR

- Secure ties or elastic bands at middle of head and neck
- Fit flexible band to nose bridge
- Fit snug to face and below chin
- Fit-check respirator



3. GOGGLES OR FACE SHIELD

- Place over face and eyes and adjust to fit



4. GLOVES

- Extend to cover wrist of isolation gown



USE SAFE WORK PRACTICES TO PROTECT YOURSELF AND LIMIT THE SPREAD OF CONTAMINATION

- Keep hands away from face
- Limit surfaces touched
- Change gloves when torn or heavily contaminated
- Perform hand hygiene



در آوردن دستکش

ضد عفونی دست

باز کردن شیلد صورت یا عینک محافظ

ضد عفونی دست

در آوردن لباس محافظ یا گان

ضد عفونی دست

در آوردن ماسک

ضد عفونی یا شستشوی دست

HOW TO SAFELY REMOVE PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT (PPE) EXAMPLE 1

There are a variety of ways to safely remove PPE without contaminating your clothing, skin, or mucous membranes with potentially infectious materials. Here is one example. **Remove all PPE before exiting the patient room** except a respirator, if worn. Remove the respirator **after** leaving the patient room and closing the door. Remove PPE in the following sequence:

1. GLOVES

- Outside of gloves are contaminated!
- If your hands get contaminated during glove removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Using a gloved hand, grasp the palm area of the other gloved hand and peel off first glove
- Hold removed glove in gloved hand
- Slide fingers of ungloved hand under remaining glove at wrist and peel off second glove over first glove
- Discard gloves in an infectious* waste container



2. GOGGLES OR FACE SHIELD

- Outside of goggles or face shield are contaminated!
- If your hands get contaminated during goggle or face shield removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Remove goggles or face shield from the back by lifting head band or ear pieces
- If the item is reusable, place in designated receptacle for reprocessing. Otherwise, discard in an infectious* waste container



3. GOWN

- Gown front and sleeves are contaminated!
- If your hands get contaminated during gown removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Unfasten gown ties, taking care that sleeves don't contact your body when reaching for ties
- Pull gown away from neck and shoulders, touching inside of gown only
- Turn gown inside out
- Fold or roll into a bundle and discard in an infectious* waste container



4. MASK OR RESPIRATOR

- Front of mask/respirator is contaminated — **DO NOT TOUCH!**
- If your hands get contaminated during mask/respirator removal, immediately wash your hands or use an alcohol-based hand sanitizer
- Grasp bottom ties or elastics of the mask/respirator, then the ones at the top, and remove without touching the front
- Discard in an infectious* waste container



5. WASH HANDS OR USE AN ALCOHOL-BASED HAND SANITIZER IMMEDIATELY AFTER REMOVING ALL PPE

* An infectious waste container is used to dispose of PPE that is potentially contaminated with Ebola virus.



PERFORM HAND HYGIENE BETWEEN STEPS IF HANDS BECOME CONTAMINATED AND IMMEDIATELY AFTER REMOVING ALL PPE



C4250672-01



واکسیناسیون کارکنان بیمارستان:

توصیه شده که کارکنان مراکز مراقبت های درمانی واکسن های ذیل را دریافت نمایند.

- هپاتیت B

- توام بزرگسالان (کزاز - دیفتری)

- سرخک، سرخچه، اوریون : چنانچه قبلا ایمن و یا مبتلا به بیماری نشده باشند باید علیه سرخک، سرخچه و اوریون واکسینه شوند.

- آنفولانزا: سیاست واکسیناسیون علیه آنفولانزا و گروه هدف هر ساله توسط مرکز مدیریت بیماریهای معاونت بهداشتی تبیین و ابلاغ می شود.

اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان:

تعریف تماس شغلی (تماس از هر یک از طریق زیر)

نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیز و برنده

مخاطات (مانند چشم و دهان)

پوست غیر سالم

منابع آلودگی: خون و مایعات آلوده به خون، بافت ها و مایعات مغزی - نخاعی، پلور، پریتونن، مایع آمینیوتیک، شیر، مایع پریکارد و ترشحات واژینال

راههای پیشگیری و کنترل:

- توجه به اصول احتیاطات استاندارد

- پیشگیری قبل از تماس

- پیشگیری بعد از تماس

اقدامات لازم بعد از تماس شغلی:

* شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون

* گزارش به سوپر وایزر کنترل عفونت

* برآورد خطر

* شروع کمپروویلاکسی، واکسیناسیون و ...

* کنترل عوارض دارویی تجویز شده

* کنترل سرولوژی (6 HIV) هفته 12، هفته 6، ماه بعد، ولی اگر منشا آلوده به هیپاتیت C باشد باید تست های دوره ای یکسال انجام شود. کنترل سرولوژی (HIV) و (HBV)

ارزیابی پرسنل بدنبال تماس شغلی با خون آلوده:

- گزارش تاریخ و زمان تماس

- انجام آزمایشات HBSAb, HIV, HCVAb در فردی که مورد مواجهه قرار گرفته است.

- انجام HBSAg, HIV, HCV در فرد منبع، سپس در صورت مثبت شدن HIV در فرد منبع برای فرد مورد مواجهه سریعاً پروفیلاکسی شروع شود. با توجه به این که

واکسن پروفیلاکسی و درمان چندان موثری برای هیپاتیت C وجود ندارد رعایت احتیاط های همه جانبه (استاندارد) در پیشگیری از روند آن دارای اهمیت بسیار زیادی

است. در مورد HBS وضعیت واکسیناسیون و سرو لوژی فرد تماس یافته و هم چنین وضعیت HBSAg فرد منبع اگر در دسترس باشد بسیار مهم است. توجه به

اصول احتیاطات همه جانبه، واکسیناسیون به موقع پرسنل حرف پزشکی و انجام سرولوژی جهت اطمینان از مصونیت ایجاد شده مهم ترین راه پیشگیری و

کنترل عفونت های منتقله از خون در پرسنل حرف پزشکی می باشد. پرونده های گروه های پزشکی و پیراپزشکی شاغل در بیمارستان به منظور پیشگیری از

عفونت های بیمارستانی در بیمارستان لازم است پرسنل شاغل در بیمارستان پرونده بهداشتی داشته و خلاصه معاینات، سوابق و به ویژه واکسیناسیون در آن

ثبت شود. داشتن این پرونده باعث حفظ سلامتی کارکنان از ابتلا آنان به عفونت و سرایت عفونت به وسیله پرسنل به اعضا خانواده و جامعه خواهد بود.

ضد عفونی کننده ها، گند زداها و استریلیزاسیون

طبقه بندی کلی گند زداها و ضد عفونی کننده ها:

1- ضد عفونی کننده های high level: جهت گند زدایی وسایل نیمه بحرانی کاربرد دارند (آندوسکوپ ها، تیغه های لارنگوسکوپ، آمبوبگ ها

2- ضد عفونی کننده های intermediate level: برخی از آنها برای ضد عفونی پوست قبل از اقدامات تهاجمی و نیمه تهاجمی کاربرد دارند: الکل ها (الکل 70 درجه)، ید ها (

بتادین)

3- ضد عفونی کننده های low level: ضد عفونی کننده های low level جهت وسایلی استفاده می شود که در حالت طبیعی فقط نیاز به پاک کردن دارند ولی به دلیل شرایط خاص

به گند زدایی کردن آنها نیاز است مثل کاف دستگاه فشار خون، گوشی، گان، ملحفه ها

دستور العمل Needle Stick

دستور العمل نحوه برخورد در هنگام فرو رفتن سوزن یا اجسام نوک تیز آلوده به دست یا پا (needle stick) و پاشیده شدن ترشحات آلوده و خون به چشم، مخاط و زخم:

1- اجازه دهید از محل آسیب دیده بدون ایجاد فشار، خون جاری شود.

2- در صورت آسیب با وسایل نوک تیز و برند آلوده (Needle Stik) یا مواجهه پوست نا سالم، زخم را با صابون و آب ولرم به مدت 2-3 دقیقه شستشو دهید و در صورت مواجهه مخاطات (چشم، دهان و بینی) آن را با آب سالم بهداشتی و یا سرم فیزیولوژی شستشو دهید (پرسنل آزمایشگاه در صورت مواجهه از چشم شور استفاده نمایند).

3- در صورت مشخص بودن منبع، از وی 5 میلی لیتر خون تهیه کنید و آن را به آزمایشگاه مرکز بفرستید تا در اولین فرصت به آزمایشگاه درمانگاه شماره یک جهت انجام تست های HbsAg، HCVAb و HIVAb ارجاع شود

4- خود فرد مواجهه یافته نیز در صورتیکه آزمایشات HbsAg، HCVAb و HIVAb و HbsAb را در یک سال اخیر انجام نداده باشد، می بایست نمونه تهیه کرده و به آزمایشگاه مرکز جهت نگه داری و آماده سازی بفرستد تا در اولین فرصت ممکن به آزمایشگاه درمانگاه شماره یک ارجاع شود.

5- در شیفت های صبح به سوپروایزر کنترل عفونت (آقای محمد حسن زاده شماره داخلی 204 و یا شماره همراه 09188594174) و در (شیفت های عصر و شب به سوپروایزر بالینی شماره داخلی 249 یا شماره 08346226955) جهت انجام اقدامات مراجعه نمایید.

6- در صورتی که منبع، مبتلا به هر یک از عفونت های منتقله از راه خون باشد و یا جزو گروه های پرخطر (معتادان به مواد مخدر تزریقی، افراد زندانی، دارای رفتارهای پرخطر جنسی و همسر یا شریک جنسی هر یک از گروه های مذکور) نیاید منتظر پاسخ آزمایشات ماند و می بایست با مشاوره سریع با پزشک کنترل عفونت و حداکثر 72 ساعت پروفیلاکسی مورد نیاز را جهت مواجهه یافته شروع نمود (مراجعه شود به فرآیند مواجهه شغلی) و تا زمان آماده شدن جواب آزمایشات ادامه داد و در صورت منفی بودن آزمایشات منبع آن را قطع نمود. (مراجعه شود به روش اجرایی مدیریت مواجهه شغلی)

7- از مقدار تیتر HbsAb خود اطلاع کسب کنید. (تیتر بیش از 10 U/ml نیاز به واکسن ندارد. تیتر پایین تر از 10 U/ml، نیاز به انجام واکسیناسیون و تزریق

ایمنوگلوبولین هیاتیت B دارد.

کمک اولیه
فوری

- ۱۰- محل مورد مواجهه با مایعات بالقوه آلوده (خون و سایر ترشحات) را با آب و صابون شستشو دهید و محل ورود شی را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود؛ به هیچ عنوان محل مواجهه را فشار ندهید و از مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید چون باعث صدمه بیشتر و نفوذ ویروس می شود، تاکید می شود فقط شستشو با آب معمولی و لرم و صابون کافی می باشد.
- ۲۰- غشاهای مخاطی غیر چشم و یا پوست ناسالم را با آب معمولی فراوان شستشو دهید.
- ۳۰- چشم مواجهه یافته را مالش ندهید و با یک لیتر نرمال سالین یا آب فراوان شستشو دهید (پرسنل آزمایشگاه از چشم شور استفاده نمایند).

آزمایشات
درخواستی

- ۱۰- نمونه گیری بیمار از نظر HBSAg، HCVAb و HIVAb (با شخصی که با ترشحات او مواجهه شغلی صورت گرفته) و فرد مواجهه یافته (در صورت مشخص نبودن تیتراژ HBSAb و مشخص نبودن وضعیت HBSAg، HCVAb و HIVAb) و ارسال آزمایشات به آزمایشگاه بیمارستان جهت نگهداری و آماده سازی نمونه.
- ۲۰- آزمایشات سرولوژی در دفترچه بیمار (در صورت دسترسی) و دفترچه فرد مواجهه یافته توسط پزشک مرکز قید می شود و توسط آزمایشگاه مرکز به آزمایشگاه درمانگاه شماره یک ارجاع می شود.

گزارش دهی

- ۱۰- مراجعه به سوپروایزر کنترل عفونت و در صورت عدم دسترسی به ایشان، اطلاع به سوپروایزر بالینی و تکمیل فرم مواجهه شغلی و تماس تلفنی با سوپروایزر کنترل عفونت که در اولین فرصت به فرد مواجهه یافته بر حسب شرایط وی معرفی نامه جهت ویزیت پزشک کنترل عفونت، معرفی نامه جهت واکسیناسیون هیپاتیت B و معرفی نامه جهت انجام آزمایشات به صورت رایگان توسط سوپروایزر کنترل عفونت ارائه می گردد.
- ۲۰- پیگیری جواب آزمایشات توسط سوپروایزر کنترل عفونت که در صورت منفی بودن جواب آزمایشات نیاز به اقدام خاصی ندارد.

در صورت مثبت شدن هریک از آزمایشات بیمار مطابق دستورالعمل ذیل اقدام شود

ایدز

HIV+

1- انجام آزمایشات سرولوژی فرد مواجهه یافته در زمان های ذیل:

A- زمان مواجهه

B- 6 هفته بعد از تماس

C- 12 هفته بعد از تماس

D- 6 ماه بعد از تماس

2- شروع درمان پروفیلاکسی آنتی رترو ویروسی (رژیم دو دارویی) در اسرع وقت و حداکثر 72 ساعت پس از مواجهه شغلی و درخواست آزمایشات تکمیلی جهت بیمار به منظور بررسی مرحله بیماری.

3- معرفی فرد مواجهه یافته به فوکل

پوینت عفونی و مرکز بیماری های رفتاری

در کرمانشاه جهت ادامه پروفیلاکسی به

مدت 28 روز و ادامه مراقبت در طی دوره

پیگیری.

هیپاتیت B

HBSAg+

1- اگر فرد مواجهه یافته واکسینه نشده باشد، تزریق یک دوز ایمونوگلوبولین (HBIG) در کمترین زمان ممکن و حداکثر تا هفت روز پس از مواجهه و شروع سری واکسن هیپاتیت B.

2- اگر فرد مواجهه یافته قبلاً واکسینه شده باشد و HBSAb بالای 10U/MI باشد، نیاز به اقدام خاصی نیست.

3- اگر فرد مواجهه یافته قبلاً واکسینه شده ولی پاسخ ایمونولوژیک به واکسیناسیون نداده باشد: تزریق HBIG در دو نوبت با فاصله یک ماه و یا یک نوبت HBIG به همراه واکسیناسیون مجدد.

4- اگر فرد مواجهه یافت قبلاً واکسینه شده ولی تیتراژ آنتی بادی ایشان نامشخص باشد، انجام تیتراژ آنتی بادی و در صورتیکه کمتر از 10U/MI بود، یک نوبت واکسن تجویز شود.

5- اگر فرد مورد مواجهه در حال واکسیناسیون بود: تزریق یک دوز HBIG و تکمیل دوره واکسیناسیون.

هیپاتیت C

HCV+

1- انجام آزمایشات سرولوژی فرد مواجهه یافته بصورت baseline و سپس تکرار آن 3 ماه و 6 ماه بعد از تماس.

2- انجام تست های LFT بصورت baseline و سپس تکرار آن 3 ماه و 6 ماه بعد از مواجهه.

3- در صورت ابتلاء مواجهه یافته معرفی به فوکل پوینت عفونی و مرکز بیماری های رفتاری در کرمانشاه.

توجه: هیپاتیت C نه واکسن دارد، نه پروفیلاکسی و نه درمان؛ پس تنها راه پیشگیری می باشد.

واحد مدیریت منابع انسانی	فایق احمدی پروین سلیمانی
--------------------------	--------------------------

کارگزینی بیمارستان در طبقه همکف بیمارستان و انتهای راهرو قسمت اداری واقع شده است

آقای فایق احمدی دارای مدرک کارشناسی حسابداری و خانم پروین سلیمانی دارای مدرک کاردانی مدیریت بازرگانی می باشند. از ابتدای سال ۹۵ در دفتر مدیریت منابع انسانی شروع به کار نموده اند و هر دو نفر سابقه حضور در قسمت دبیرخانه و کارگزینی بیمارستان را دارند..

شرح وظایف:

برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز برای تمامی بخشها / واحدها براساس یک الگوی مبتنی بر شواهد علمی و منطبق با استراتژیهای بیمارستان

تخصیص و چینش نیروهای موجود بین واحدها / بخشها در هر نوبت کاری، متناسب با برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی و حجم کاری و ویژگیهای افراد موجود در بیمارستان، انجام میشود..

مشخص نمودن شرح وظایف هر شغل یا پست سازمانی و مشخص بودن شرایط احراز و سطح تحصیلات مورد نیاز هر شغل یا پست سازمانی.

بروز رسانی فهرست توانمندیهای مورد نیاز برای انجام وظایف و تصدی مسئولیتهای شغلی، برای هریک از مشاغل بیمارستان.

برنامه ریزی مسئول واحد منابع انسانی درخصوص جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات کارکنان خروجی به سایر کارکنان با همکاری واحدهای مربوط.

ارزیابی مسئول واحد منابع انسانی با همکاری مسئولین بخشها / واحدهای بیمارستان درخصوص انطباق شرح شغل و شاغل و تطابق توانمندیهای فرد در تصدی پست و گزارش موارد عدم انطباق به تیم مدیریتی.

اطلاع رسانی مقررات داخلی بیمارستان توسط واحد منابع انسانی.

آگاهی دادن به کارکنان در مورد تکالیف، شرح شغل و شرح وظایف، حقوق و مزایا / آئیننامه های انضباطی و نحوه ارزشیابی و ارتقاء شغلی و ضوابط و مقررات خروج از خدمت (انتقال، اخراج، بازنشستگی) آگاهی دارند.

مشخص نمودن روند ارتقای شغلی در رده های شغلی مختلف در مقررات داخلی بیمارستان و آگاه نمودن کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود.

تشکیل پرونده پرسنلی کاغذی/الکترونیک برای تمام کارکنان حتی کارکنان بخشها و واحدهای برون سپاری شده،

محافظت از فیزیک پروندههای پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها.

ثبت اطلاعات مربوط به مرخصی کارکنان و سوابق حوادث شغلی احتمالی آنها، به تفکیک بخشها / واحدها

ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالیانه با برنامه ریزی واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخشها / واحدها

رضایت کارکنان حداقل دو بار در سال با فاصله شش ماهه از طریق پرسشنامه های که روایی و پایایی آن تأیید شده است، مورد سنجش قرار میدهد.

اطلاع رسانی ملاک های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه به تمامی کارکنان.

اجرای برنامه های ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تغذیه سالم، با رویکرد پیشگیرانه و آموزشی

تدوین کتابچه الکترونیکی توجیهی کارکنان جدیدالورود و دسترسی کارکنان به کتابچه توجیهی کارکنان جدیدالورود به صورت فایل الکترونیک

آگاهی دادن کارکنان، از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی و هریک از آنها دارای برنامه توسعه فردی است.

اطلاع رسانی بیمارستان درخصوص برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی و نصب پوسترها یا فراخوانهای ارسال مقالات و برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان

واحد مدیریت اطلاعات سلامت	خانم پروین مرادی خانم سارا صوفی خانم سمیه عزیزی
---------------------------	---

دفتر مدیریت اطلاعات سلامت و بایگانی پرونده ها در قسمت اداری بیمارستان و روبروی دفتر مدیریت خدمات پرستاری واقع شده است.

خانم پروین مرادی فارغ التحصیل کاردانی مدارک پزشکی که سابقه ۱۰ سال کار به عنوان کارمند در واحد مدیریت اطلاعات سلامت را دارند و از ابتدای سال ۹۵ به عنوان مسئول واحد شروع به کار نموده اند.

خانم دارای مدرک کاردانی بیهوشی می باشند و مدت ۳ سال است سابقه کار در واحد مدیریت اطلاعات سلامت را دارند.

خانم سمیه عزیزی دارای مدرک دیپلم علوم تجربی می باشند و مدت شش ماه است در واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام وظیفه می نمایند.

شرح وظایف:

خلاصه برداری و امحاء پروندههای پزشکی پس از دوره زمانی تعیین شده طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام میشود و پروندههای امحاء شده صورتجلسه تنظیم شده است.

دسته بندی و نگهداری پروندههای پزشکی براساس دستورالعمل ابلاغی انجام می شود و با روشی مطمئن خلاصه برداری انجام می شود.

ایجاد فرم جدید براساس فرآیند طراحی و جاگذاری فرمهای جدید در پروندههای پزشکی و آگاه نمودن کارکنان مرتبط از فرآیند اضافه نمودن فرمها و نحوه درخواست اضافه کردن فرم در پرونده.

کنترل و مطابقت پروندههای ورودی به واحد مدیریت اطلاعات با فهرست بیماران پذیرش شده انجام میشود.

واحد مدیریت اطلاعات سلامت چک لیست ممیزی تمامی اوراق پرونده پزشکی را جهت اطمینان از خوانا بودن، کامل بودن محتوای پرونده پزشکی و رعایت ترتیب قرارگرفتن اوراق تهیه نموده است.

قرار دادن چک لیست ممیزی اوراق تکمیل شده پرونده پزشکی در بخش ها

سازماندهی درونی پروندههای پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار توسط مدیریت اطلاعات سلامت انجام می گیرد.

پروندههای پزشکی پس از ارسال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط این واحد و براساس چک لیست مجددا مورد بازبینی قرار میگیرند و نتایج به افرادی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران هستند، بازخورد داده میشود.

واحد مدیریت اطلاعات حداکثر ظرف 14 روز پس از ترخیص بیماران بررسی کمی و کیفی پروندهها را انجام داده و با مشارکت سرپرستاران و پزشکان بخشهای بالینی نسبت به رفع نواقص پروندههای پزشکی اقدام مینماید

بایگانی پروندههای بستری، اورژانس و سرپایی متناسب با شرایط واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام می شود.

واحد مدیریت اطلاعات سلامت پروندههای پزشکی بیماران (سرپایی، بستری، اورژانس) را حداقل براساس مدت زمانهای ذکر شده در قسمت بایگانی جاری و راکد نگهداری میکند.

فرآیند بازبایی پروندههای پزشکی در ساعات فعالیت واحد در کمتر از ده دقیقه

واحد مدیریت اطلاعات در خصوص پروندههای مفقود/آسیب دیده، برابر مقررات پیگیری لازم را به عمل آورده و نتایج بدست آمده به اطلاع تیم مدیریت اجرایی رسانده می شود.

ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت.

ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی و فعالیت بخشها/واحدها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می‌شود.

کنترل ثبت و بروزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی براساس حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می‌شود

هجده برگ ابلاغی پرونده‌ها از سیستم کدگذاری رنگی 1 استفاده می‌نماید.

برای تمامی پرونده‌های پزشکی، قبل از بایگانی پرونده، کدگذاری تشخیص‌نهایی پرونده‌ها براساس کتاب طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها انجام می‌شود.

کدگذاری تمام تشخیص‌ها و اقدامات درمانی در پرونده براساس دستورالعمل انجام می‌شود.

فهرستی از اختصارات مجاز جهت استفاده در پرونده پزشکی و تشخیص‌ها و اقدامات در هر بخش تنظیم و در بخش نصب شده است، و پرسنل از آن آگاه می‌باشد.

بررسی پرونده‌ها از تکمیل صحیح 18 برگ اصلی پرونده‌های بالینی بیماران در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان.

کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل یکبار در ماه تشکیل جلسه می‌دهد.

واحد مدیریت فناوری اطلاعات و انفورماتیک	آقای مسعود رستمی آقای نیازی گلمحمدی
---	-------------------------------------

واحد مدیریت فناوری اطلاعات و انفورماتیک جنب دفتر ریاست بیمارستان و در قسمت اداری واقع شده است.

آقای مسعود رستمی دارای مدرک کارشناسی ارشد مدیریت که سابقه 8 سال فعالیت در واحد مدیریت فناوری اطلاعات را دارند و در حال حاضر مسئول واحد مدیریت فناوری اطلاعات می‌باشد.

آقای نیازی گلمحمدی دارای مدرک کاردانی بیهوشی می‌باشد و از ابتدای سال 93 در واحد فناوری اطلاعات فعالیت می‌نماید در ضمن سابقه حضور در بخش اتاق عمل و فوریت‌های پزشکی را دارند.

شرح وظایف:

استفاده از کدها در ثبت داده‌ها در سیستم اطلاعات بیمارستان

اتصال سیستم اطلاعات بیمارستانی به سیستم ارتباطی ذخیره تصاویر و انطباق تصاویر خروجی با آخرین استانداردهای وزارت بهداشت

قرار دادن حداقل یک دستگاه رایانه در بخش‌های بالینی و غیربالینی بیمارستان که از طریق شبکه محلی بیمارستان به یکدیگر و سیستم اطلاعات بیمارستانی ارتباط دارند.

نوشتن فرایند برای اجرای برنامه نگهداشت و سرویس دوره‌ای پیشگیرانه رایانه‌ها

ثبت اطلاعات مربوط به تمام اقدامات درمانی و دستورات پزشک با واژگان، اصطلاحات و کدهای استاندارد در سیستم اطلاعات بیمارستان.

فراهم کردن ثبت فرم شرح عمل و شرح بیهوشی طبق فرمت و ساختار تعیین شده در سیستم و امکان گزارش فرم.

با مراجعه به واحد فناوری اطلاعات، در سیستم اطلاعات بیمارستان شناسه‌های مراجعه پرونده بیماران، که پس از ارسال اطلاعات به سپاس دریافت شده‌اند مشاهده شود.

فراهم کردن سیستم ثبت تمام اقدامات درمانی نتایج آزمایشات بیمار و داروهای مصرفی در پرونده الکترونیکی بیماران با رعایت حداقل‌های تعیین شده وزارت بهداشت در سیستم HIS صورت می‌گیرد.

تشخیص نهایی بیمار، حداکثر تا ۲۹ ساعت پس از ترخیص انجام شده و در پرونده الکترونیکی بیمار با کدینگ معتبر ثبت می شود.

فراهم کردن کارنامه ارزیابی کیفیت محتوای پرونده الکترونیک در خصوص شاخص ثبت تشخیص نهایی برای بیمارستان در بازه زمانی یکسال

اطلاعات هویتی و شماره ملی بیماران بستری، در پرونده الکترونیکی بیمار تا زمان ترخیص ثبت میشود.

وجود سامانه ثبت اطلاعات سلامت مادر و نوزاد و ثبت اطلاعات مربوط به زایمان ها

ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان مطابق دستورالعملها و راهنماهای فنی سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس)

در واحد مدیریت فناوری اطلاعات نحوه حفظ امنیت سیستم، امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخشها و واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی "بر اساس دستورالعملهای ابلاغی تدوین و طراحی می شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل مینمایند

از سیستمهای نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان می شود کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل مینمایند.

طراحی سیستم نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان جهت سیستم و اطلاع به کارکنان در مورد نحوه پیگیری

واحد امین اموال	آقای امین محمدنژاد
-----------------	--------------------

واحد امین اموال در طبقه همکف و ابتدای راهرو واحد اداری واقع شده است.

آقای امین محمدنژاد دارای مدرک دیپلم تجربی که از ابان ماه سال ۹۵ به عنوان امین اموال بیمارستان انتخاب شده است در سوابق کاری ایشان می توان

صندوقدار بیمارستان منشی گری بخش داخلی اشاره کرد.

شرح وظایف:

انجام اقدامات لازم به منظور نصب علائم مخصوص و برچسب های شماره دار بر روی هریک از اموال و تنظیم صورت موجودی مانده اموال مصرفی در آخر هر سال

صدور پروانه خروج برای اموال تهیه صورت اموال زاید و اسقاط و ارسال آن به اداره کل اموال دانشگاه جهت کسب اجازه فروش

صدور دستور حذف ممیز و رسیدگی به سیاهه اموال اسقاطی

نگاهداری حساب کلیه اموال منقول مسروقه و یا از بین رفته طبق آیین نامه اموال دولتی و ثبت مشخصات آنها در دفاتر اموال

شمارش و ثبت کلیه اموال موجود در هر اتاق و تحویل آن به پرسنل استفاده کننده

تهیه ی فرم مربوط به جابجایی اموال بین اشخاص و ثبت آن در سیستم

مهر و امضا کلیه رسیدها و حوالی های اموالی

انجام سایر امور مربوطه طبق نظر مافوق مطابق با نیاز سیستم

ثبت اموال و تجهیزات در سیستم حسابداری تعهدی

واحد تجهیزات پزشکی	آقای محمد نبی قادری
--------------------	---------------------

واحد تجهیزات پزشکی در طبقه همکف و در راهرو قسمت اداری واقع شده است.

آقای محمد نبی قادری دارای مدرک تحصیلی تکنسین آمار که در بیمارستان به عنوان مهندس تجهیزات پزشکی انجام وظیفه می نماید مدت 2 سال است در این سمت انجام وظیفه می نماید و سابقه کار در واحد آمار و واحد درآمد بیمارستان را دارد.

شرح وظایف:

اقتصاد سنجی و نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره‌وری تجهیزات پزشکی

آموزش فنی کاربران برای استفاده صحیح و ایمن دستگاهها به صورت برنامه‌ریزی شده

نظارت بر انبارش تجهیزات پزشکی غیر مصرفی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت

آگاهی و نظارت بر اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت

با استفاده از آخرین ویرایش دستورالعمل‌های اداره کل تجهیزات پزشکی، دستورالعملها و چک لیستهای بخش تجهیزات پزشکی را به روز نموده و نگهداری مینماید.

بازدید روزانه کارشناسان تجهیزات پزشکی از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی نمایند و از اخبار مرتبط با آئین نامه ها، ضوابط و بخشنامه ها آگاه شوند و نسبت به اجرای آن در مرکز اقدام نمایند.

بخش تجهیزات پزشکی براساس راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده‌ای را به زبان فارسی تهیه نموده و در دسترس کاربران قرار میدهد.

در بخشها/واحدهای بیمارستان راهنماهای تصویری کاربری سریع تجهیزات برای روشن و خاموش کردن و کاربردهای متداول و شایع تهیه شده و در کنار دستگاه (با پوشش قابل شستشو برای ضد عفونی در مواقع ضروری) یا در پوشهای در محل کاربری دستگاهها موجود است

خرید تجهیزات پزشکی غیر مصرفی بیمارستان مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت صورت میگیرد

مسئول بخش تجهیزات پزشکی در جلسات تصمیم گیری کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان حضور دارد و نظرات کارشناسی خود را در خصوص خرید تجهیزات پزشکی را ارائه مینماید.

کنترل کیفی تجهیزات پزشکی با آزمون کالیبراسیون توسط مهندس تجهیزات پزشکی پیگیری و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

شناسایی و فهرست شرکتهای دارای صلاحیت آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی در بیمارستان و انجام آزمون کالیبراسیون تجهیزات پزشکی توسط شرکتهای دارای پروانه معتبر و وجود سوابق آزمونهای کنترل کیفی در واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی

برنامه زمان بندی شده جهت پایش، جمع آوری و تحلیل دادهها و مستندسازی تجهیزات پزشکی و نتایج آنها

تجهیزات پزشکی معیوب با استفاده از سیستم فراخوان (ریکال) جمع آوری و از گردش کار خارج میشوند.

شناسایی و فهرست شرکتهای نمایندگی و یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی و انجام تعمیرات صرفا از طریق نمایندگی رسمی یا شرکتهای ثالث

نگهداری سوابق تعمیرات تجهیزات پزشکی در بخش تجهیزات پزشکی

سوابق سرویسهای دورههای فنی و کاربری براساس برنامه نگهداری پیشگیرانه در بخش تجهیزات پزشکی موجود است و برچسب تاریخ آخرین سرویس دورههای انجام شده و همچنین تاریخ سرویس دورههای بعدی بر روی تمام تجهیزات نصب میباشد.

تجهیزات پزشکی بر قراردادهای سرویس و نگهداری سالیانه ی دستگاههای حیاتی و سرمایههای نظارت نموده و سوابق مربوط، نگهداری میشود

واحد دبیرخانه	آقای عارف رستمی و خانم فاطمه محمودی
---------------	-------------------------------------

واحد دبیرخانه در طبقه همکف در راهرو قسمت اداری و جنب واحد مدیریت اطلاعات سلامت واقع شده است.

آقای عارف رستمی کارشناس ارشد رشته حسابداری و خانم فاطمه محمودی دارای مدرک بهیاری میباشند. آقای رستمی از دی ماه ۹۳ و خانم محمودی از بهمن ۹۴ در دبیرخانه مشغول به کار می باشند.

شرح وظایف::

چینش منظم پرونده های پرسنلی و محافظت از فیزیک و محرمانگی پرونده ها طبق دستورالعمل

شماره نمودن همه نامه های ورودی و خروجی در بیمارستان ومحرمانه نمودن سطح دسترسی به نامه ها و فقط تحویل نامه به مخاطب نامه

تحویل وارسال به موقع نامه های بیمارستان

اسکن کردن و الکترونیکی نمودن پرونده های پرسنلی طبق دستورالعمل

کپی نمودن مدارک مورد نیاز بیمارستان

ارسال الکترونیکی نامه های بیمارستان به معاونت های مختلف دانشگاه علوم پزشکی

واحد ماشین نویسی و تلفنخانه	خانم فرانک گرگانی
-----------------------------	-------------------

واحد ماشین نویسی در طبقه همکف در انتهای راهرو قسمت اداری واقع شده است.

خانم فرانک گرگانی دارای مدرک دیپلم تجربی واز ابتدای حضور در بیمارستان در قسمت ماشین نویسی مشغول به کار می باشند.

شرح وظایف:

تایپ کردن نامه های بیمارستان که نیاز به شماره شدن دارند.

تایپ نمودن صورت جلسات کمیته های بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی

وصل نمودن تلفن های ورودی و خروجی به بیمارستان جهت ارتباط با بخشها و واحدهای مختلف بیمارستان

دریافت نامه های فاکس شده به بیمارستان و ارسال فاکس به خارج بیمارستان

پیج نمودن افراد و بخشهای مورد نیاز در موقع لزوم

:

واحد انبار عمومی	آقای عزیز صیدی
------------------	----------------

واحد انبار عمومی در طبقه همکف و جنب نمازخانه قسمت اداری واقع شده است.

آقای عزیز صیدی دارای مدرک دیپلم علوم تجربی مسئول انبار عمومی بیمارستان میباشد. از اواسط سال 93 به عنوان مسئول انبار عمومی انتخاب

شده اند. قبل از این آقای صیدی در بخش داروخانه آندوسکوپی و منشی بخشهای مختلف انجام وظیفه نموده اند.

شرح وظایف:

تحويل وسایل مصرفی مورد نیاز و درخواست شده بخشها از کارپرداز بیمارستان

چینش ایمن و منظم وسایل مصرفی در قسمت انبار عمومی

تحويل وسایل مصرفی مورد نیاز بخشها طبق درخواست دستور داده شده

بایگانی و سند نمودن وسایل تحويل گرفته شده از کارپرداز و تحويل داده شده به بخشها

وارد نمودن سندهای تنظیم شده در سیستم HIS و سامانه حسابداری

واحد کارپردازی و تدارکات	آقای قهرمان نوری
--------------------------	------------------

واحد کارپردازی و تدارکات در طبقه همکف و جنب نمازخانه قسمت اداری واقع شده است

آقای قهرمان نوری دارای مدرک کاردانی بهداشت که از اواسط سال 93 به عنوان کارپرداز بیمارستان انتخاب شده اند. ایشان سابقه کار در واحدهای

درآمد بیمارستان کارپردازی شبکه بهداشت و واحد آمار شبکه را دارد.

شرح وظایف:

تحويل تجهیزات و وسایل مصرفی از مراکز و شرکت های خریداری شده به همراه فاکتور آنها

تحويل دادن تجهیزات و وسایل مصرفی به انبار عمومی

سند نمودن و وارد نمودن اطلاعات خریداری شده در سامانه حسابداری و HIS

واحد بهداشت حرفه ای	آقای محمدسعید مرادی
---------------------	---------------------

واحد بهداشت حرفه ای در طبقه همکف و در راهرو قسمت اداری واقع شده است.

آقای محمد سعید مرادی کارشناس ارشد بهداشت حرفه ای به صورت نیروی طرحی کار خود در واحد بهداشت حرفه ای را از مهرماه سال 95 شروع نموده ودراین واحد انجام وظیفه می نماید.

شرح وظایف:

شناسایی اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شامل روشنایی، ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدانهای الکتریکی و مغناطیسی، صدا شرایط جوی متناسب با فعالیت بخشها /واحدها را انجام میدهد.

شناسایی اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل گازها و بخارات شیمیایی، گرد و غبار، دود و دمه، متناسب با فعالیت بخشها /واحدها را انجام می دهد.

شناسایی اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها را انجام می دهد.

شناسایی اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور استرس شغلی محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدها انجام می دهد.

تعیین مشاغل با ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا و ارزیابی و کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار متناسب با فعالیت بخشها /واحدها انجام می دهد.

کارشناس بهداشت حرفه ای بررسی و اقدامات اصلاحی و بهسازی سیستم های تهویه متناسب با فعالیت های بخشها/واحدها را انجام می دهد.

کارشناس بهداشت حرفه ای از بخش ها/واحدهای پرخطر بیمارستان بازدید نموده و نحوه استفاده کارکنان از وسایل حفاظت فردی را ارزیابی نموده و گزارش آن را به کمیته مدیریت اجرایی ارائه می نماید و اقدام اصلاحی به عمل می آید.

انجام ارزیابی ریسک کارکنان بیمارستان به تفکیک هر شغل و تعیین اولویت بندی ریسکهای شناسائی شده در بخشها و واحد ها.

کارشناس بهداشت حرفه ای بیماریهای شغلی به تفکیک هر بخش و واحد را شناسایی و ارزیابی می کند و کارکنان مرتبط را در خصوص این بیماریها و روشهای پیشگیری از آنها آموزش می دهد.

کارشناس بهداشت حرفه ای کتابچه /مجموعه الکترونیک راهنمای استفاده از مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار را تدوین و کارکنان مرتبط را از محتویات آن آموزش می دهد.

کارشناس بهداشت حرفه ای برچسب گذاری اطلاعات و مشخصات فنی و بهداشتی مواد شیمیایی بر اساس فرمت GHS³ بر روی ظروف مواد شیمیایی در بخشها را انجام می دهد و کارکنان مرتبط از برچسب گذاری اطلاعات و مشخصات فنی و بهداشتی مواد شیمیایی آموزش می دهد.

کارشناس بهداشت حرفه ای کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار براساس دستورالعمل اجرایی را هماهنگ و برگزار می کند.

کارشناس بهداشت حرفه ای نیازسنجی سالانه آموزشی از کارکنان متناسب با شرایط کاری آنها، را از طریق پرسشنامه انجام و برنامه آموزشی تدوین می کند.

بخش	اورژانس
-----	---------

رئیس بخش	دکتر آیت اله لطفی پزشک عمومی
مسئول بخش	سیروان فرازبایی کارشناس پرستاری

بخش اورژانس در طبقه اول واقع شده است و دارای درب مجزا می باشد.

اورژانس بیمارستان حضرت رسول(ص) جوانرود همزمان با افتتاح این بیمارستان در اسفند ماه سال 79 شروع به کار نمود. که در آن زمان با 8 تخت تحت نظر، 1 تخت CPR، 4 تخت تزریقات و پانسمان و 1 تخت معاینه کار کار خود را آغاز نمود. در این اورژانس تمامی بیماران اورژانسی و غیر اورژانسی پذیرش شده و تمامی اقدامات پرستاری و مراقبتی و درمانی جهت این بیماران انجام گرفته است. در شهریور ماه سال 92 این اورژانس در طرح توسعه اورژانس های کل کشور مورد توسعه و بازسازی قرار گرفت که پس از آن تعداد تختهای تحت نظر به 14 تخت ارتقا یافت. این اورژانس همگام با تمامی بخش های این بیمارستان جهت رفاه حال همشهریان و بیماران در امر خدمت رسانی بصورت 24 ساعته در خدمت هموطنان گرامی می باشد.

در حال حاضر این بخش با سرپرستاری آقای سیروان فرازبایی بصورت شیفت در گردش که در هر شیفت 6 نفر پرستار 2 نفر پزشک 1 نفر خدماتی و 1 نفر نگهبان مشغول ارائه خدمت میباشد.

اخیرا جهت تسریع در امر درمان و خدمت رسانی به بیماران بدحال با پیگیری های مسئولین بیمارستان و ریاست محترم شبکه بهداشت جوانرود اعزام هوایی با بالگرد به بیمارستانهای کرمانشاه انجام میگردد.

رئیس بخش اورژانس	دکتر آیت اله لطفی
سرپرستار اورژانس	سیروان فرازبایی
پزشکان عمومی	12 نفر
پرستاران	30 نفر

خدماتی	3 نفر
نگهبانی	3 نفر

در اورژانس خدمات درمانی و مراقبتی ذیل برای بیماران انجام می شود:

1. ویزیت پزشک عمومی
2. تزریقات
3. پانسمان
4. وصل سرم
5. CPR
6. اکسیژن تراپی
7. سونداژ
8. انما
9. گاوژ و لاواژ
10. گذاشتن NGT
11. ECG
12. مشاوره سرپایی
13. کنترل v/s
14. پانسمان سوختگی
15. بخیه
16. تامپون گذاری بینی
17. آتل بندی
18. شستشوی چشم
19. ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی
20. کشیدن بخیه
21. کشیدن سوند فولی
22. باز کردن انواع گچ
23. چک BS با گلوکومتر

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : اورژانس	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکتروشوک	1	بکاپ بخش مجاور(دیالیز)
2	ساکشن پرتابل وصل به سانترال	1	بکاپ ساکشن پرتابل داخل بخش
3	ساکشن سانترال دیواری	1	بکاپ ساکشن پرتابل داخل بخش
4	دستگاه نوار قلب	2	بکاپ داخل بخش
5	مانومتر کپسول اکسیژن	3	بکاپ داخل بخش
6	فلومتر اکسیژن سانترال	6	بکاپ داخل بخش
7	ونتیلاتور	1	بکاپ ونتیلاتور پرتابل داخل بخش
8	اسکوپ	2	بکاپ داخل بخش
9	بک برد	1	اسکوپ بعنوان بکاپ استفاده شود
10	نگاتوسکوپ	3	بکاپ داخل بخش
11	تخت احیای قلبی ریوی	1	بکاپ از تخته احیا که در کنار ترالی می باشد استفاده نمایند
12	ترالی احیا	1	بکاپ در بخش مجاور (دیالیز)
13	لارنگوسکوپ بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
14	لارنگوسکوپ اطفال	1	بکاپ در بخش مجاور (دیالیز)
15	آمبویگ بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
16	آمبویگ اطفال	2	بکاپ داخل بخش
17	آمبویگ نوزاد	1	بکاپ ندارد
18	چکش رفلکس	1	بکاپ ندارد

19	مانیتور قلبی - ریوی پرتابل	1	بکاپ ندارد
20	دستگاه فشارسنج پرتابل	3	بکاپ داخل بخش

بیمارستان حضرت رسول (ص) جواز ورود

بخش	داروخانه
-----	----------

ریس بخش	دکتر بهنوش رحیمی پزشک داروساز
مسئول بخش	صادق علیان کارشناس پرستاری

تعداد پرسنل واحد 11 نفر ثابت + 2 نفر اضافه کار

داروخانه بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود به صورت شبانه روزی فعال می باشد که در کنار اورژانس واقع می باشد که در حال ارائه خدمات به بیماران بستری در بخشها و بیماران سرپایی می باشد. تعداد پرسنل این واحد در شیفت صبح 4 نفر به همراه مسئول فنی و در شیفت عصر و شب هم 4 نفر به همراه مسئول فنی فعالیت می نماید که از ساعت 12 شب به بعد 2 نفر از پرسنل OFF میشوند. در هر شیفت 2 نفر مسئول ثبت اطلاعات نسخه های بیماران در سیستم HIS و یک نفر مسئول جمع آوری دارو و یک نفر هم مسئول پیچیدن داروهای درخواست شده از بخشها با هماهنگی مسئول فنی می باشد.

شرح وظایف مسئولین فنی داروخانه

- 1- نظارت بر رعایت اصول علمی در نگهداری، توزیع، نسخه پیچی و تحویل دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی بیماران
- 2- بازرسی های منظم و برنامه ریزی شده از انبار - بخشها - ترالی های احیا و محل نگهداری دارو به منظور حصول اطمینان از رعایت اصول فنی علمی
- 4- آموزش - پژوهش و شرکت در برنامه های آموزشی - پژوهشی
- 5- رعایت اصول اخلاقی و حرفه ایی در وظایف محوله
- 6- شرکت در جلسات کمیته دارو و درمان
- 7- دریافت و ثبت گزارشات عوارض جانبی ناخواسته داروها (ADR) از کادر درمانی و انعکاس آن به معاونت غذا و دارو
- 8- تکمیل فرم شکایت از فراورده های دارویی در صورت مشکل دار بودن از نظر کیفیت
- 9- ارائه راهنمایی ها و دستورات دارویی لازم به بیماران بستری و به ویژه بیماران نسخ سرپایی
- 10- تهیه فهرست فارماکوبه دارویی و تعامل با پزشکان مرکز در جهت تهیه آن
- 11- تهیه نسخ و مستندات جهت طرح در کمیته تجویز منطقی دارو
- 12- کنترل و نظارت بر شرایط و اصول فنی انبار دارویی
- 13- کنترل و نظارت بر نحوه خرید دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی از شرکت های دارویی و شرکت های پزشکی
- 14- بررسی و نظارت علمی بر پرونده های دارویی بیماران بستری به منظور رعایت اصول علمی در تجویز و مصرف منطقی دارو - ملزومات

شرح وظایف مسئول داروخانه

- 1- کنترل و نظارت دقیق برانجام امور پرسنل داروخانه بیمارستان
- 2- تهیه و کنترل لیست نیازمندیهای دارویی و تجهیزات داروخانه و درخواست از طریق سیستم HIS از انبار دارویی بیمارستان
- 3- تحویل گرفتن داروهای مورد نیاز داروخانه پس از طی مراحل اداری از انبار و کنترل از نظر کیفی - کمی و تاریخ انقضاء
- 4- کنترل دقیق موجودی عددی داروخانه متناسب با نیاز و تاریخ انقضای داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی
- 5- کنترل ورود و خروج دارو از داروخانه بیمارستان
- 6- نظارت بر چیدن داروهای وارده به داروخانه در قفسه ها و چیدمان براساس تاریخ انقضاء
- 7- نظارت بر نحوه ثبت نسخ در سیستم HIS توسط پرسنل جهت پیشگیری از کسورات بیمه ایی
- 8- نظارت بر نحوه پیچیدن داروهای درخواست شده از بخشها و جمع اوری آنها و تحویل به بخش مربوطه
- 9- جمع اوری ماهیانه نسخ دفترچه های مربوطه به تفکیک نوع بیمه و تحویل نسخه ها به صورت ماهیانه به واحد درآمد بیمارستان

شرح وظایف تکنیسین دارویی

- 1- حضور به موقع و منظم در شیفت براساس برنامه شیفت ماهیانه و همکاری و هماهنگی با بقیه پرسنل حاضر در شیفت
- 2- تحویل گرفتن داروهای از قبل تعیین شده توسط مسئول داروخانه از پرسنل شیفت قبلی براساس موجودی سیستم HIS
- 3- چک کردن داروهای یخچالی در هر شیفت و چارت آنها در برگه مخصوص به همراه چک و چارت دمای محیط داروخانه
- 4- چک کردن نسخه های دارویی ارسال شده از بخشها و پیچیدن و جمع اوری آنها با هماهنگی مسئول فنی داروخانه و تحویل به پرسنل بخش مربوطه و پرینت درخواست مربوطه
- 5- ثبت و چک کردن نسخه های بیماران سرپایی از نظر بیمه ایی و غیربیمه ایی در سیستم HIS و تحویل به مسئول فنی داروخانه
- 6- چیدن داروهای وارده به داروخانه در قفسه های مربوطه بر اساس تاریخ انقضاء
- 7- چک کردن تاریخ انقضای داروها و تجهیزات وارده به داروخانه

بخش	آزمایشگاه
-----	-----------

رئیس بخش	رئیس بخش داخلی: دکتر امیر پروازیان متخصص پاتولوژی و آزمایشگاه
مسئول بخش	خانم پروانه مرادی کاردان آزمایشگاه

بخش آزمایشگاه در طبقه اول و جنب بخش رادیولوژی در ابتدای درب ورودی واقع شده است.

ساعت کار بخش آزمایشگاه: بخش آزمایشگاه در دو شیفت کاری صبح ، عصر و شب مشغول فعالیت می باشد.

پذیرش بیماران: بیماران سرپایی از ساعت 8 صبح لغایت 10 صبح و بیماران اورژانسی و بستری بصورت شبانه روزی پذیرش می شوند.

تست های قابل انجام در بخش آزمایشگاه

شماره	هماتولوژی	شماره	بیوشیمی خون	شماره	بخش سرولوژی	شماره	بخش بیوشیمی
1	CBC	22	T.G	43	CRP	58	ادرار و انگل U/A
2	ERS	23	Chol	44	RF	59	S/E
3	PT	24	SGOT	45	RDR	60	گراویندکس (G.T)
4	PTT	25	SGPT	46	ASO	61	OB
5	Blood Group	26	ALK	47	Wright		بخش هورمون شناسی
6	DIRECT COOMBS	27	Ca	48	Widall	62	T3
7	IN DIRECT COOMBS	28	P	49	2 ME	63	T4
8	RETIC	29	T.pro	50	Combs wright	64	TSH
9	CROSS MaTCH	30	Alb	51	D-Dimer	65	T3UP
10	PBS	31	Na	52	Troponin	66	Free T3
11	F.F.P	32	K		بخش	67	Free T4

		میکروب شناسی					
Hb A/C	68	U/C	53	U.Acid	33	Hb.HCT	12
Beta HCG	69	S/C	54	CPKMB	34	PIT	13
D-Dimer	70	B/C	55	CPKNAC	35	B.T	14
CEA	71	کشت ترشحات بدن	56	HOL	36	C.T	15
Ferritin	72	کشت مایعات بدن	57	LDL	37	بیوشیمی خون	
AFP	73			LDH	38	FBS	16
PSA	74			Amylase	39	BS2HP	17
				ادرار 24 ساعته	40	BS1	18
				ABG	41	BS4PM	19
				BILI(T/D)	42	Urea	20
						Creetin	21

نام بخش : آزمایشگاه تشخیص طبی

ساختار فیزیکی بخش:

آزمایشگاه شامل:

1- بخش پذیرش و نمونه گیری

2- بخش خون شناسی

3- بخش میکروب شناسی

4- بخش بیوشیمی ادرار و انگل شناسی

5- بخش بانک خون

6- بخش هورمون شناسی

7- بخش بیوشیمی خون و سرولوژی

(تلفن داخلی : 274) و شماره تلفن : 08346226850

نقشه ساختمانی بخش :

کارکنان بخش آزمایشگاه بیمارستان حضرت رسول(ص) از نظر رتبه ، تحصیلات و تعداد بشرح ذیل می باشد:

1- مسئول فنی (متخصص آسیب شناسی و پاتولوژی) یک نفر

2- کاردان آزمایشگاه 6 نفر

3- کارشناس آزمایشگاه 11 نفر

4- خدمات آزمایشگاه یک نفر

تعداد پرسنل در هر شیفت

مسئول فنی یک نفر ، پذیرش یک نفر ، نمونه گیر یک نفر ، خدمات یک نفر ، هماتولوژی یک نفر

شیفت صبح :

بیوشیمی خون یک نفر ، بیوشیمی ادرار و انگل یک نفر ، میکروب شناسی یک نفر ، بانک خون یک نفر و سرولوژی یک نفر ، پاتولوژی دو نفر

شیفت عصر و شب: پرسنل فنی سه نفر

دستگاههای موجود در بخش آزمایشگاه بیمارستان حضرت رسول(ص)

ردیف	نام دستگاه	تعداد	وضعیت
1	سیسمکس + سل کانتر	2 عدد	فعال
2	روتاتور (میکسر) هماتولوژی	1 عدد	"
3	سانتریفیوژ	2 عدد	"
4	میکروسکوپ نوری	4 عدد	"
5	هود میکروب شناسی	2 عدد	"
6	انکوباتور میکروب شناسی	2 عدد	"
7	ترازوی دیجیتال	2 عدد	"
8	اتوکلوا	1 عدد	"
9	الکترولیت آنالیزر (Na/ K)	1 عدد	"
10	دستگاه ABG	1 عدد	"
11	بن ماری	2 عدد	"
12	یخچال بانک خون + فریزر	2 عدد	"

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهيزات ضروری بخش : آزمایشگاه	
13	سدیمان ریدر + پایه سدیمان	۱ عدد	"
14	روتاتور سرولوژی	۱ عدد	"
15	سرو فیوژ	۱ عدد	"
16	دستگاه G6PD	۱ عدد	"
17	دستگاه RAMP (تروپونین)	۱ عدد	"
18	بیلی روبین متر	۱ عدد	"
19	میکروتوم	۱ عدد	"
20	حمام آب گرم	۱ عدد	"
21	تیشیو پروسسور	۱ عدد	"
22	ذوب پارافین	۱ عدد	"
23	هود باتولوژی	۱ عدد	در حال تعمیر
24	الایزا رپید	۱ عدد	فعال
25	آی کروم	۱ عدد	"
26	فتومتر ECOM	۱ عدد	در حال تعمیر
27	سانتریفیوژ هماتو کریت	۱ عدد	غیر فعال

از پرسنل بخش در طی شیفت انتظار می رود:

-- کسب دستور و برنامه کار از مسئول شیفت

-- انجام آزمایشات هماتولوژی ، بیوشیمی ، سرولوژی ، بیوشیمی ادرار ، میکروب شناسی و آی کروم اورژانسی

-- کنترل دستگاهها و نظارت کامل بر سالم ماندن دستگاهها و تئوری آنها در عصر و شب

-- وظایف مسئول شیفت : مسئول اعلام نتایج بحرانی، مسئول بانک خون و آمار آن در عصر و شب ، مسئول پیگیری تمامی مشکلات آزمایشگاه در شیفت کاری

فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین

ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	هود معمولی	3	
2	سانتریفیوژ 8 شاخه	1	
3	دستگاه رولر	1	
4	دستگاه نیهون کهدن (سل کانتر)	1	
5	دستگاه بن ماری	2	
6	دستگاه Ramp	1	
7	دستگاه Na و k	1	
8	سانتریفیوژ 24 شاخه	2	
9	میکروهماتوکریت	1	
10	دستگاه روتاتور	1	
11	دستگاه فتومتر (E.COM)	1	
12	دستگاه الکتروآنالایزر	1	
13	یخچال نگهداری کیت	2	
14	دستگاه پلاسما فریزر	1	
15	یخچال بانک خون	3	
16	میکروپلیت ریدر (الایزا)		
17	دستگاه فور	2	
18	دستگاه حمام آب گرم	1	
19	دستگاه ذوب پارافین	1	
20	دستگاه هود لامنیار کلاس 2	1	
	دستگاه آی کروم	1	
	یخچال نگهداری مواد هورمون	1	
	یخچال نگهداری مواد میکروب	1	

بخش	تصویربرداری
-----	-------------

رئیس بخش	رئیس بخش تصویربرداری دکتر مختار نادری متخصص رادیولوژی و سونوگرافی
مستول بخش	رئیس بخش CT SCAN دکتر نورالدین ناصری متخصص رادیولوژی و سونوگرافی آقای صباح باباپور کارشناس رادیولوژی

واحد تصویربرداری از سه بخش مجزای تصویربرداری سی تی اسکن و سونوگرافی تشکیل شده است که واحد تصویربرداری جنب آزمایشگاه و در راهرو ورودی بخشها واقع شده است. بخش سونوگرافی و سی تی اسکن در ورودی درمانگاه واقع شده اند. خدمات بخش رادیولوژی بصورت شبانه روزی به مراجعین ارائه می شود. همه خدمات انجام شده در بخش تصویربرداری در سیستم HIS ثبت واز طریق سامانه در سیستم بخشها بارگذاری می شود یا به صورت CD در اختیار مراجعه کنندگان قرر می گیرد.

در واحد تصویربرداری در شیفت صبح سه نفر کارشناس رادیولوژی و در شیفت عصر 2 نفر حضور دارند که با رعایت طرح انطباق مراجعین خدمات ارائه می نمایند.

در واحد سی تی اسکن دو نفر کارشناس رادیولوژی در هر شیفت حضور دارند.

در واحد سونوگرافی طبق برنامه آنکالی پزشکان که از اول هر ماه مشخص می شود یک نفر از پزشکان در شیفت صبح به صورت مقیمی و در شیفت عصر و شب بصورت آنکال حضور

دارند.

تجهیزات موجود در واحد تصویربرداری:

دستگاه رادیوگرافی ثابت مارک واریان مدل R3021A
دستگاه رادیوگرافی پرتابل مارک جنرال الکتریک مدل AMX4
دستگاه رادیوگرافی DDR مارک اپلم مدل داوینچی
دستگاه سونوگرافی کالر داپلر مدیسون مارک سامسونگ مدل son7m3hd600006v
پروسسور optimax2010 مارک پروتک مدل 1140
پروسسور کونیکا مارک کونیکا مدل SRX101A
دستگاه سی تی اسکن زمینس مارک زمینس مدل 16 اسلایس

در واحد تصویربرداری انواع گرافی ها سی تی اسکن ها با کنتراست وبدون کنتراست و سونوگرافی ها بانظارت متخصص رادیولوژی و دستور پزشک برای مراجعین انجام می گیرد.

بخش	داخلی و مغز و اعصاب
-----	---------------------

رئیس بخش	رئیس بخش داخلی دکتر شیلا آقایی متخصص داخلی
مستول بخش	رئیس بخش مغز و اعصاب دکتر محسن طلایی متخصص مغز و اعصاب
	خانم زاله نظری
	کارشناس پرستاری

بخش داخلی در طبقه همکف و جنب واحد در آمد واقع شده است.

بخش داخلی شامل 17 اتاق و 24 تخت بستری می باشد. قابل ذکر است که اتاقهای بخش داخلی به جز اتاق 3 و 4 همگی 4 تخته اند اتاق 3 و 4 دو تخته می باشد. در واقع 3 و 4 اتاق ایزوله می باشد که روبه روی ایستگاه پرستاری می باشد. و بیشتر بیماران بدحال و ایزوله مورد استفاده قرار می گیرد.

اتاقهای بخش: اتاق درمان شامل: نوار قلب و پانسمان ورگ گیری میباشد. اتاق دارو و اتاق انبار و سرویسهای بهداشتی و حمام بیمار. اتاق منشی و استیشن پرستاری

بیماری های بخش داخلی: بخش داخلی پذیرش دهنده ی بیماران مبتلا به اختلالات داخلی , گوارشی و مغز و اعصاب است.

شایعترین بیماری های بخش داخلی عبارتند از: COPD و عفونت تنفسی و درد اپی گاستر , دیابت , مسمومیت , هیپاتیت A , UTI , سینوزیت , پیلونفریت و سیروز کبدی و بیماری های مغز و اعصاب شامل: سردرد , میگرن , صرع , , پارکینسون, ICH, CVA, TIA,

متخصصین بخش داخلی عبارتند از: آقای دکتر اردشیر اسفندیاری , خانم دکتر شیلا آقایی

متخصص مغز و اعصاب: آقای دکتر محسن طلایی

در ضمن مسئول فنی و رئیس بخش داخلی دکتر آقایی می باشد

روتین ساعت کاری در بخش داخلی شامل:

شیفت صبح از ساعت 7:45 تا 14:00 عصر از ساعت 13:45 تا 20:00 هر کدام 6 ساعت و شیفت شب از ساعت 19:45 تا 8:00 صبح که 18 ساعت محاسبه میگردد.

پرسنل بخش داخلی و شیوه ی تقسیم کار:

تعداد پرسنل بخش داخلی در شیفت های مختلف متفاوت است که به شرح زیر می باشد:

شیفت صبح: 1 نفر سر پرستار, 1 نفر استاف, 2 نفر پرستار, 1 نفر منشی, 1 نفر خدمه

شیفت عصر: 2 نفر پرستار و 1 نفر خدمه

شیفت شب: 2 نفر پرستار و 1 نفر خدمه

تعداد تخت تعریف شده در بخش داخلی

تعداد تخت تعریف شده در بخش داخلی 24 تخت می باشد که بخش داخلی شامل: 14 تخت می باشد و معز و اعصاب 10 تخت می باشد

تجهیزات بخش داخلی

الکتروشوک، لارنگوسکوپ، امبویگ، گلوکومتر، دستگاه فشارسنج، ترالی اورژانس و ترالی دارو، ECG، دستگاه کامپیوتر، ریاه سرم، خون، گوشی پزشکی، ترازو، چراغ اشعه، نبولایزر، کیسه ی اب گرم، دستگاه پالس اکسی متری، ساکشن سیار، کپسول اکسیژن سیار، کپسول آتشنشانی، سفتی باکس

پذیرش بیماران:

به 3 صورت انجام می شود 1. بیماران مستقیماً از درمانگاه تخصصی با پرونده ی بستری مراجعه و در بخش بستری می شوند

2. بیماران اورژانس با پرونده ی اورژانس و با پرستار اورژانس طی هماهنگی با پزشک متخصص و پرسنل پرستاری بخش، در بخش بستری می شوند

3. انتقال از سایر بخشهای بیمارستان و طبق مشاوره ی پزشک متخصص بخش و با هماهنگی توسط پرستار بخش به بخش داخلی منتقل میشود.

ترخیص بیماران: پرونده ی بیماران بعد از ویزیت پزشک و قید کردن دستور ترخیص

توسط پزشک، وچک کردن توسط پرستار مسئول و پس از نوشتن گزارش پرستاری و برگ آموزش به بیمار تسکین میشود. و پس از آموزشهای لازم توسط پرستار و پزشک به بیمار و همراه وچک و تکمیل پرونده توسط منشی به واحد ترخیص منتقا میشود. و بعد از آن همراه بیمار به واحد ترخیص جهت تسویه حساب راهنمایی میشود. و پس از تسویه و دریافت برگ ترخیص از بیمار یا همراه بیمار انزویکت خارج میگردد.

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : داخلی	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکتروشوک	1	بکاپ بخش مجاور (دیالیز)
2	دستگاه EKG	1	بکاپ بخش مجاور (اورژانس)
3	ساکشن سانترال دیواری	10	ساکشن پرتابل بصورت بکاپ داخل بخش
4	ترالی اورژانس	1	بکاپ بخش مجاور (دیالیز)
5	لارنگوسکوپ بزرگسال	1	بکاپ بخش مجاور (دیالیز)
6	لارنگوسکوپ اطفال	1	بکاپ بخش مجاور (دیالیز)
7	دستگاه گلوکومتر	2	بکاپ داخل بخش
8	چکش رفلکس	1	بکاپ بخش مجاور (اورژانس)
9	فلومتر اکسیژن سانترال	9	بکاپ داخل بخش
10	مانومتر کپسول اکسیژن	4	بکاپ داخل بخش
11	آمبویگ بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
12	آمبویگ اطفال	1	بکاپ بخش مجار (اورژانس)
13	دستگاه نبولایزر	2	بکاپ داخل بخش
14	بخور	1	بکاپ بخش (اورژانس)
15	اتوسکوپ	1	بکاپ بخش (اورژانس)
16	گوشی پزشکی	2	بکاپ داخل بخش
17	فشار سنج	2	بکاپ داخل بخش

بخش	دیالیز
-----	--------

رئیس بخش	بخش دیالیز: دکتر شیدا آقایی متخصص داخلی
مسئول بخش	خانم آهو امینی کارشناس پرستاری

بخش دیالیز در طبقه اول و دارای درب ورودی مجزا می باشد.

تعداد تخت فعال: بخش دارای 9 تخت فعال می باشد که یکی از تختها مختص بیماران هیپاتیت سی می باشد.

- دستگاه فرزنایوس: 4 دستگاه - دستگاه گمبرو: 2 دستگاه - دستگاه نیپرو: 2 دستگاه

- دستگاه بی بران: 1 دستگاه

دستگاه تصفیه آب بخش دیالیز: 1 دستگاه با مارک یورو تکنیک می باشد

تعداد پرسنل: سه نفر پرسنل پرستار (یک آقا و دو خانم) در بخش فعالیت می کنند و یک پرسنل خدماتی آقا نیز در بخش مشغول انجام وظیفه می باشد.

پزشکان آنکال: دو پزشک متخصص با تخصص بیماریهای داخلی (یک آقا و یک خانم) بیماران بخش را ویزیت می نمایند.

شرح وظایف در بخش دیالیز:

مددجویان قبل از مراجعه به این مرکز توسط نفرولوژیستهای بیمارستان امام رضا ویزیت شده و بعد از برقراری دسترسی عروقی مناسب توسط فوق تخصص عروق معمولا چند جلسه در بیمارستان فوق مورد همودیالیز قرار می گیرند سپس توسط نفرولوژیست به متخصص داخلی این مرکز معرفی شده و بعد از ویزیت با دستور دیالیز به بخش دیالیز مراجعه می نماید.

مددجو با در دست داشتن معرفی نامه پزشک متخصص داخلی آنکال بخش دیالیز و دیگر آزمایشات شامل آزمایشات آنتی ژنی و ... در مورد انواع دیالیز، تغذیه، مقررات بخش و غیره توضیحات لازم داده می شود و به ایشان نوبت داده می شود که باید در روز و ساعت نوبت داده شده مراجعه کرده و تحت همودیالیز قرار می گیرد.

انواع دیالیز و آنچه در این بخش رایج می باشد: دیالیز بر 2 نوع می باشد

1- همودیالیز 2- دیالیز صفاقی

- در این مرکز در حال حاضر فقط همو دیالیز انجام می شود.

-همودیالیز: دیالیز خونی به معنی فرایند تصفیه خون است. در دیالیز خونی، فرایند تصفیه در ماشینی خارج از بدن انجام می گیرد.

پزشک با روش جراحی یک دسترسی دائمی به جریان خون می سازد بنا بر این خون می تواند از طریق ماشین دیالیز خارج شده و به بدن باز گردد. این مناطق دسترسی، فیستول، کاتتر یا گرافت نامیده می شود.

در دیالیز خونی معمولا نیاز است که شما سه جلسه درمانی در هفته داشته باشید. هر جلسه معمولا بین 3 الی 5 ساعت بطول می انجامد. شما ممکن است برای به حداقل رساندن تجمع مواد زاید در بدنتان در فواصل روزهای بین جلسات درمانی، نیاز به محدودیت رژیم غذایی و مایعات مصرفی داشته باشید.

اکثر بیماران مبتلا به نارسایی کلیه می توانند با دیالیز خونی درمان شوند. بیماران همچنین باید قادر به تحمل تغییرات اساسی سطح سموم و فشار خون باشند.

دیالیز صفاقی: در دیالیز صفاقی از پرده صفاق که پرده ای طبیعی است و حفره شکم را می پوشاند استفاده می شود. پرده صفاق سوراخهای کوچکی دارد و بعنوان صافی عمل می کند. موای زاید و مایعات می توانند از طریق این پرده از بدن دفع شوند.

مایع دیالیز، از خلال لوله پلاستیکی نرم و کوچک به نام کاتتر دیالیز صفاقی، به حفره صفاق جریان می یابد.

کاتتر با یک جراحی کوچک داخل شکم گذاشته می شود. قسمت خارجی کاتتر از شکم بیرون مانده و زیر لباس قرار می گیرد و وسیله ای برای اتصال کیسه های مایع دیالیز فراهم می آورد.

در دیالیز صفاقی، فرایند دیالیز داخل شکم بیمار با استفاده از غشاء طبیعی صفاق بعنوان غشاء دیالیز انجام می گیرد. مویرگهای صفاق دارای تعداد زیادی منافذ کوچک است. این منافذ به صفاق اجازه می دهد تا بعنوان غشای دیالیز مورد استفاده قرار گیرد. خون از خلال عروق خونی به صفاق جریان یافته و از کنار منافذ عبور می کند. بنابراین آب و مواد سمی به آسانی می تواند از خلال منافذ عبور نمایند. به هنگام دیالیز حفره صفاق بعنوان مخزن مایع دیالیز مورد استفاده قرار می گیرد.

اکثر بیماران مبتلا به نارسایی کلیه می توانند با دیالیز صفاقی درمان شوند. موارد منع پزشکی خاص مانند جراحی بزرگ شکمی می تواند انجام دیالیز صفاقی را مشکل نماید.

اکثر افراد از قابلیت انعطاف و استقلال که با دیالیز صفاقی دارند، لذت می برند. افراد تحت دیالیز صفاقی می توانند زندگی طبیعی داشته باشند. تطبیق برنامه درمانی با کار، مدرسه یا برنامه سفر آسان است زیرا شما مسئول درمان خویش هستید.

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهيزات ضروری بخش : دیالیز	
فهرست تجهيزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهيزات جایگزین			
ردیف	نام تجهيزات	مقدار	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الكتروشوك	1	بكاپ بخش مجاور (داخلی)
2	ترالی احیاء	1	بكاپ بخش مجاور بخش اورژانس
3	دستگاه R/O	1	بكاپ ندارد
4	دستگاه همودیالیز فريزينوز	4	بكاپ داخل بخش
5	همودیالیز براون	2	بكاپ داخل بخش
6	همودیالیز گامبرو	1	بكاپ بخش مجاور
7	استابلایزر	2	بكاپ داخل بخش
8	استابلایزر R/O	1	بكاپ ندارد
9	فشار سنج دستی	2	بكاپ داخل بخش
10	ترازوی دیجیتال	1	بكاپ بخش اورژانس
11	ساکشن دیواری	2	بكاپ ساكش پرتابل داخل بخش
12	دستگاه همودیالیز نیپرو	2	بكاپ داخل بخش
13	دستگاه گلوکومتر	1	بكاپ داخل بخش
14	لارنگوسكوپ بزرگسال	1	بكاپ بخش مجاور اورژانس
15	آمبویگ بزرگسال	1	بكاپ داخل بخش
16	پالس اكسی متر انگشتی	1	بكاپ بخش اورژانس
17			
18			
19			
20			

واحد انبار دارویی بیمارستان در طبقه اول بیمارستان و در راهرو اصلی بعد از درب نگهداری واقع شده است. از دو قسمت پذیرش و انبار تشکیل شده است. در واحد انبار آقای فاروق علیخانی به عنوان مسئول فعالیت می نماید. ساعت کار انبار از ساعت 8 صبح تا 2 عصر می باشد.

شرح وظایف:

__ رعایت اصول اخلاقی و حرفه ای در وظایف محوله

__ همکاری با مسئول امور دارویی و تبعیت از دستورات مافوق

__ کنترل موجودی انبار و داشتن مسوولیت در قبال موجودی انبار

__ درخواست دارو براساس نیاز 3 ماهه از شرکتهای توزیع دارو

__ درخواست لوازم مصرفی پزشکی براساس نیاز 3 ماهه و کنترل کیفی آنها

__ نظارت بر روند تحویل داروهای وارده به انبار دارویی و کنترل تاریخ انقضا

__ آنها موقع تحویل از شرکت های دارویی

__ نظارت بر روند تحویل دارو و لوازم مصرفی به داروخانه و بخشهای داخلی

بیمارستان

__ انجام انبار گردانی 2 بار در سال

__ شرکت در کمیته های دارو و درمان و کمیته های مرتبط

__ مسئول (ADR) دریافت و ثبت گزارشات عوارض جانبی ناخواسته داروها و اطلاع رسانی به مراکز بالاتر

__ نظارت بر کار سیستم HIS در امور مرتبط و اعمال تعهدات بیمه ای دارو و لوازم مصرفی پزشکی و

بروزرسانی آنها در سیستم HIS

__ مسئول ثبت اسناد و حواله های ورودی و خروجی به انبار دارویی در نروافزار نوین مالی (حسابداری تعهدی) در خصوص دارو و لوازم مصرفی پزشکی

واحد درآمد	آقای ایوب فتحی
------------	----------------

واحد درآمد در طبقه اول بیمارستان و جنب بخش داخلی واقع شده است. واحد درآمد شامل چهار زیر مجموعه پذیرش بیماران بستری پذیرش بیماران سرپایی ترخیص و صندوق می باشد. پذیرش بیماران و صندوق در اورژانس و ترخیص روبروی واحد درآمد واقع شده است. مسئول واحد درآمد آقای ایوب فتحی می باشد که قبل از این در واحد آمار شبکه بهداشت و درآمد سبکه کار داشته است.

شرح وظایف:

نظارت بر روند تشکیل پرونده های بیماران

نظارت بر روند ترخیص پرونده ها

تحويل پرونده های بالینی از منشی بخشها

تحويل نسخه های ویزیت و نسخه های خدمات سرپایی از واحدهای پاراکلینیک

چک کردن نسخه های ویزیت و خدمات پاراکلینیک از نظر داشتن تاریخ ویزیت، تاریخ اعتبار، عدم خط خوردگی و مقایسه با مشخصات و خدمات ثبت شده در سیستم HIS

چک کردن پرونده های بالینی از نظر مشخصات، خدمات و داروهای ثبت شده در پرونده و سیستم HIS، تعداد ویزیت ها و گزارشات پرستاری

چک کردن تمام مورد ثبت شده در پرونده بیمار

تحويل پرونده ها به نمایندگان بیمه جهت نظارت بر خدمات و ویزیت و داروهای ثبت شده در پرونده

تحويل پرونده ها از نمایندگان بیمه و نظارت بر تغییرات اعمال شده و نوشتن گزارش ها

نظارت بر قیمت های ثبت شده در سیستم HIS و قیمت های وارد شده در پرونده

نظارت بر دریافت وجه در بیمارستان که فقط باید از طریق صندوق و در قبال دریافت قبض می باشد.

نظارت بر اجرای محاسبه کارانه پزشکان و پرستل در سامانه قاصدک و محاسبه میزان درآمد هر بخش

نظارت بر اجرای صحیح مصوبات تصویب شده در طرح تحول نظام سلامت از جمله 3 درصد تعرفه بیمه روستایی و 6 درصد سایر بیمه ها

قرار دادن آمار ماهیانه بیمارستان در اختیار تیم مدیریت اجرایی جهت تجزیه و تحلیل آمار ماهیانه و انجام برنامه اصلاحی

ارسال ماهیانه پرونده ها خدمات و برگه ویزیت ها به سازمان های بیمه گر

توجیه و آموزش پزشکان و پرستاران در مورد مقررات مالی تصویب شده در طرح تحول سلامت

بخش درمانگاه تخصصی	آقای ابراهیم محمدزاده
--------------------	-----------------------

واحد درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت رسول در طبقه اول بیمارستان واقع شده است و ورودی مجزا دارد.

درمانگاه تخصصی بیمارستان حضرت رسول از دیماه 93 با شروع طرح تحول نظام سلامت به طور کامل فعال شد و همه متخصصین شاغل در بیمارستان در شیفت صبح و عصر در درمانگاه ویزیت می نمایند. در این بخش واحد تغذیه فیزیوتراپی، اکو تست ورزش نوار قلب نوار مغز و نوار عضله آندوسکوپی مجاری فوقانی و گوارشی فعالیت دارند. ویزیت ماهانه در درمانگاه بصورت میانگین 11000 ویزیت می باشد و تمام خدمات و ویزیت ها در سیستم HIS ثبت می شود.

نوبت دهی در درمانگاه بصورت مراجعه حضوری و روزانه می باشد. با پیگیری مسئولان شبکه بهداشت و درمان و بیمارستان مقدمات راه اندازی نوبت دهی تلفنی انجام شده و از اسفندها بصورت کامل افتتاح خواهد شد.

بخش درمانگاه شامل 3 سالن می باشد که در سالن اول پزشکان متخصص ذیل فعالیت می نمایند.

متخصص اطفال و نوزادان	دکتر مولود حسینی
متخصص قلب	دکتر تیمور اذکات
متخصص قلب	دکتر پریسا احمدی
متخصص کلیه و مجاری ادراری	دکتر سید امین میر صادقی

بخش درمانگاه شامل 2 سالن می باشد که در سالن اول پزشکان متخصص ذیل فعالیت می نمایند.

متخصص زنان و زایمان	دکتر عاطفه طهموری
متخصص زنان و زایمان	دکتر سمیه ادابی
متخصص زنان و زایمان	دکتر جینا بهفر
متخصص ارتوپدی	دکتر محمود شریعتی
متخصص جراح عمومی	دکتر مجتبی فرهادی
متخصص جراح عمومی	دکتر فیروزه حسامی

بخش درمانگاه شامل 1 سالن می باشد که در سالن اول پزشکان متخصص ذیل فعالیت می نمایند.

متخصص مغز و اعصاب	دکتر محسن طلایی
متخصص داخلی	دکتر اردشیر اسفندیاری
متخصص داخلی	دکتر شیدا آقایی
متخصص چشم	دکتر فرشاد آدینه وند
متخصص اطفال و نوزادان	دکتر مرجان بشرزاد
متخصص روانپزشکی	دکتر سارا حجتی تبار

بخش فیزیوتراپی	بهاره خالدیان
----------------	---------------

فیزیوتراپی در ابتدای افتتاح این مرکز فعال بوده و خدمات فیزیوتراپی را به بیماران بستری در بخش های داخلی - جراحی و ICU - CCU طبق دستور پزشک متخصص در سطح فیزیوتراپی تنفسی و اندام ها ارائه می دادند که بعد راه اندازی درمانگاه تخصصی ، فیزیوتراپی سرپایی راه اندازی گردید که به دستگاه های الکتروتراپی (TENS ، IF ، Faradic ، IDC و ..) تجهیزات مکانوتراپی (چرخ شانه ، پاوالل بار ، دوچرخه ثابت و ..) و تجهیزات گرمایی (HP ، IR و ..) در غالب 4 تخت تجهیز گردید.

این واحد در تایم صبح به بیماران بستری و سرپایی خدمات فیزیوتراپی ارائه میدهد

فیزیوتراپیست های شاغل در این واحد

آقای بصیر خالدیان - خانم بهاره خالدیان

خدمات فیزیوتراپی را بصورت مجزا برای بیماران آقا و خانم ارائه میدهند

بخش	زنان و اطفال
-----	--------------

ریس بخش	بخش اطفال: دکتر مولود حسینی متخصص اطفال و نوزادان بخش زنان: دکتر عاطفه طهموری متخصص زنان و زایمان
مسئول بخش	خانم نازنین مومنی کارشناس پرستاری

بخش اطفال در طبقه دوم و روبروی بخش جراحی واقع شده است.

تعداد متخصصین بخش: 2 نفر متخصص اطفال 3 نفر متخصص زنان

تعداد پرسنل پرستاری: 1 نفر سرپرستار 1 نفر پرستار رسمی 2 نفر پرستار پیمانی 2 نفر پرستار شرکتی 5 نفر پرستار طرحی 1 نفر نیروی اضافه کار

تعداد پرسنل خدماتی: 3 نفر شرکتی 1 نفر قراردادی

تعداد منشی: 1 نفر رسمی

در شیفت صبح سرپرستار استف 2 نفر پرستار و یک نفر نیروی خدماتی حضور دارند و در شیفت عصر 2 پرستار و یک نفر نیروی خدماتی حضور دارد.

تعداد اتاق های بخش: 13 اتاق زنان - 12 اتاق اطفال - 2 اتاق نوزادان - 1 اتاق نوار قلب - 1 اتاق دارو - 1 اتاق پانسمان - 1 اتاق رگ گیری - 1 انبار البسه - 1 انبار بخش - 1 تی شویی - 2 عدد دستشویی بیمار - 1 دستشویی پرسنل - 1 حمام بیماران - 1 حمام پرسنل - 2 عدد توالت فرنگی - 1 آبدارخانه - 1 ایستگاه پرستاری.

تعداد تخت ها: 12 تخت زنان - 8 تخت اطفال - 4 تخت اکسترا اطفال - 8 تخت نوزادان (که شامل 6 تخت فتوتراپی و تخت احیا)

انواع بیماری های شایع بستری در بخش: ایکتر - پنومونی - تشنج - گاستروانتریت - عفونت ادراری - فاویسم - تب - سلولیت - دیسترس تنفسی - سزارین - کورتاژ - کیست تخمدان - لاپاراتومی - هیستریکتومی - CRP-RP

پذیرش بیمار: بیماران بخش زنان که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند طی تماس تلفنی از اتاق عمل توسط پرستار بخش تحویل گرفته میشوند.

پذیرش بیماران آماده عمل: یک روز قبل از عمل تشکیل پرونده داده شود کارهای اولیه آزمایشات لازم و آموزشهای قبل از عمل به بیمار و همراه بیمار داده شود.

پذیرش بیمار اطفال: بیماران اطفال و نوزادان به 3 روش در بخش بستری می شوند. بیماران در مانگاه با پرونده بستری و به همراه خانواده مراجعه و بستری میشوند. بیماران اورژانس با پرونده اورژانس و به همراه پرستار اورژانس و طی هماهنگی با پزشک متخصص و پرسنل بخش در بخش بستری می شوند. نوزادان بستری از آزمایشگاه با پرونده بخش و همراه با مامای کشیک و طی هماهنگی با پزشک متخصص و پرسنل پرستاری شیفت مربوطه به بخش انتقال داده میشود.

ترخیص بیماران: پرونده بیماران بعد از ویزیت پزشک و قید کردن order ترخیص توسط پزشک - order ترخیص توسط پرستار مسئول بیمار چک و گزارش پرستاری و آموزش به بیمار تکمیل می شود و آموزش های لازم توسط پرستار و پزشک به بیمار یا همراه بیمار داده میشود. بعد از آن پرونده در سیستم HIS توسط سرپرستار بخش

یا جانشین ایشان چک و توسط منشی به واحد ترخیص انتقال داده میشود و بعد از آن همراه بیمار را به واحد ترخیص راهنمایی میکنیم. در صورت تحویل برگه ترخیص

IV LIN بیمار DC خواهد شد.

شرح وظایف پرسنل:

- 1- حضور کلبه پرسنل شیفت قبل وبعد از شیفت هنگام تحویل بیماران بصورت بالینی در شیفت های شب و صبح عصر و صبحکار
- 2- شیفت بصورت کامل تحویل داده شود در غیر این صورت پرسنل شیفت قبل باید جوابگو باشند.
- 3- تحویل وسایل و تجهیزات بخش بعد از اتمام شیفت طبق دفتر چک تجهیزات در هر نوبت کاری.
- 4- دفتر پیگیری بخش بصورت کامل و مرتب تحویل داده شود و مشکلات بخش در انتهای گزارش قید شود.
- 5- تمام گزارشات پرستاری با توجه به فرم نصب شده در ایستگاه پرستاری 2 مهره شود.
- 6- به ازای هر شیفت جابجایی برگه جابجایی کامل شود .
- 7- نظارت بر کار خدمات بخش طبق برنامه نظافت آنها و در صورت قصور در شیفت عصر و شب با سوپروایزر تماس گرفته شود.
- 8- دقت کامل به فرم های داخل ایستگاه پرستاری ارائه شده توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی.
- 9- در صورت غیاب سرپرستار استعفای بخش و مسئول شیفت جایگزین ایشان میباشد.
- 10- چیدمان مرتب جلد پرونده بیماران زنان و اطفال به ترتیب سبز و قرمز.
- 11- مطالعه در مورد اعتبار بخشی بیمارستان و موارد موجود در درایو S توسط تمام پرسنل بخش.
- 12- مرتب تحویل دادن اتاق دارو و رگ گیری و یخچال داروها ترالی ایستگاه پرستاری.
- 13- کامل کردن مشخصات کامل برگه علایم حیاتی بر بالین بیماران و 2 مهره کردن برگه ثبت علایم حیاتی در هر شیفت کاری.
- 14- نوشتن برگه پاس ساعتی و یا مرخصی توسط تمام پرسنل بخش در مواقع استفاده از مرخصی یا پاس ساعتی تحویل آن به سرپرستار بخش.
- 15- در صورتی که کیفیت بخش از هر نظر پائین بیاید بر روی پرداختی کل پرسنل تاثیر بسزائی دارد.

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش :	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	انکوباتور	2	انکوباتور پرتابل بکاپ داخل بخش
2	دستگاه فتو تراپی 4 لامپ	3	بکاپ داخل بخش
3	فتو تراپی 8 لامپ	1	بکاپ داخل بخش
4	فتو تراپی 16 لامپ	1	بکاپ داخل بخش
5	ساکشن بزرگسال	1	بکاپ بخش مجاور
6	تخت CPR	1	
7	پالس اکسی متری	1	
8	دستگاه الکتروشوک	1	
9	بخور	1	
10	نبولایزر	1	
11	کات نوزادان	14	
12	ترازوی نوزادان دیجیتال	1	
13	ترازوی اطفال و بزرگسالان	1	
14	گلوکومتر	1	
15	لارنگوسکوپ بزرگسال و اطفال	3	
16	آمیبیگ نوزاد	2	
17	آمیبیگ بزرگسال	1	
18	دستگاه EKG	1	
19	نگاتوسکوپ	1	
20	چراغ قوه	1	

بخش	جراحی عمومی
-----	-------------

رئیس بخش	دکتر مجتبی فرهادی متخصص جراحی عمومی
مسئول بخش	آقای تیمور رحیمی کارشناس پرستاری

بخش جراحی در طبقه دوم و روبروی بخش اطفال واقع شده است..

تعداد پرسنل بخش : 16 نفر . 7 پرستار آقا و 4 پرستار خانم . 1 نفر منشی و 3 نفر نیروی خدماتی .

تعداد پرستاران رسمی ، یک نفر، پیمانی یک نفر ، شرکتی سه نفر ، طرح 5 نفر و یک نفر پرستار پیام آور

تعداد پزشکان : 2 نفر متخصص جراحی عمومی . 3 نفر متخصص زنان . 1 نفر متخصص اورولوژی . 1 نفر متخصص گوش و حلق و بینی . یک نفر متخصص چشم 1

تعداد تخت به تفکیک پزشکان :

جراحی عمومی : 6 تخت ENT : 4 تخت چشم : 3 تخت اورولوژی : 4 تخت زنان : 3 تخت ارتوپدی : 4 تخت

تعداد اتاق های بیماران بستری : 2 اتاق آقایان . 2 اتاق ایزوله 3 اتاق خانم ها

تعداد : 2 اتاق پاییون آقایان و خانم ها . 4 دشتشویی بیماران و پرسنل 2 حمام بیمار و پرسنل 1 آشپزخانه 1 اتاق انبار 1 اتاق دارو و درمان . 1 اتاق پانسمان 1 اتاق البسه .

بستری ها و عمل های شایع بخش جراحی :

چشم : فیکو . گل مژه . ناخنک . عمل جراحی خارج کردن اجسام خارجی . شالاز یون .

اورولوژی : TUL ، پروستاتکتومی ، واریکوسلکتومی ، خروج DJ ، مه آتوتومی . هیپوسپادیازیس . یورتروپلاستی . سیستوسکوپی ، ختنه و ...

زنان : افزایش BP ، ماستیت ، پره اکلایمپسی و ، Hyperemesis gravidarum ...

ENT : تانسیلکتومی ، کنترل خونریزی ، رینوپلاستی ، سپتوپلاستی ، جاندازی بینی ، خروج اجسام خارجی حلق و بینی ، و جراحی های صورت و بریدگی های صورت ، ...

جراحی عمومی : آپاندکتومی ، کله سیستکتومی ، هرنی ، جراحی ناخن گوشتی ، جراحی لیپوم و توده های موضعی ، جراحی های انسداد روده

ارتوپدی : گچ گرفتگی ، جاندازی شکستگی وبخیه ناحیه دست و پا

نحوه ی پذیرش مددجو : مددجویان بعد از تشکیل پرونده جهت عمل جراحی به بخش مراجعه نموده و متناسب با نوع عمل مددجو ، آزمایشات روتین و نوار قلب و CXR و KUB انجام می شود و آموزشهای قبل از اتاق عمل به مددجویان داده شده و توصیه می شود تا از ساعت 12 شب قبل از عمل NPO باشند . صبح روز عمل آموزشهای حین بستری داده شده و از مددجو تاریخچه ی قبل از اتاق عمل انجام شده و در برگه ی اتاق عمل نوشته شده و از مددجو بر حسب سن و شرایط خاص Line با سایز مختلف گرفته شده و بعد از هماهنگی لازم به اتاق عمل فرستاده می شود .

=====

بخش جراحی شامل: 24 تخت است که 8 تخت آقایان، 12 تخت خانمها و 4 تخت ایزوله می باشد.

شامل 7 اتاق است که:

الف: اتاق های شماره 1 و 2، اتاق بیماران بستری آقایان می باشد.

ب: اتاق های شماره 3 و 4 اتاق بیماران ایزوله می باشد.

ج: اتاق های شماره 5 و 6 و 7، اتاق بیماران بستری خانم می باشد.

بخش جراحی در حال حاضر دارای یک پزشک متخصص جراحی عمومی (دکتر مجتبی فرهادی)، یک پزشک متخصص گوش و حلق و بینی (دکتر حسین محمدی)، دو پزشک متخصص زنان (دکتر عاطفه طهموری و دکتر سمیه ادایی)، یک پزشک متخصص چشم (دکتر فرشاد آدینه وند)، یک پزشک متخصص کلیه و مجاری (دکتر سید امین میر صادقی) می باشد.

شرح وظایف پرستاران بخش جراحی:

1. ترالی هر روزه چک گردد.
2. تقسیم بیمار بر اساس case method باشد.
3. آنژیوکت بیماران دارای تاریخ و ساعت و همچنین نام فرد انجام دهنده ی پروسیجر باشد و بعد از 72 ساعت تعویض شود.
4. ست های سرم دارای برچسپ مشخصات بوده و بعد از 48 ساعت تعویض گردد.
5. نام و مشخصات هر بیمار و شماره تخت بیمار در مورد و در بالین ثبت شده باشد.
6. برگه ی چارت علایم حیاتی بر بالین بیمار باشد و بعد از ترخیص ضمیمه ی پرونده گردد.
7. تحویل هر نوع وسیله متعلق به بخش به سایر بخش ها همراه با دریافت رسید باشد.
8. دادن دارو حتما با ترالی مخصوص دارو انجام شود.
9. از دادن سرنگ و سر سوزن های آلوده به همراه بیماران جهت انداختن در safety box اکیدا خودداری شود.
10. گزارش پرستاری با خط خوانا نوشته شود و داروهای ذکر شده در برگه گزارش پرستاری تیک زده شده و در پایان با مهر و امضا بسته شود.
11. Order پزشک به دقت چک شده، تیک زده شده و در پایان با ذکر تاریخ و ساعت انجام آن بسته شود.
12. جواب آزمایشات، سونوگرافی و سایر پیگیری ها بلافاصله به پزشک مربوطه اطلاع داده شود.
13. برای بیماران آماده عمل علاوه بر پیگیری جواب آزمایشات، نوار قلب و گرافی، گروه خون نیز چک شود.
14. به بیماران آماده عمل نکات زیر تذکر داده شود:

الف: از ساعت 10 شب NPO باشند. ب: محل عمل جراحی را shave نمایند.

ج: برگه ی آموزش قبل از عمل به بیماران داده شود. د: ساعت 7 و 30 دقیقه صبح در بخش حضور داشته باشند.

15. برگه ی قبل از عمل در پرونده بیمار تکمیل گردد.
16. در برگه گزارش پرستاری BP بیمار و ساعت تحویل مددجو به اتاق عمل ذکر شود.
17. بیماران با BP بیشتر از 160/90 و کمتر از 90/60 OR تحویل گرفته نشود.
18. هنگام تحویل مددجو به OR موارد زیر ذکر شود: محل عمل shave باشد. NPO بودن یا نبودن بیمار مشخص باشد. اتیکت مشخصات و نوع عمل جراحی داشته باشد.
- وسایل اضافی و دندان مصنوعی و زیور آلات نداشته باشد.
19. از انداختن پیستون سرنگ به داخل safety box خودداری شود.
20. گزارش پرستاری و برگه ی چارت خوانا باشد.
21. پرونده ی بیمار ترخیص شده تحویل منشی بخش گردد.
22. قبل از ارسال نمونه ی آزمایشات بیماران به آزمایشگاه از بودن برچسپ مشخصات بر روی آن اطمینان حاصل شود.

23. درخواست آزمایشات مطابق order پزشک باشد و در غیر این صورت مطابق روتین بخش انجام شود.
24. برای بیماران بالای 40 سال نوار قلب و برای بیماران بالای 60 سال علاوه بر نوار قلب ، CXR نیز درخواست گردد.
25. مسئول شیفت عصر و شب بر کار و نظافت نیروهای خدماتی نظارت داشته باشد.
26. حضور پرستاران در شروع شیفت های کاری به موقع بوده و تحویل شیفت در بالین بیمار انجام شود.
27. پرستاران دارای لباس فرم مناسب و اتیکت باشند.
28. مسئولیت بخش در شیفت های عصر و شب بر عهده ی مسئول شیفت می باشد.
29. همکاری و مشارکت در برنامه ی اعتبار بخشی و ارتقا کیفی بیمارستان و همچنین حضور در کلاس های مربوطه برای تمامی پرسنل بخش الزام می باشد.
30. اطلاع رسانی به بیماران در مورد حقوق بیمار بستری در بخش .
31. تکمیل نمودن فرم خطاهای پزشکی در شیفت مربوطه در صورت بروز خطا .
32. همکاری با سایر بخش ها و مسئولین بیمارستان
33. چک کردن لیست تجهیزات موجود در بخش .
34. توجه به داروهای پر خطر بخش. (تمامی داروهای مخدر ، دیگوکسین ، انسولین ، ترکیبات تغذیه کامل وریدی، اولین دوز آنتی بیوتیک ها ، کلرور پتاسیم ، خون و فر آورده های خونی حتما توسط دو پرستار مهر و امضا شود .
35. توجه و رعایت 9 اصل ایمنی بیمار
36. توجه و رعایت احتیاط های استاندارد برای تمامی بیماران .
37. توجه و رعایت شستشوی صحیح دست قبل و بعد از دارو درمانی .
38. توجه و آگاهی به موضوعات اعتبار بخشی بیمارستان .
39. برگه ی درخواست رادیولوژی ، اکو کاردیو گرافی ، سونوگرافی و سی تی اسکن تکمیل شده و دارای مهر بخش و پرستار باشد .
40. ارسال آمار بخش (تعداد بیماران مربوط به هر پزشک به صورت جداگانه ، تعداد بیماران آماده عمل) به مسئول بخش .
41. درج تاریخ بر روی safety box و بستن درب آن و تحویل به نیروی خدمات جهت دفع صحیح بعد از 72 ساعت و یا پر شدن 2/3 آن.
- 42.

در بیماران آماده عمل

زیر 40 سال : CBC diff,BS,BG,Rh

40 تا 60 سال : ECG,CBC diff,BS,BG,RH,BUN,CREA,

بالای 60 سال : ECG,CXR,CBC diff,BS,BG,Rh,BUN,CREA,PT,PT

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : جراحی	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکتروشوک	1	بکاپ بخش مجاور (POST CCU)
2	ساکشن سانترال دیواری	0	بکاپ ساکشن پرتابل داخل بخش
3	مانومتر	8	بکاپ داخل بخش
4	فلومتر اکسیژن سانترال	0	
5	ترالی اورژانس	1	بکاپ بخش مجاور (POST CCU)
6	آمبوبگ بزرگسال	1	بکاپ داخل بخش
7	لارنگوسکوپ اطفال	1	بکاپ داخل بخش
8	لارنگوسکوپ بزرگسال	1	بکاپ داخل بخش
9	فشارسنج	2	بکاپ داخل بخش
10	گوشی پزشکی	2	بکاپ داخل بخش
11	فشارسنج اطفال	2	بکاپ داخل بخش
12	گلوکومتر	1	بکاپ داخل بخش
13	دستگاه EKG	1	بکاپ بخش مجاور (POST CCU)
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

بخش	اتاق عمل
-----	----------

رئیس بخش	آقای دکتر سید سعید قانعی متخصص بیهوشی
مسئول بخش	آقای مسعود نیکرادی کارشناس پرستاری

در طبقه دوم بیمارستان و جنب بخش CCU واقع شده است..

اتاق عمل بیمارستان جوانرود در سال 1380 همزمان با افتتاح بیمارستان فعالیت خود را شروع کرد و در آن تا کنون اعمال جراحی عمومی، زنان و زایمان، ارتوپدی، ای ان تی (ENT)، اورولوژی، چشم انجام شده است.

این اتاق عمل دارای سه اتاق عمل جراحی، اتاق گچ گیری، ریکاوری میباشد. در حال حاضر دارای جراحی عمومی، زنان و زایمان، اورولوژی، چشم و ای ان تی (ENT) ارتوپدی میباشد.

نیز دارای متخصصین مربوطه جراحی به علاوه متخصصین هوشبری است که جمعا در حال حاضر سه متخصص بیهوشی، دو جراح عمومی، سه جراح زنان و زایمان، یک جراح اورولوژی، یک جراح چشم، یک جراح ای ان تی (ENT) و یک جراح ارتوپدی میباشد.

پرستل آن شامل سرپرستار، استاف، چهارده تکنسین اتاق عمل، یک منشی، هشت تکنسین هوشبری و یک نفر ریکاوری میباشد.

از این تعداد پنج نفر رسمی قطعی (چهار تکنسین اتاق عمل و یک تکنسین هوشبری)

شش نفر رسمی پیمانی (سه نفر تکنسین اتاق عمل و سه نفر تکنسین هوشبری)

سه نفر قراردادی (دو نفر تکنسین اتاق عمل و یک نفر تکنسین هوشبری)

هشت نفر شرکتی (پنج نفر تکنسین اتاق عمل و سه نفر تکنسین هوشبری)

دو نفر نیروی طرحی (یک نفر تکنسین اتاق عمل و یک نفر تکنسین هوشبری)

یک نفر منشی و یک نفر (CSR) سی اس آر (کارشناس پرستاری اتاق عمل)

این اتاق عمل با اعمال جراحی ماهیانه متوسط پانصد عمل جراحی منطقه اورامانات را پوشش میدهد.

اعمال جراحی شایع در این اتاق عمل اعمالی از قبیل کله سیستکتومی، آپاندکتومی، هرنی، هموروئید، سینوس پیلونیدال، تی یو ال (TUL)

سزارین، رینوپلاستی، لوزه، فیکور، پروپینگ، ناخنک چشم و ... میباشد.

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : اتاق عمل	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	ردیف	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکترو شوک	1	بکاپ بخش مجاور (CCU)
2	ساکشن سانترال (مرکزی)	3	ساکشن پرتابل (سیار) بکاپ داخل بخش
3	پالس اکسی متر	2	بکاپ داخل بخش
4	مانیتور علایم حیاتی	3	مانیتور پرتابل (سیار) بکاپ داخل بخش
5	چراغ سیالیتیک	3	بکاپ در انبار مستعملات تجهیزات پزشکی
6	وارمر نوزاد	2	بکاپ داخل بخش
7	اتوکلاو	2	بکاپ داخل بخش
8	تخت جراحی	5	بکاپ داخل بخش
9	دریل	2	بکاپ داخل بخش
10	لارنگوسکوپ بزرگسال	3	بکاپ داخل بخش
11	لارنگوسکوپ اطفال	2	بکاپ داخل بخش
12	آمبویگ اطفال	2	بکاپ داخل بخش
13	آمبویگ بزرگسال	3	بکاپ داخل بخش
14	فشار سنج پایه دار	1	فشارسنج پرتابل (سیار) بکاپ داخل بخش
15	نگاتوسکوپ	3	بکاپ داخل بخش
16	تخت 3 شکن دستی	2	بکاپ داخل بخش
17	تخت الکتریکال	2	بکاپ داخل بخش
18	دستگاه اشعه U/V	2	بکاپ داخل بخش
19	دستگاه گرافی پرتابل	1	بکاپ داخل بخش رادیولوژی
20	پاراوان سربی	1	بکاپ داخل بخش رادیولوژی

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوازرو		تجهيزات ضروري بخش : اتاق عمل	
فهرست تجهيزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروري و پيش بينی تجهيزات جایگزین			
ردیف	نام تجهيزات	ردیف	بخش جایگزین و پشتیبان
21	ساکشن پرتابل	2	بکاپ داخل بخش
22	سیستوسکوپ	1	بکاپ ندارد
23	منبع نور سرد	1	بکاپ داخل واحد درمانگاه تخصصی

بخش	ICU CCU
-----	---------

رئیس بخش	بخش CCU: دکتر تیمور ازکات متخصص قلب و عروق بخش ICU: دکتر پیمان رحمانی متخصص بیهوشی
مسئول بخش	آقای صلاح رضایی کارشناس پرستاری

بخش ICU-CCU در طبقه دوم و جنب بخش اتاق عمل واقع شده است.

تعداد یازده پرسنل پرستاری 3 خانم و 8 آقا که شامل 2 نیروی طرحی - 2 نیروی شرکتی 6 نیروی رسمی و 1 نیروی قراردادی
تعداد 3 نفر نیروی خدماتی

تعداد 6 تخت 4/5 تخت CCU و 1/5 تخت ICU

تمامی پزشکان اعم از قلب - بیهوشی - داخلی - جراحی - چشم - زنان - ارولوژی - ENT و سایر تخصص ها در سرویس ICU در این بخش مریض پذیرش میدهند .
در CCU دکتر ازکات و دکتر احمدی مریض پذیرش میدهند

بیماریهای شایع بخش - در - MI - CCU - IHD - و
LOC - سزارین - پنومونی - COPD - لاپاراتومی - سقوط - CVA -

نحوه پذیرش - ابتدا بیمار با هر کدام از بیماریهای فوق به اورژانس یا درمانگاه مراجعه مینماید و بعد از تشخیص بیماری و هماهنگی با دکتر قلب یا بیهوشی یا سایر تخصص ها جهت بیمار
پرونده تشکیل و بیمار به بخش مراجعه می نماید و در بدو پذیرش کیف بیمار تحویل مددجو و به تخت مربوطه راهنمایی و آموزشهای لازم در خصوص بیماری و بخش و پرسنل به بیمار
و همراه داده میشود سپس بیمار به مانیتورینگ وصل و نوار قلب اخذ می شود.
شود. سایر دستورات طبق دستور پزشک کاردکس و در ساعات مشخص به بیمار داده می شود. ادامه درمان در حین بستری داده می شود. بعد از ترخیص آموزشهای بعد از ترخیص و زمان
مراجعه بعدی به بیمار همراه داده می شود

شرح وظایف به طور کلی ..

پذیرش به بیمار

دارو درمانی

مانیتورینگ

نوار قلب

گزارش پرستاری

چک V/S هر 2 ساعت

ارسال و پیگیری آزمایشات

اخذ گرافی

سونوگرافی

اشنایی با ونتیلاتور

ساکشن

اکسیژن تراپی

تغییر پوزیشن

اشنایی با D.C شوک

اشنایی با ترالی

اشنایی با بیماری های قلبی ونحوه درمان

اشنایی با تزریق S.K

جلوگیری از زخم بستر

CPR

اخذ اکو

HTN-LBBB-RBBB - MI - ACS

IHD - آمبولی و ادم ریه

بیماریهای شایع بستری در بخش CCU

LOC - CVA - COPD - کاهش

لاپاراتومی

بیماریهای شایع بستری در بخش ICU

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش :CCU/ICU	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	ردیف	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکتروشوک	1	بکاپ داخل بخش مجاور (اتاق عمل)
2	دستگاه نوارقلب	1	بکاپ داخل بخش مجاور(جراحی)
3	مانیتورینگ بیمار	6	بکاپ داخل بخش
4	ونتیلاتور	4	بکاپ داخل بخش
5	ساکشن پرتابل	2	بکاپ داخل بخش
6	ساکشن سانترال	6	ساکشن پرتابل بصورت بکاپ داخل بخش
7	سرنگ پمپ	5	بکاپ داخل بخش
8	سرم پمپ	2	بکاپ داخل بخش
9	تشک مواج	4	بکاپ داخل بخش
10	تخت بستری برقی	4	بکاپ داخل بخش
11	فلومتر اکسیژن سانترال	6	بکاپ داخل بخش
12	آمبویگ بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
13	آمبویگ اطفال	1	بکاپ داخل بخش مجاور (اطاق عمل)
14	لارنگوسکوپ اطفال	1	بکاپ داخل بخش مجاور (اطاق عمل)
15	لارنگوسکوپ بزرگسال	1	بکاپ داخل بخش مجاور (اطاق عمل)
16	اتوسکوپ	1	بکاپ داخل بخش مجاور(جراحی)
17	ترالی احیا	1	بکاب داخل بخش مجاور (اتاق عمل)
18	گلوکومتر	2	بکاپ داخل بخش مجاور(جراحی)
19			
20			

بخش	POST CCU
-----	----------

رئیس بخش	دکتر تیمور ازکات متخصص قلب و عروق
مسئول بخش	آقای پیمان قادری کارشناس پرستاری

تعداد پرسنل شاغل	10
تعداد تخت فعال	6

شايع ترين بيماري هاي بستري در بخش
MI, ACS, HF, PE, کاردیومیوپاتی، مسمومیت با وارفارین، پره اکلامپسی

بخش POST CCU در طبقه دوم و مابین بخش جراحی اطفال واقع شده است.

نحوه تحویل بیمار از بخش CCU:

پس از هماهنگی بخش CCU بیماران توسط پرسنل این بخش به POST CCU انتقال می یابند. پس از تحویل بیمار تحت مانیتورینگ قرار می گیرند. دستورات دارویی بیمار اجرا می شود. توسط پرستار آموزش های لازم داده می شود. شرح حال از مددجو گرفته می شود. گزارش پرستاری نوشته می شود. پیگیری های لازم انجام می شود.

نحوه پذیرش از سایر بخش ها :

ابتدا بیمار با هر کدام از بیماریهای فوق به اورژانس یا درمانگاه مراجعه مینماید و بعد از تشخیص بیماری و هماهنگی با دکتر قلب یا بیهوشی یا سایر تخصص ها جهت بیمار و بیمار به بخش مراجعه می نماید و در بدو پذیرش کیف بیمار تحویل مددجو و به تخت مربوطه راهنمایی و آموزشهای لازم در خصوص بیماری و بخش و پرسنل به بیمار و همراه داده میشود سپس بیمار به مانیتورینگ وصل و نوار قلب اخذ می شود. IV LINE از بیمار گرفته و آزمایشات درخواستی ارسال می شود. سایر دستورات طبق دستور پزشک کاردکس و در ساعات مشخص به بیمار داده می شود. ادامه درمان در حین بستری داده می شود. بعد از ترخیص آموزشهای بعد از ترخیص و زمان مراجعه بعدی به بیمار همراه داده می شود.

شرح وظایف پرستاران POST CCU ...

پذیرش به بیمار

تحویل بالینی بیمار

دارو درمانی

مانیتورینگ

اخذ نوار قلب

گزارش پرستاری

چک V/S هر 2 ساعت

ارسال و پیگیری آزمایشات

درخواست سونوگرافی

درخواست اکو

ساکشن

اکسیژن تراپی

آشنایی با D.C شوک

آشنایی با توالی

آشنایی با بیماری های قلبی و نحوه درمان

تحویل بیمار از بخش های دیگر و درمانگاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : POST CCU	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	دستگاه الکتروشوک		بکاپ داخل بخش مجاور (بخش جراحی)
2	دستگاه نوار قلب		بکاپ داخل بخش مجاور (بخش جراحی)
3	مانیتورینگ بیمار		بکاپ داخل بخش CCU
4	ترالی احیاء		بکاپ داخل بخش مجاور (بخش جراحی)
5	ساکشن پرتابل		بکاپ داخل بخش مجاور (بخش جراحی)
6	سرنگ پمپ		داخل بخش
7	پایه سرم		داخل بخش
8	گوشی پزشکی		داخل بخش
9	فشارسنج بزرگسال		داخل بخش
10	آمبویگ بزرگسال		داخل بخش
11	آمبویگ اطفال		داخل بخش
12	لارنگوسکوپ اطفال		داخل بخش
13	لارنگوسکوپ بزرگسال		داخل بخش
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

بخش	بلوک زایمان
-----	-------------

رییس بخش	دکتر عاطفه طهموری
مسئول بخش	خانم زینب مرادی کارشناس مامایی

بلوک زایمان در طبقه دوم بیمارستان واقع شده است.

18 اتاق LDR در بلوک زایمان با مجهزترین دستگاهها و تجهیزات مطابق استانداردها وجود دارد.

16 نفر کارشناس مامایی در بخش حضور دارند که در هر شیفت 3 ماما به صورت شیفت در گردش فعالیت می نمایند و به مردم خدمت رسانی می کنند.

3 نفر پرسنل خدماتی به صورت شیفت در گردش در هر شیفت حضور دارند و یک نفر منشی بصورت صبحکار از ساعت 8 تا 2 در بخش حضور دارد.

در بیمارستان 3 نفر متخصص زنان و زایمان طبق برنامه آنکالی مشخص شده در طول ماه در بخش فعالیت می نمایند.

با شروع طرح تحول نظام سلامت و با اجرای تصمیمات و سیاست های وزارت بهداشت و ایجاد فرهنگ سازی لازم در بستر جامعه و رایگان شدن زایمان طبیعی خوشبختانه زایمان بصورت انجام سزارین به کمتر از 30 درصد کاهش یافته و در متوسط حدود 240 مورد زایمان در بلوک زایمان فقط در حدود 60 مورد زایمان بصورت سزارین می باشد که با تلاش و کوشش مدیران بهداشت و درمان شهرستان و افتتاح بلوک زایمان جدید مطابق استانداردهای وزارت بهداشت و ترویج زایمان طبیعی در سطح شهرستان در آینده ای نزدیک زایمان به صورت سزارین به کمتر از 30 درصد کاهش خواهد یافت.

شرح وظایف بخش بلوک زایمان:

تربیت مادران باردار و مراجعه کننده به بلوک زایمان

ویزیت مادران باردار تا 40 روز پس از زایمان توسط متخصص زنان / ماما

قرار دادن اتاق LDR اختصاصی برای هر مادر باردار

ارائه مراقبتهای معمول لیبر و زایمان مرحله اول، دوم، سوم و چهارم زایمان برای مادران باردار به طور کامل و صحیح

ارایه مراقبت مستمر به مادران تا دو ساعت پس از زایمان *طبق دستورالعمل ابلاغی**

آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش های بی دردی / کاهش درد و بکارگیری حداقل یکی از روش های بی دردی / کاهش درد براساس تمایل مادر

آگاهی کارکنان بلوک زایمان به دستورالعمل آموزش خود مراقبتی مادران و ارائه آموزش به زبان ساده و قابل فهم به مادران توسط ماما / پزشک

توضیحات و آموزشهای لازم در زمینه نحوه زایمان، روش های کاهش درد زایمان، مراقبتهای نوزاد به مادران بارداری قبل از زایمان، اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر

با نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما ارایه می شود

پزشک / ماما آموزشهای لازم را در خصوص مراقبتهای مادر پس از زایمان، در خصوص زمان خروج از تخت علایم خطر بهداشت فردی، میزان فعالیت و تغذیه نحوه مراقبت از محل

اپیزیوتومی به صورت شفاهی به زبان قابل درک به وی ارایه مینماید.

آگاهی کارکنان به مقدار آموزشی مراقبت از نوزاد و ارائه آموزشهای لازم در خصوص مراقبت از نوزاد به مادران پس از تولد و ثبت آموزشهای ارائه شده به مادر در خصوص نحوه مراقبت

از نوزاد در پرونده

شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد مطابق با فرایند تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد و استفاده از مچ بند شناسایی برای مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر و ثبت مشخصات مربوط به

نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد به همراه نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر در اولین فرصت پس از تولد و انتقال هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان

آگاهی کارکنان به ابزار بررسی کیفیت خدمات بخش زایمان و دستورالعمل خودمراقبتی مادران و بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم و گذراندن دوره احیای نوزاد به صورت سالانه

فراهم ساختن امکان برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، آموزش مادران در مورد اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر

نوشتن گزارش مامایی مطابق استانداردها و پرکردن تمام برگه های پرونده طبق دستورالعمل

ثبت تعداد تولدها بصورت روزانه در سامانه ایمان و صادر کردن گواهی ولادت تا پایان وقت اداری

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود		تجهیزات ضروری بخش : بلوک زایمان	
فهرست تجهیزات پزشکی سالم جهت ارائه خدمات ضروری و پیش بینی تجهیزات جایگزین			
ردیف	نام تجهیزات	تعداد	بخش جایگزین و پشتیبان
1	ترالی احیا	1	بکاپ بخش (CCU)
2	ساکشن سانترال دیواری		بکاپ ساکشن پرتابل داخل بخش
3	فلومتر اکسیژن سانترال		بکاپ داخل بخش
4	مانومتر اکسیژن		بکاپ داخل بخش
5	دستگاه گلوکومتر		بکاپ بخش مجاور (CCU)
6	دستگاه سونی کیت	2	بکاپ داخل بخش
7	دستگاه NST	2	بکاپ داخل بخش
8	وارمر	2	بکاپ داخل بخش
9	لارنگوسکوپ بزرگسال	1	بکاپ بخش (CCU)
10	لارنگوسکوپ اطفال	1	بکاپ بخش (CCU)
11	آمبویگ بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
12	آمبویگ اطفال	1	بکاپ داخل بخش (اطفال)
13	فشارسنج بزرگسال	2	بکاپ داخل بخش
14	فشار سنچ اطفال	1	بکاپ داخل بخش (اطفال)
15	گوشی پزشکی	3	بکاپ داخل بخش
16	چراغ سیالیتیک تک قمره	1	بکاپ داخل بخش مجاور (اتاق عمل)
17	دستگاه اکسیژن ساز	1	بکاپ داخل بخش (اطفال)
18	شیردوش برقی	2	بکاپ داخل بخش
19			
20			

واحد بهداشت محیط	خانم اختر صالحی
------------------	-----------------

خانم اختر صالحی کارشناس بهداشت محیط شاغل در بیمارستان فارغ التحصیل رشته مهندس بهداشت از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می باشد و به مدت 18 ماه است در این واحد انجام وظیفه می نماید

شرح وظایف

- 1- کلرسنجی روزانه آب
- 2- نمونه برداری میکروبی ماهیانه از آب خروجی سیستم RO دیالیز و مخزن ذخیره و بخش ها
- 3- نمونه برداری شیمیایی از خروجی آب سیستم RO دیالیز
- 4- برگزاری کلاس های آموزش ایمنی و بهداشت محیط جهت پرسنل درمان
- 5- برگزاری کلاس های آموزشی آشنایی با انواع پسماندهای بیمارستانی ، نحوه تفکیک آنها ، نحوه کار با مواد ضد عفونی کننده ، نکات ایمنی و آموزش خط مشی های مرتبط جهت نیروهای خدمات
- 6- بازدید مداوم از بخش ها و واحدهای مختلف بیمارستان و بررسی وضعیت بهداشت محیط و سایر موارد
- 7- بازدید آشپزخانه بصورت مداوم ، بررسی مواد غذایی خریداری شده ، ارائه آموزشهای لازم در خصوص بهداشت محیط آن مکان ، بهداشت فردی و بهداشت ابزار کار ، و پیگیری رفع نواقص موجود
- 8- انجام کشت های میکروبی بخش ها
- 9- تکمیل چک لیست بهداشت محیط و مطرح ساختن نواقص در کمیته های بهداشت محیط و پیگیری رفع نواقص
- 10- برگزاری کمیته های بهداشت محیط و شرکت در کمیته کنترل عفونت و کمیته بهداشت حرفه ای و پیگیری مصوبات مرتبط
- 11- نظارت روزانه بر امر تفکیک پسماندهای بیمارستان ، سیستم امحاء ، پیگیری رفع نواقص ، نظارت بر نحوه کار اپراتور و پیمانکار سیستم امحاء پسماندهای عفونی و تیزوبرنده
- 12- نظارت بر تصفیه خانه فاضلاب و پیگیری رفع نواقص آن
- 13- نظارت بر کار رختشویخانه و شستشوی اصولی اقسام
- 14- پیگیری تهیه محلولهای گندزدایی مورد استفاده و نظارت بر مصرف آنها در بخشها و آموزش شیوه استفاده و رقیق سازی
- 15- تهیه کتابچه آموزشی گندزداها و بهداشت محیط
- 16- آموزش نیروهای جدیدالورود در خصوص مسائل بهداشتی
- 17- نظارت بر امر Washing بخش های مختلف بیمارستان
- 18- انجام سنجه های اعتباربخشی و تطابق و هماهنگی وظایف با سنجه ها

جمع آوری ، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش ها

جمع آوری :

هر روز پس از ترخیص بیماران از بخش ها کلیه ملحفه ها ، لباس ها و روبالشی های تخت ها عوض شود.

در زمان جمع آوری ملحفه های آلوده به خون و سایر مایعات ، ترشحات و مواد دفعی بایستی از وسایل حفاظت فردی استفاده گردد.

تمام ملحفه های کثیف و آلوده باید در همان محلی که مورد استفاده واقع شده اند در داخل کیسه قرار می گیرند. رخت ها نباید در اتاق بیمار دسته بندی و آماده شستشو شوند.

در هنگام جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه ، باید آرامش داشته ، از شتاب زدگی و عجله اجتناب گردد و باید از عدم باقی ماندن وسایل نوک تیز و سوزن در داخل ملحفه ها اطمینان حاصل کنید . برای جلوگیری از پراکندگی میکروارگانیسم های بیمارزا ، رخت باید با حداقل تلاطم و بهم خوردگی جمع آوری گردد.

تفکیک: رخت آلوده: در صورتیکه آلودگی قابل رویت با خون، مدفوع و سایر مایعات بیولوژیک وجود دارد " رخت آلوده " نامیده میشود.

رخت کثیف یا چرک: سایر رخت ها " کثیف " یا " چرک " به حساب می آیند.

1. البسه و ملحفه ها بر اساس آلودگی قابل مشاهده و یا عدم رویت آلودگی تقسیم بندی می شود.

2. البسه آلوده در کیسه زردرنگ غیر قابل نفوذ و غیرقابل نشت و البسه کثیف یا چرک در کیسه مشکی یا آبی قرار می گیرد.

3. کیسه ها در داخل بین قرمز به صورت جداگانه قرار می گیرد.

جابه جایی:

1. بین های قرمز حاوی ملحفه ها و البسه آلوده یا کثیف، هر روز صبح از بخش به رختشویخانه جابه جا شده و از درب کثیف این واحد تحویل داده می شود.

2. بین های خالی شده شستشو و گندزدایی شده و پس از خشک کردن جهت استفاده به بخش برگردانده می شود.

جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباسها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن

1. پرسنل خدمات پس از ترخیص بیمار، لنژها (پتو، ملحفه، روتختی و...) را جمع آوری مینمایند.

2. پرسنل خدمات در صورت وجود آلودگی قابل رویت به خون و سایر مایعات بیولوژیک فوراً اقدام به تعویض لنژها مینمایند.

3. پرسنل خدمات در هنگام جمع آوری و تعویض لنژها از وسایل حفاظت فردی (ماسک و دستکش) استفاده مینمایند.

4. پرسنل خدمات در هنگام جمع آوری لنژها از شتابزدگی و ایجاد گرد و غبار هنگام جمع آوری لنژها خودداری مینمایند.

5. پرسنل خدمات لنژ آلوده را به گونه ای جمع آوری مینمایند که آلودگی در مرز قرار گرفته بطوری از پراکندگی آلودگی جلوگیری میگردد.

6. پرسنل خدمات با استفاده از وسایل حفاظت فردی و با احتیاط کامل احتمال وجود اشیاء تیز و برنده را کنترل مینمایند.

7. پرسنل خدمات لنژهای آلوده ای را قابلیت شستشو ندارند در بسته زردرنگ قرار داده و به عنوان پسماند عفونی دفع مینمایند.

8. پرسنل خدمات لنژهای آلوده ای قابلیت شستشو دارند را بدون تماس با لنژهای کثیف در بسته زردرنگ و پس از نصب پرچسب عفونی و نام بخش در بین زردرنگ مخصوص لنژ آلوده قرار میدهند.

9. پرسنل خدمات با رعایت اصول بهداشتی لنژهای تمیز را جایگزین مینمایند.

رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده

. در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده بایستی از وسایل حفاظت فردی استفاده نمود.

. هنگام جمع آوری آنها باید آرامش داشته و از شتاب زدگی و عجله اجتناب کرد.

. در هنگام جمع آوری ملحفه ها، باید از باقی ماندن وسایلی مانند سوزن و... در داخل آنها اطمینان حاصل کرد.

. ملحفه آلوده باید حتی الامکان دستکاری نشود و در هنگام جمع آوری به کمترین میزان ممکن تکان داده شود تا از آلودگی میکروبی هوا و همچنین افرادی که ملحفه ها را دستکاری می کنند جلوگیری شود.

. تمام ملحفه های آلوده را باید در همان مکانی که استفاده شده است، داخل کیسه بدون نشت گذاشت. کیسه را زیاد پر نکنید و در آن را محکم ببندید.

. ورودی البسه و ملحفه آلوده به رختشویخانه، از قسمت خروجی البسه تمیز جداسازی شده است.

تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی :

پسماندهای عفونی مفلون به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگلها یا قارچها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند، میباشند. این رده شامل موارد ذیل است :

سرم ها ، ست های خون ، ست سرم ، یورین بگ ، سوند فولی ، پسماندهای آلوده به خون و فراورده های خونی ، پسماندهای مربوط به آزمایشگاههای تشخیص طبی و تحقیقات پزشکی ، پسماندهای آسیب شناختی ، ترشحات و پسماندهای آلوده به ترشحات بیماران عفونی ، کلیه مواد و وسایلی که با بیمار عفونی تماس داشته اند ، کشت های بیولوژیک و محیط های کشت ، پسماند اتاق های ایزوله ، پسماند بخش های دیالیز ، پسماند ناشی از جراحی و اتوپسی

پسماندهای عفونی بایستی در کیسه پلاستیکی مقاوم زردرنگ و در سطل زرد رنگ درب دار و پدال دار جمع آوری گردد.

ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود.

محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که به صورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را میتوان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم در پسماندهای عفونی قرار گیرند.

قرار دادن کیسه وسطل زرد در اتاقهای بستری عادی و تحت نظر ممنوع است . پسماندهای عفونی این مکانها در داخل سطل زرد که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود قرار داده میشوند.

پسماند اتاقهای عمل ، اتاقهای ایزوله ، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه عفونی محسوب می گردد.

پس از پر شدن دو سوم از حجم کیسه های زباله عفونی ، پرسنل خدماتی پس از پوشیدن وسایل حفاظت فردی ، موظفند کیسه های زرد رنگ را گره زده ، برچسب پسماند عفونی الصاق کرده و از سطل خارج می نمایند و پس از شستن وگندزدایی داخل سطل ها و خشک کردن آنها کیسه هایی از همان نوع جایگزین می کنند.

کیسه های محتوی پسماندهای عفونی ، دو مرتبه در روز به وسیله بین های زرد رنگ مخصوص حمل پسماند عفونی به محل تعیین شده جهت ذخیره موقت پسماند حمل می شوند.

تفکیک در مبدا پسماندهای عادی : پسماند عادی (غیر عفونی) : شامل کاغذها ، جلد سرنگ ها ، جعبه شیرینی ، گل ، قوطی کنسروها وکمپوت ها ، ظروف یکبار مصرف ، جلد کیک وساندیس و...

جهت پسماندهای عادی در بخش ها سطل آبی رنگ محتوی کیسه مشکی در نظر گرفته شده است .

در اتاق بیماران این سطل ها ، به منظور جمع آوری پسماندهای عادی اختصاص یافته است.

پس از پر شدن دو سوم کیسه ها ، کیسه ها گره زده شده ، برچسب گذاری و توسط بین به جایگاه نگهداری موقت تا رسیدن ماشین شهریاری انتقال می یابد.

تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی : پسماندهای شیمیایی و دارویی : شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم ، اقلامی که به دارو آلوده شده اند مانند قوطی ها و شیشه های دارویی ، معرف های آزمایشگاهی ، داروی ثبوت و ظهور فیلم ، مواد ضد عفونی کننده گندزدای تاریخ گذشته یا غیر لازم وحلالها

در کلیه بخش ها ، انبار دارویی و داروخانه یک عدد سطل زباله سفیدرنگ محتوی کیسه سفیدرنگ جهت نگهداری پسماندهای شیمیایی و دارویی قرار داده شده است .

باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.

پس از پر شدن سه چهارم از سطل های سفیدرنگ محتوی پسماند شیمیایی و دارویی ، پرسنل خدماتی پس از پوشیدن وسایل حفاظت فردی موظفند کیسه های سفیدرنگ را گره زده و جمع آوری نمایند. بوبه جای آن کیسه هایی از همان رنگ قرار می دهند.

تفکیک در مبدا پسماندهای تیزوبرنده

پسماندهای تیزو برنده : مانند سوزنها ، تیغ بیستوری ، سوزن های بخیه ، اسکالپ ، لانس ، انواع آنژیوکت ، شیشه های شکسته شده آمپول ، ویال فراورده های خونی دارویی ، هرگونه وسیله تیزو برنده یکبار مصرف که در تشخیص ، درمان و مراقبت بیماران استفاده شود صرفنظر از اینکه آلودگی داشته یا نداشته باشد.

پسماندهای تیزو برنده بایستی داخل سیفتی باکس جمع آوری گردد.

سیفتی باکس ها نباید بیش از سه چهارم پر شود.

سوزن سرنگ نبایستی مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل سیفتی باکس جمع آوری شود.

سوزن و سرنگ توأم در سیفتی باکس جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد.

سوزن ست سرم ، جدا شده و در سیفتی باکس قرار گیرد.

نصب سیفتی باکس در اتاقهای بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است . پسماندهای تیزو برنده این مکانها در داخل سیفتی بکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده میشود قرار داده میشوند . ولی در بخشهای ویژه و اتاق ایزوله ، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (بجز بخش های دیالیز ، CCU) در یونیت هر بیمار میتوان سیفتی باکس را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.

– پس از پر شدن دو سوم از حجم ظروف سفتی باکس و یا گذشت 72 ساعت از شروع استفاده از این ظروف پرسنل خدماتی موظفند پس از پوشیدن وسایل حفاظت فردی اقدام به جمع آوری سفتی باکس ها نمایند و وسفتی باکس جدید را تاریخ زده و بوبه جای سفتی باکس قبلی قرار دهند.

در هنگام جمع آوری ، سیفتی باکس ها بصورت جدا از سایر پسماندها در کیسه زردرنگ قرار گرفته و به جایگاه نگهداری موقت انتقال داده شود.

سفتی باکس ها به وسیله بین های زرد رنگ مخصوص حمل پسماند عفونی به محل تعیین شده جهت ذخیره موقت پسماند حمل می شود.

جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش

پس از پر شدن دو سوم سطل ها و بستن کیسه ها و برچسب گذاری آنها ، بایستی کیسه های حاوی زباله عفونی در بین زرد موجود در بخش ، و کیسه های حاوی زباله عادی در بین آبی قرار گیرد.

در اسرع وقت پسماندهای جمع آوری شده ، از بخش خارج و به جایگاه نگهداری موقت پسماندها انتقال یابد.

تحت هیچ شرایطی کیسه ها در کف بخش ریخته و تلنبار نگردد. (حتی برای زمانی بسیار کوتاه)

نظافت ، شستشو ، گندزدایی بخش ها

نکات ایمنی :

پرسنل باید پس از اتمام کار دستهای خود را شستشو دهند.

مواد شوینده و پاک کننده نظیر آب زاول (وایتکس) ، پودر رخشا و... را به هیچ عنوان با جرم گیر مخلوط ننمائید.

در هنگام کار از لباس مناسب ، دستکش ، ماسک و چکمه استفاده شود.

در هنگام رقیق سازی محلول ها همیشه باید محلول غلیظ به آب اضافه شود. و از اضافه کردن آب به محلول غلیظ خودداری شود.

محلول آب و وایتکس جهت ضدعفونی کف و سایر سطوح بایستی به صورت روزانه تهیه شود.

هنگامی که پرسنل با هرگونه آسیب پوستی از قبیل فرو رفتن اجسام نوک تیز و برنده و پاشیدن ترشحات خونی به چشم ... مواجه شدند بایستی هرچه سریعتر به سوپروایزر کنترل عفونت مراجعه نمایند.

پرسنل جهت حفظ سلامتی خود و اطرافیان و رعایت بهداشت فردی ، لباسهای کار خود را شسته و از انتقال آن به منزل خودداری نمایند.

کاربرد هر ماده شیمیایی گندزدا می بایستی مطابق دستورالعمل انجام شود.

در هنگام کاربرد محلول رقیق تهیه شده باید از پوشش مناسب صورت استفاده شود.

در صورت تماس مواد گندزدا با چشمها ، چشمها باید به مدت 10 دقیقه در آب سرد باز نگهداشته شود.

کف زمین :

در هر شیفت با استفاده از تی های نخی ، به صورت مارپیچی از داخل اتاق به سمت بیرون و با محلول آب و وایتکس 2% (20 سی سی در یک لیتر آب) یا قرص زاول پارت ضدعفونی و نظافت شود.

تخت ها ، لاکر ، صندلی و میز غذای بیمار :

روزانه با دستمال نظافت و با محلول آب وایتکس 2% (20 سی سی وایتکس در یک لیتر آب) یا ضدعفونی کننده معرفی شده از سوی بیمارستان نظافت و ضدعفونی شود .

حمام ها ، سینک ها ، محل شستن دست ها و شیرآلات :

به صورت روزانه تمیز شوند و جهت نظافت روتین از دترجنت (پاک کننده) واز محلول وایتکس 2% (20 سی سی وایتکس در یک لیتر آب) استفاده شود. در هنگام شستشو ، کلیه شیرآلات ، دوش و اتصالات شستشو شوند.

سنگ توالت و کف توالت :

به صورت روزانه نظافت شوند و برای نظافت روتین از دترجنت و محلول وایتکس 2% (20 سی سی در یک لیتر آب) استفاده شود.

ظرف صابون مایع :

بعد از اتمام صابون مایع موجود در ظرف ، جاصابونی را از محل خود بیرون آورده و بعد از شستن ، به وسیله محلول آب و وایتکس 2% (20 سی سی وایتکس در یک لیتر آب) ضدعفونی شود. و در نهایت آبکشی و خشک شود. جاصابونی را مجدداً تا نیمه پر از صابون مایع کرده و در جای خود قرار دهید. در صورتی که هنگام استفاده از صابون مایع اطراف صابون مایع و روشویی آلوده به قطرات صابون گردید بایستی روزانه تمیز و صابون های اضافی آن پاک گردد. از پر کردن مجدد ظرف صابون مایع بدون شستن و ضدعفونی کردن آن پرهیز نمایید.

یخچال ها :

هر هفته یکبار برفک یخچال را آب نموده و با آب داغ و ماده دترجنت (مواد پاک کننده) شستشو شود و قسمت بیرونی آن با دترجنت و محلول آب و وایتکس ضدعفونی شود. روزانه با محلول وایتکس 2% (20 سی سی وایتکس در یک لیتر آب) ضدعفونی شود.

قفسه ها و طاقچه ها :

به صورت هفتگی با دستمال مرطوب گردگیری شوند. نیازی به ضدعفونی نیست مگر اینکه با خون و مایعات عفونی بدن آلوده شده باشند یا در نواحی که کارهای بالینی انجام می دهند.

پرده ها :

پرده های پارچه ای هر 3 تا 6 ماه یکبار با دترجنت (مواد پاک کننده) و آب شسته شود. پرده های کرکره ای هر دو هفته ک بار با یک دستمال محتوی دترجنت (مواد پاک کننده) گردوغبار آن برطرف شود و هر 3 ماه به طور کامل با آب و دترجنت شسته و نصب شود.

بردها ، قاب ها و تلویزیون :

با دستمال مرطوب گردگیری و نظافت شود و در صورت وجود آلودگی قابل رویت با دترجنت (پاک کننده) نظافت شوند.

آب سردکن و درهای شیشه ای :

روزانه با استفاده از آب و ماده دترجنت (مواد پاک کننده) و محلول آب و وایتکس 2٪ (20 سی سی وایتکس در یک لیتر آب) نظافت و ضدعفونی شود.

سطل های زباله :

در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه شود و به صورت هفتگی با آب داغ و دترجنت و سپس محلول آب وایتکس 2٪ (20 سی سی در یک لیتر آب) ضدعفونی و خشک شوند. سپس در محل اصلی خود قرار گیرند.

نکات قابل توجه در بکارگیری اشعه UV :

- 1) فقط میکروارگانیسم هایی که در سطح اجسام و در تماس مستقیم با پرتو قرار گرفته اند به این پرتو حساس هستند.
- 2) استفاده از UV متر جهت کنترل دوز پرتو دهی لامپ
- 3) استفاده از تایمر و یا یادداشت زمان مصرف کنترل زمان و کارکرد لامپ
- 4) به طور دوره ای سطح لامپ با الکل تمیز شود
- 5) در موقع استفاده لامپ، پنجره و شیشه ها پوشیده و تاریک شود. در نور مرئی اثر باکتری کشی به میزان زیاد کاهش می یابد
- 6) در صورت تماس مستقیم افراد لباس های محافظ و عینک استفاده نمایند
- 7) بهتر است کلید قطع و وصل اشعه خارج از اتاق نصب شود
- 8) با توجه به تعداد مراجعه کنندگان باید هر هفته 2 الی 3 بار از اشعه استفاده گردد (مدت زمان لازم در هر نوبت استفاده از اشعه 20 دقیقه می باشد)
- 9) قبل از روشن کردن چراغ، اتاق را کاملا شستشو دهید
- 10) با توجه به اینکه چراغ اولتراویوله فقط قسمتی از اتاق را که به آن می تابد ضد عفونی می کند لذا باستی به فواصل زمانی، چراغ را در تمامی قسمتهای اتاق قرار دهید
- 11) قبل از روشن کردن چراغ، هواکش را خاموش نموده، درب اتاق را بسته و درزهای درب را با چسب بپوشانید
- 12) درب کلیه کمد ها، قفسه های شیشه ای و وسایل موجود در اتاق، باز باشد.

گندزداهای شیمیایی :

برای گندزدایی یا استریل کردن وسایلی که تحمل حرارت را ندارند باید از مواد شیمیایی با غلظت های مختلف استفاده نمود. ضدعفونی در بیمارستان معمولاً بوسیله محلول های شیمیایی انجام می گیرد.

قبل از استفاده از این مواد وسایل را کاملاً " شست و خشک کرد ، وجود آلودگیهای قابل مشاهده مثل خون خشک شده باعث زنده ماندن باکتریها وسایر موجودات میشود . خیس بودن وسایل باعث رقیق شدن محلول میگردد .

مراحل گندزدایی و ضد عفونی در بیمارستان :

1- رفع آلودگی

2- پاک سازی (تمیز کردن)

3- گندزدایی ، ضد عفونی ، استریلیزاسیون

رفع آلودگی : رفع آلودگی ، اولین قدم جهت آماده سازی محیط ، ابزار جراحی و دیگر وسایل آلوده می باشد. آنچه که حائز اهمیت است این است که محیط ، وسایل و ابزاری که احتمالاً با خون یا دیگر مایعات و ترشحات بدن تماس داشته اند رفع آلودگی شوند. پرسنل باید حین دستکاری وسایل آلوده دستکش بپوشند.

پاکسازی (تمیز کردن) : پاکسازی ، مرحله ای بسیار مهم در آماده سازی تجهیزات می باشد. پاکسازی کامل با آب و صابون مایع یا مواد پاک کننده بطور فیزیکی مواد ارگانیکی از قبیل خون ، مایعات بدن و ترشحات را می زداید. میکروارگانیسمها میتوانند در بقایای خشک شده مواد آلی باقی مانده و مانع گندزدایی شوند. علاوه بر آن مواد آلی بطور نسبی گندزداها را غیر فعال می سازند و نتیجتاً اثر آنها را کم می کنند. حین تمیز کردن و پاکسازی وسایل و تجهیزات باید دستکش کار پوشیده شود. عینک یا محافظ های پلاستیکی چشم و صورت در دسترس باشد. استفاده از وسایل حفاظتی ، فرد را از پاشیده شدن ترشحات آلوده به سطوح بدن محافظت میکند. پس از تمیز کردن وسایل ، آنها را کاملاً با آب بشوئید تا بقایای مواد پاک کننده که میتواند در گندزدایی شیمیایی تداخل ایجاد کند ، زوده شود.

گندزدایی ، ضد عفونی ، استریلیزاسیون :

ابزار آلات جراحی پس از اینکه رفع آلودگی و پاکسازی و خشک شود باید استریل شوند.

گندزدایی محیط پس از رفع آلودگی و پاکسازی با محلولهای شیمیایی صورت می گیرد.

دستورالعمل استفاده از مواد ضد عفونی کننده و گندزدا

- هیپوکلریت سدیم (آب ژاول یا وایتکس) : به صورت 1% (10 سی سی در یک لیتر آب) برای گندزدایی کف ، دیوارها ، سرویس های بهداشتی و حمامها به کار میرود.
- الکل : برای ضد عفونی پوست قبل از تزریقات و ضد عفونی تجهیزات استفاده میشود.
جهت تهیه الکل 70 درجه از الکل 96 درجه : 3 پیمانه الکل 96 + 1 پیمانه آب
جهت تهیه الکل 70 درجه از الکل 90 درجه : 3 پیمانه الکل 90 + دو سوم پیمانه آب
- میکروزد اچ دی : جهت ضد عفونی دستها و اسکراب جراحی. 3 سی سی از محلول را در کف دستها ریخته و به مدت 30 ثانیه مالش دهید. در مواقع حساس از جمله قبل از انجام عمل جراحی ، میزان بیشتری از محلول را به مدت طولانی تری اسکراب کنید.
- میکروزد کواتنول : جهت گندزدایی سطوح ، ابزار و وسایل پزشکی و دندانپزشکی، جهت گندزدایی تجهیزات الکترونیکی ، میزهای کار ، یونیت های دندانپزشکی و... به کار میرود. مقداری از محلول را از فاصله 30 سانتی متری روی سطوح مربوطه اسپری نمایید بطوریکه تمام نقاط با محلول آغشته شوند و با استفاده از یک دستمال سطوح را گندزدایی کنید.
- میکروزد آی دی مکس : جهت گندزدایی ابزار پزشکی و دندانپزشکی . پس از تفکیک قطعات و ابزار و آبکشی آن ، ابزار را در محلول آماده شده غوطه ور و پس از مدت مورد نظر آنها را بیرون آورده و آبکشی نمایید.

حجم ظرف رقیق سازی	غلظت میکروزد آی دی مکس	حجم آب	زمان
1 لیتری	10 سی سی (1 درصد)	990 سی سی	30 دقیقه
	20 سی سی (2 درصد)	980 سی سی	15 دقیقه
	30 سی سی (3 درصد)	970 سی سی	10 دقیقه
5 لیتری	50 سی سی (1 درصد)	4950 سی سی	30 دقیقه
	100 سی سی (2 درصد)	4900 سی سی	15 دقیقه

➤ قرص جوشان ضد عفونی کننده ، سفید کننده ولکه بر ژاول پارت :

ضد عفونی سطوح (اتاق ها ، راهرو ، آشپزخانه وسرویس های بهداشتی) : 1 قرص در 4 لیتر . تمام سطوح و دیوارها با این محلول ضد عفونی گردد. دستگیره ها و پنجره ها با دستمال آغشته به ژاول پارت پاک گردد.

ضد عفونی کردن ابزار و تجهیزات پزشکی (لوازم بیمار ، وسایل اتاق عمل) : 1 قرص در یک لیتر . لگن بستری بیمار ، لیوان ولوازم شخصی بیمار با محلول ژاول پارت ضد عفونی گردد. تمام وسایل اتاق عمل به مدت نیم ساعت در محلول ژاول پارت قرار گیرد.

گندزدایی وسایل نظافت (برس ها و تی ها) : 1 قرص در 2 لیتر . برس ها ، جاروها و وسایل نظافت با محلول ژاول پارت شسته شود.

ضد عفونی کردن محل آلوده به خون و چرک : 8 قرص در 1 لیتر . مناطق آلوده به چرک و خون ابتدا شسته شود سپس با محلول ژاول پارت به مدت 30 دقیقه ضد عفونی گردد.

توصیه های ایمنی استفاده از شوینده ها و ضد عفونی کننده ها

- هنگام استفاده از شوینده های شیمیایی ، حتماً از ماسک و دستکش مناسب استفاده کنید.
- مواد ضد عفونی کننده را نباید با هم استفاده کرد. ترکیب جوهر نمک و وایتکس بسیار خطرناک است ، توصیه میشود از ترکیب این دو ماده خودداری کنید.
- محصولات شیمیایی و شوینده را همیشه در ظرف اصلی آن نگهداری کنید .
- همیشه پس از استفاده از مواد شیمیایی سریعاً درب آن را ببندید.
- اگر از مواد سفید کننده و انواع اسیدها استفاده می کنید مراقب باشید که به پوست ، چشم و حتی لباس شما نپاشد.
- هنگامی که برای شست و شوی سرویس های بهداشتی از مواد فوق استفاده می کنید ، حتماً پنجره ای را در آن مکان باز کرده و در صورت وجود هواکش ، آنرا روشن کنید.
- از مخلوط کردن موادی نظیر پرکلرین ، گردهای رنگ بر ، آب ژاول یا مواد سفید کننده دیگر با هر ماده اسیدی باید خودداری نمایید.
- تمام هشدارها و موارد احتیاطی روی برچسب ماده شیمیایی را مورد توجه قرار دهید.
- موقع استفاده از مواد شیمیایی خطرناک مانند آفت کش ها ، هرگز نباید چیزی خورد و یا آشامید.
- در صورت تماس دست و پا با مواد شیمیایی فوراً محل را با آب کاملاً شستشو دهید

شرح وظایف نیروهای خدماتی در بخشهای بیمارستان حضرت رسول(ص)

1. تمام اتاقها تمیز و مرتب باشد ، تمام بیماران بستری پتو،ملحفه،بالش و صندلی همراه داشته باشند و از دادن وسایل اضافی به بیمار خودداری شود .

2. روشویی و آینه های داخل اتاقها تمیز باشند .

3. یخچالهای داخل اتاقها تمییز گردند و از قرار دادن نایلون مشکی داخل آنها خودداری گردد.
4. تخت هایی که خالی می باشند ، ضد عفونی گردند .
5. سطل های عفونی و غیر عفونی خالی و تمییز گردند و نیز درب آنها مرتب شسته شود .
6. اتاق پانسمان و پارچه ی ست پانسمان تمییز و شست و شو گردد و روشویی و آینه ها تمییز و دارای صابون مایع باشد ، در کف شویی توری پلاستیکی داشته باشد .
7. کل دستشویی های موجود در بخش نظافت گردند ، آینه و روشویی ها تمییز و دارای صابون مایع باشند .
8. اتاق نهار خوری نظافت گردد، آینه ها و روشویی ها تمییز و دارای صابون مایع باشند ، داخل یخچال تمییز گردد و در کف شویی توری پلاستیک داشته باشد .
9. تخت موجود در اتاق نوار قلب تمییز و ضد عفونی باشد و لیدها مرتب شسته و فاقد ژل اضافی باشد و سطل آشغال خالی و تمییز باشد .
10. کف شوی اتاق نظافت دارای توری تمییز و عاری از هر گونه آشغال باشد .
11. البسه های کثیف جمع آوری و به رختشویخانه فرستاده شود .
12. کپسول های اکسیژن پر باشند .
13. آچار و تعداد مانومترهای بخش موجود باشد .
14. موقع جمع آوری زباله ها حتما برچسپ داشته باشند .
15. هیچ گونه پارچه ی کثیف و خون آلود بر روی تخت بیمار بستری نباشد و لباس ها و ملحفه ی مددجو کاملا تمییز باشد .
16. در هنگام تحویل بخش به شیفت بعدی هیچ گونه کمبودی از نظر البسه، پتو ، ملحفه ، آچار و مانومتر ، کپسول اکسیژن و نظافت بخش وجود نداشته باشد و تحویل شیفت حتما با حضور مسئول بخش صورت گیرد .
17. گذاشتن پرونده ی بیمار بر بالین بیماران در هنگام تحویل شیفت .
18. جلوگیری از حضور بی مورد همراهان در بخش .
19. جمع و تا نمودن صندلی تاشوی همراهان .
20. خاموش نمودن لامپ ها و سیستم های سرمایشی و گرمایشی در اتاقهای خالی از مددجو .
21. جمع نمودن مرتب زباله از سطل ها .
22. تحویل دادن دفتر لیست پتو - ملحفه - بالش به تعداد 24 عدد به خدمات شیفت بعد و مسئول بخش .
23. تحویل دادن و تحویل گرفتن ملحفه و لباس از رختشویخانه .
24. نظافت بخش طبق برنامه ی موجود در بخش .
25. آشنا بودن به محلول ها و شوینده ها و نحوه ی رقیق نمودن آن .

26. تحویل دارو از داروخانه و نیز ست های پانسمان از CSR

27. تحویل صبحانه و نهار و شام از آشپزخانه .

28. کنترل ورود و خروج همراهان و ملاقات کنندگان بخش .

29. ارجاع پرونده های ترخیصی به واحد در ترخیص در شیفت های کاری عصر و شب .

30. عدم نشستن در ایستگاه پرستاری .

31. پیچیدن ست های استریل طبق استاندارد موجود .

32. نظافت حمام پرستل و بیماران .

33. تحویل لیست OR به اتاق عمل در شیفت شب .

لازم به ذکر است که وظیفه ی نظارت بر کار خدمات بخش در شیفت های عصر و شب با سوپر وایزر و مسئول شیفت خواهد بود و مسئول شیفت می تواند بنا بر شرایط موجود و صلاح دید کار مربوطه را به نیروی خدمات محول نماید و در صورت مشاهده ی هرگونه تخلف و کم کاری نیروهای خدماتی ،ابتدا تذکر شفاهی داده شده و در صورت تکرار ، مراتب به صورت کتبی اعلام و به دفتر خدمات پرستاری ابلاغ خواهد شد .

رسالت Mission

بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوازرد به عنوان قطب درمانی منطقه اورمانات قصد دارد با استفاده از کادر متعهد، متخصص، امکانات و تجهیزات پزشکی مناسب، خدمات درمانی را به بیماران و مراجعه کنندگان شهرستان و سایر نقاط با رعایت موازین اخلاقی، انسانی، اسلامی و براساس منشور حقوق بیمار ارائه نماید و در جهت ارتقاء سطح کیفی خدمات درمانی، افزایش سطح رضایت مندی و توسعه و ارتقاء خدمات سلامت به بیماران، همراهان، کارکنان و جامعه برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی منطقه تلاش نمایند.

ارزش ها Values

ارائه آسان و سریع خدمات به مراجعه کنندگان

ارتقاء سطح سلامت بیماران ، کارکنان و جامعه

اجتناب از تبعیض های فرهنگی مذهبی و ملیتی

پذیرش انتقادات و پیشنهادات سازنده و مفید

رسیدگی و پاسخگویی سریع به شکایات

تلاش برای ارائه خدمات با کیفیت

رعایت اصول اخلاقی و انسانی

رعایت طرح انطباق

تکریم ارباب رجوع

چشم انداز Mission

ما قصد داریم ظرف ده سال آینده تا سال **1400** هجری با دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی و حرکت در جهت اهداف متعالی وزارت متبوع عنوان یکی از بیمارستانهای نمونه غرب کشور را کسب نمائیم.



شهرستان جوانرود از شهرستان های استان کرمانشاه می باشد که از شمال غربی به شهرستان پاوه از جنوب به شهرستان اسلام آباد غرب از جنوب غرب به شهرستان ثلاث باباجانی از غرب به کشور عراق و از شرق و شمال شرق به شهرستان روانسر محدود می شود جوانرود مرکز شهرستان جوانرود در درازای جغرافیایی 29 درجه و 46 دقیقه و پهنای جغرافیایی 48 درجه و 34 دقیقه و در 1300 متری از سطح دریا در 86 کیلومتری کرمانشاه و 579 کیلومتری پایتخت (تهران) می باشد این شهرستان دارای دو بخش (مرکزی به مرکزیت شهرستان جوانرود و بخش کلاشی به مرکزیت بخش شروینه) می باشد بر اساس آمار سال 1390 جمعیت این شهرستان 71235 می باشد که از این جمعیت 51483 در نقاط شهری و 19752 در نقاط روستایی ساکن می باشند و متوسط جمعیت هر خانوار 4/4 نفر می باشد آب و هوای این شهر از نوع معتدل کوهستانی بوده و از مناطق خوش آب و هوای استان کرمانشاه می باشد شهر جوانرود در درون یک دره واقع شده و کوهستانی می باشد به طوری که کوه شاهو به صورت دیواره ای در حدود 4 کیلومتری شمال آن قرار گرفته است از مناطق تفریحی این شهر می توان بوستان هلانیه را نام برد که در شمال این شهر واقع شده است همچنین تفرجگاههای سپیدبرگ و غار قوری قلعه (بزرگترین غار آبی آسیا) در حومه این شهرستان می باشند زبان مردم جوانرود یکی از شاخه های زبان کردی سورانی به نام جافی است و دین مردم جوانرود اسلام و مذهب سنی شافعی می باشند بازارچه مرزی شهر مهم ترین منبع درآمد مردم این شهر است. از دیگر منابع مردم این دیار کشاورزی و دامداری و ارائه خدمات شهری است.

دور نمای شهرستان جوانرود



فرهنگ و رسوم :

مردم این منطقه لباس محلی کردی (چوخه و رانک مه ره ز ، کفش محلی « کلاش ، شال کمر ، سغمه و انواع لباس های شاد و پررنگ زنانه ، خصوصا در مهمانی ها و جشن ها) می پوشند و خوشبختانه علیرغم تغییرات فرهنگی همچنان لباس محلی خود را حفظ نموده اند . این منطقه در ایام ماه رمضان حال و هوای خاصی دارد ، مساجد در این ایام مملو از مردمی است که برای خواندن نماز سنت تراویح (که بعد از نماز عشاء برگزار می شود) آمده اند ؛ اعیاد مذهبی از جمله مولودی خوانی و بخصوص عید فطر و قربان جایگاه ویژه ای در میان مردم منطقه دارد ، مردم در این دو روز بهترین لباس های خود را می پوشند و پس از حضور در مساجد و خواندن نماز سنت عید به دیدار اقوام و همسایگان می روند و ضمن تبریک عید از همدیگر کسب حلالیت نموده و با شیرینی ، میوه و غذا از مهمانان پذیرایی می کنند ، سنت قربانی در ایام عید قربان بسیار چشمگیر می باشد. شغل اصلی مردم جوازورد کشاورزی ، دامداری و مشاغل خدماتی است ؛ آب کشاورزی از رودخانه و چشمه فراهم می شود و محصولات مهم کشاورزی عبارتند از : گندم ، جو ، گیاهان علوفه ای ، سیب ، آلو ، گردو و انگور است ؛ پرورش زنبور عسل رونق چشمگیری دارد ؛ در سال های اخیر با رونق بازارچه مرزی و افزایش مسافران توریستی به یکی از منابع مهم کسب درآمد و شغل تبدیل شده است ؛ از دیگر منابع کسب درآمد سقزچینی است که هر ساله در مناطق جنگلی شهرستان و یا استان های همجوار انجام می شود ؛ با این وجود بر اساس آخرین اطلاعات مرکز آمار ایران در سال 1390 حدود 47 درصد از جمعیت واجد شرایط این شهرستان بیکار هستند.

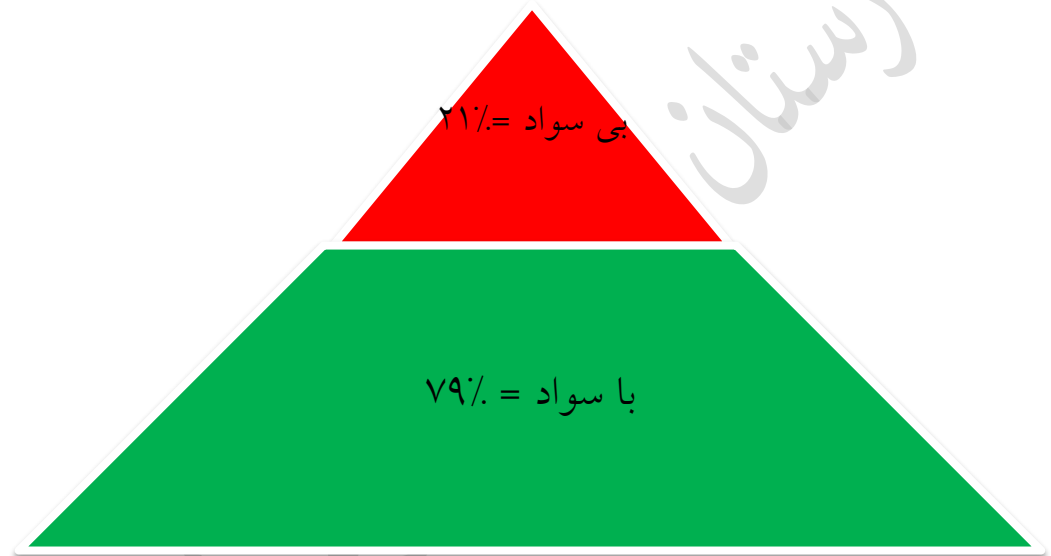
جاذبه های طبیعی و گردشگری :

این شهرستان با داشتن بازارچه مرزی و جاذبه های گردشگری و تاریخی اش از قطب های مهم گردشگری کشور است ؛ پاره ای از مکان های دیدنی و چشم اندازهای طبیعی عبارتند از : غار آبی کلاوات ، پارک طبیعی هلانیه ، ارتفاعات سراب چشمه میران ، سراب گر در روستای سررود ، چشم اندازهای طبیعی و مرکز پرورش ماهی روستای سفید برگ ، دامنه های چشم نواز کوه شاهو ، چشمه آب سرد و چشم اندازهای زیبای روستای چمنزار ، چشم اندازهای طبیعی روستای شروینه و

مشاهیر و شخصیت های تاریخی جوازورد :

- 1- مولوی تاوگوزی (شاعر ، عالم دینی و عارف)
- 2- خانای قبادی (شاعر)
- 3- حسین بیگ وکیل جوازوردی (از رهبران سیاسی و اجتماعی در زمان رضا شاه)
- 4- استاد سید محمد طاهر هاشمی (شاعر ، مورخ و استاد خوشنویسی کشور)
- 5- محمد بیگ وکیل جوازوردی (از رهبران سیاسی و اجتماعی زمان رضا شاه)
- 6- لطف اله (شاعر)
- 7- آغا عنایت (شاعر)
- 8- علامه ملا عبدالمجید موحد نادری (مجتهد)
- 9- میرزا احمد محمدی (شاعر)
- 10- علامه ملا محمد امین کلاش
- 11- حاجی ماموستا شیخ محمد سعید نقشبندی (عالم دینی ، شاعر و عارف)
- 12- ملا محی الدین صالحی (شاعر ، نویسنده و مورخ)
- 13- محمد علی سلطانی (نویسنده و مورخ)

هرم در صد بی سواد در شهرستان جوانرود بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال 1390



جمعیت 6 ساله و بیشتر باسواد = 49867 نفر
جمعیت 6 ساله و بیشتر بی سواد = 13304 نفر
جمعیت 6 ساله و بیشتر اظهار نشده = 273 نفر

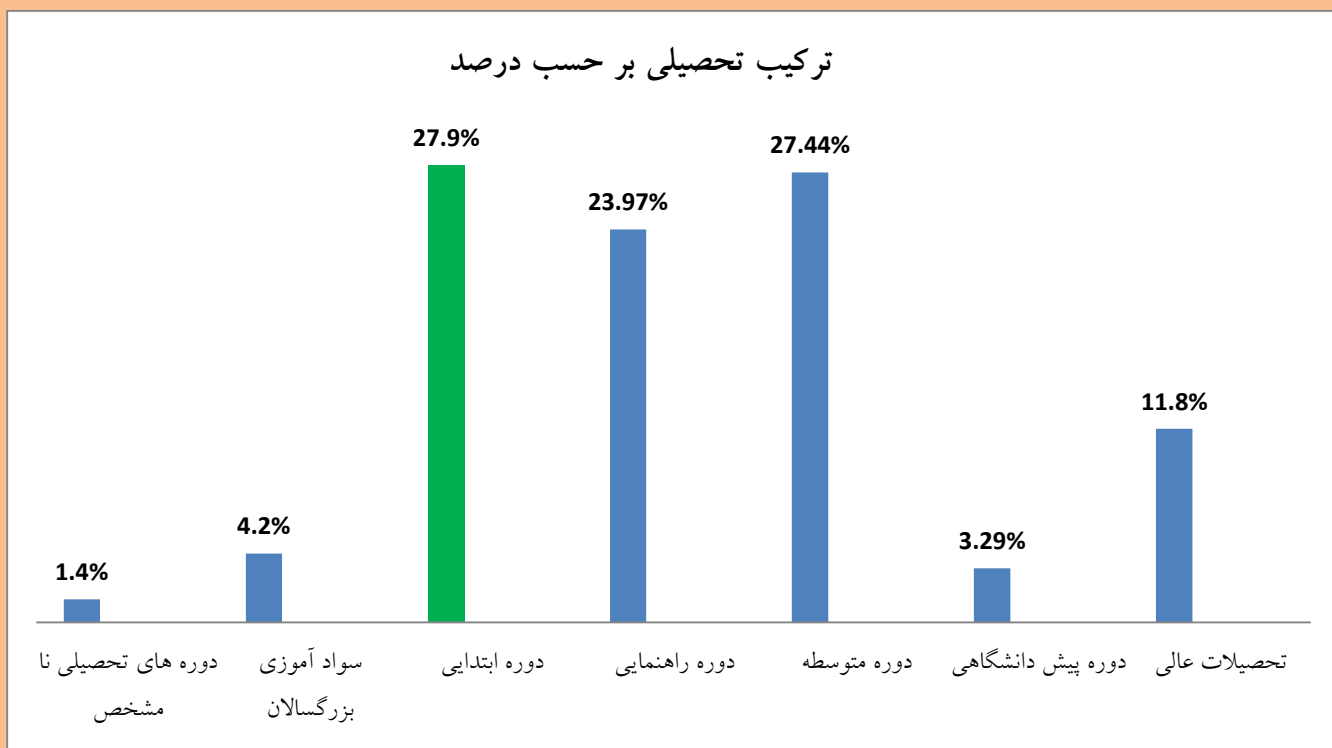
لیست جمعیت 6 ساله و بیشتر شهرستان جوانرود بر اساس جنس، سن و وضعیت سواد

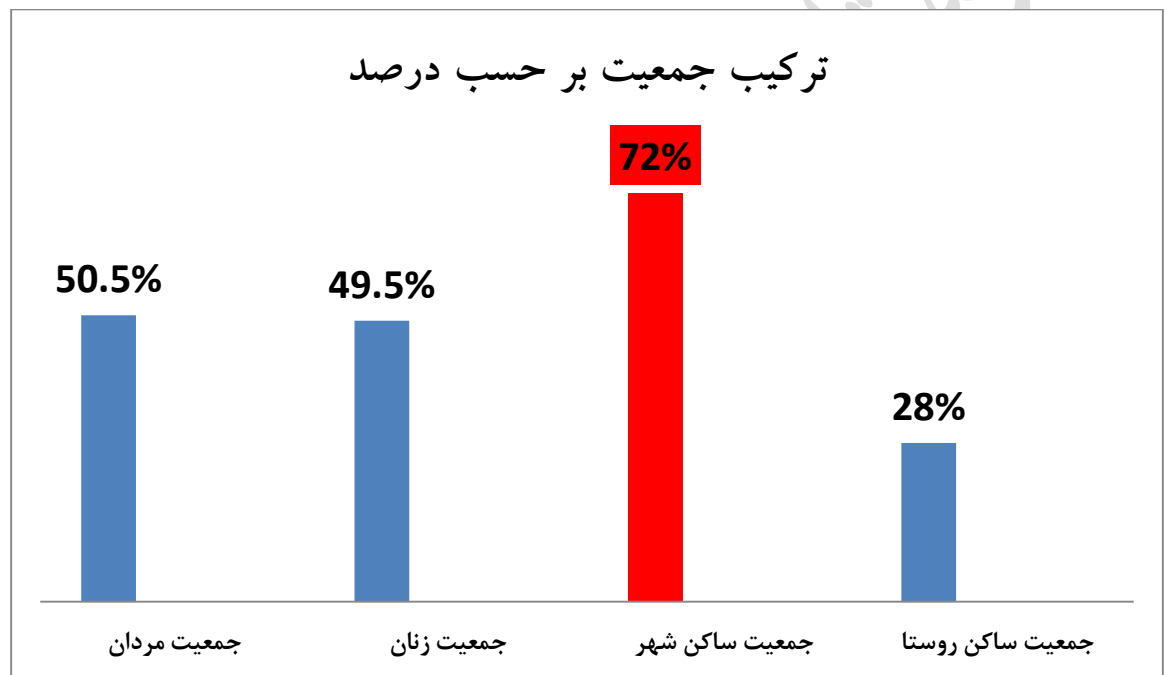
کل جمعیت 6 ساله و بیشتر	63444 نفر	
کل مردان 6 ساله و بیشتر	31950 نفر	
کل مردان با سواد	26907 نفر	54%
کل مردان بی سواد	4916 نفر	37%
کل زنان 6 ساله و بیشتر	31496 نفر	
کل زنان با سواد	22960 نفر	46%
کل زنان بی سواد	8388 نفر	63%

بر اساس آمار جدول فوق زنان بی سواد 63٪ جمعیت بی سواد را تشکیل می دهند

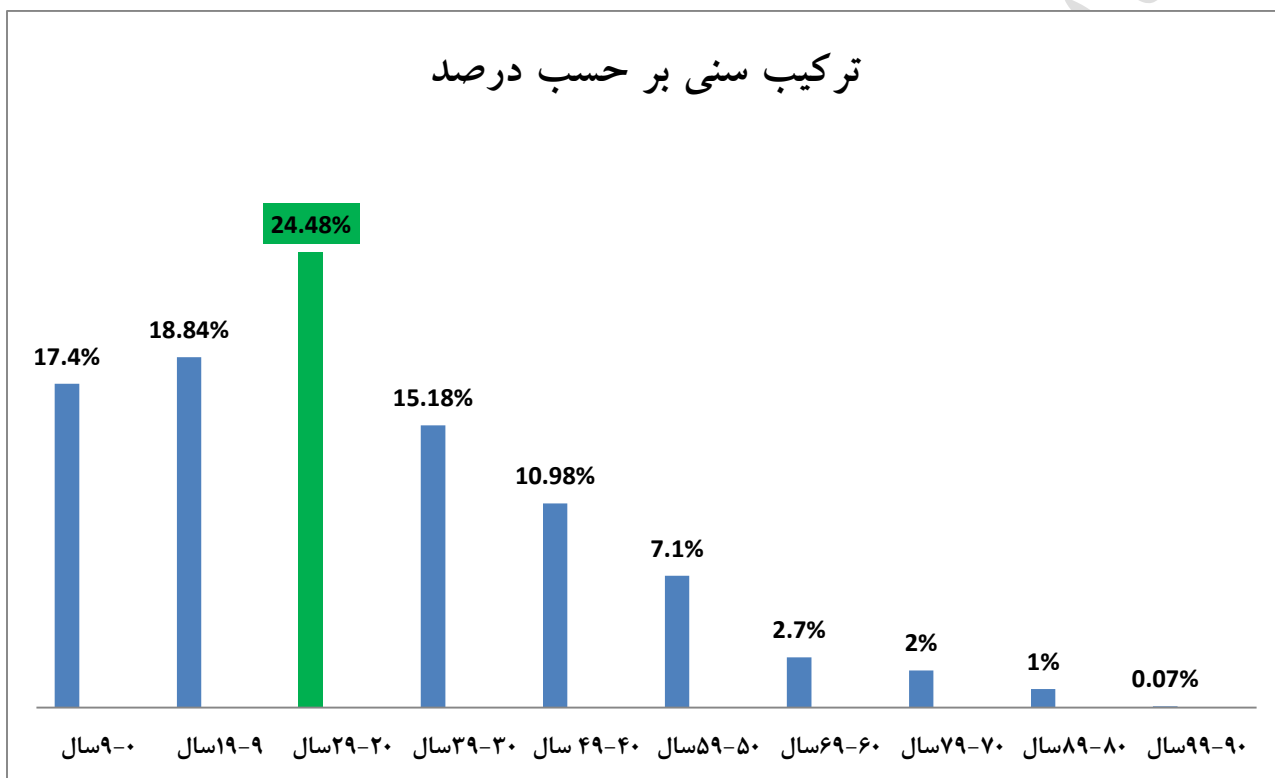
و به عبارت دیگر جمعیت زنان بی سواد حدود 1/5 برابر جمعیت مردان بی سواد است

ترکیب تحصیلی جمعیت با سواد شهرستان جوانرود بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران در سال 1390





❖ متوسط جمعیت هر خانوار = 4/4 نفر



حقوق گیرندگان خدمت

منشور حقوق بیمار در ایران

بیمار: کسی که به مراکز ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می شود.

حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.

حقوق در تمام زبان ها به معنی آن چه سزاوار است تعریف می شود.

منشور حقوق بیمار در ایران در سال 1381 توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید.

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

1. شایسته است شان و منزلت انسان با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی وی باشد.
2. بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
3. فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
4. بر اساس دانش روز باشد.
5. مبتنی بر برتری بیمار باشد.
6. توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
7. مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
8. به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد ورنج و محدودیت های غیرضروری باشد.
9. توجه ویژه به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیمار روانی، زندانیان، معلول ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
10. در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
11. با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

12. در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.

13. در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهزتر فراهم گردد.

14. در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد.

15. منظور از آسایش کاهش درد ورنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده وی در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

1. محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد.

مقاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش .

ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش.

نام، مسئولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر.

روش های تشخیص و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگاهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تاثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار.

نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان .

کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان .

2. نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی فردی وی از جمله زبان،

تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر اینکه:

تاخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس

از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

- بیمار می تواند به کلیه تصاویر اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود

محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

انتخاب پزشک معالج و مراکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط .

انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور.

شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه دریافت

خدمات سلامت ندارد.

قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که

امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.

اعلام نظر قبلی بیمار در موارد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان

راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات

سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

2-3) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع(مذکور در بند دوم) باشد.

پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل راز داری باشد.

1-4) رعایت اصل راز داری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

2-4) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود ضروری است بدین منظور کلیه اطلاعات لازم جهت تضمین حریم بیمار فراهم گردد .

3-4) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

4-4) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات فرد معتمد خود را به همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین

کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد .

محور پنجم: دسترسی به نظام کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

1-5) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است بدون اختلاف در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

2-5) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نحوه شکایت خود آگاه شوند.

3-5) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطالب در کوتاه ترین زمان ممکن اجرا شود.

*در ابتدای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد اعمال کلیه حقوق بیمار مذکور در این منشور بعهدہ تصمیم گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود . البته چنانچه تصمیم گیرنده جایگزین برخلاف پزشک مانع درمان شود .

پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید .

منشور اخلاقی بیمارستان

- 1- رازداری ، پرده پوشی و حفظ اسرار بیماران ، همکاران و سازمان را به عنوان يك وظیفه اخلاقی و قانونی می دانیم .
- 2- انگیزه حضور ما در بیمارستان خدمت صادقانه به انسانها از هر قشر با هر دین ، مذهب ، زبان و قومیت است .
- 3- نظم و انضباط، ادب و نزاکت و رفتار با مراجعان و همکاران را موجب حفظ کرامت انسانی دانسته و سرلوحه کار خود قرار می دهیم .
- 4- کارکنان این مرکز مصمم هستند خدمات را با کیفیت مطلوب و با شیوه های مناسب و نوین در اختیار مراجعین قرار دهند .
- 5- ما خود را متعهد می دانیم که از امکانات و تجهیزات بیمارستان به بهترین نحو استفاده نموده و در حفظ و نگهداری آنها نهایت تلاش و کوشش را به کار گرفته و صرفه جویی را وظیفه خود می دانیم .
- 6- کارکنان این مرکز با محور قرار دادن « ارتقاء مستمر کیفیت » و انجام امور به صورت مشارکتی و گروهی ، نیازهای در حال تغییر مراجعین را شناسایی نموده و برای تحقق رضایت ارباب رجوع و اهداف سازمان در راه رسیدن به دور نمای بهتر کوشا هستند
- 7- برای ارائه خدمات مطلوبتر از نظرات ، پیشنهادات و انتقادات بیماران مراجعان استقبال می نماییم .
- 8- رعایت اصول ایمنی بیمار یکی از اهداف مهم سازمان بوده و کارکنان این مرکز خود را متعهد به اجرای مفاد آن می دانند .
- 9- کارکنان این مرکز خود را متعهد به رعایت نظم ، انضباط ، رعایت شئون و پوشش اسلامی می دانند .

مقررات مربوط به بیماران

الف) نیاز های جسمانی

1- محافظت بیمار از حوادث ، جراحات و عفونت ها

2- توجه به نیاز های جسمانی و راحتی و استراحت بیمار

3- توجه به نیاز های بهداشتی بیمار

4- توجه به فعالیت های حرکتی بیمار

5- توجه به تغذیه و تعادل مایعات در بیمار

ب) نیاز های غیر جسمانی (روحی - روانی - احساسی - ذهنی و اجتماعی)

1- آگاه نمودن بیمار از سیستم پذیرش در بیمارستان

2- احترام به خلوت و تنهایی بیمار

3- راز داری و مهربانی با بیماران و احترام به آنان

4- کمک به افزایش سلامتی بیماران و جلوگیری از پیشرفت بیماری

5- توجه به بیمار و خانواده بر اساس فرآیند پرستاری

ج) مقررات مربوط به آموزش بیماران

الف - توجه به بیمار هنگام بستری (بدوورود)

اهداف:

1- کاستن از اضطراب بیمار و تسهیل سازگاری او با محیط بخش

2- تشویق بیمار به بیان مشکلات خود و شرکت در برنامه مراقبتی

3- کسب اطلاعات پایه برای برنامه ریزی های بعدی مراقبتی و حصول اطمینان از آسایش و امنیت بیمار

4- رعایت بهداشت فردی و عمومی به منظور کاهش یا پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

ب- آموزش بیمار در طول مدت بستری

اهداف: بهبود و کنترل سیر درمان :

1- راهنمایی بیمار در خصوص دستورات صادره مثل تغذیه ، استراحت ، حرکت و خروج از تخت ، عدم دستکاری درن ها

، رابط ها و ...

2- گزارش علائم و مشکلات جسمی روحی به پزشک و پرستار

3- توضیحات مختصر در خصوص بیماری و عوارض و راههای مقابله با آن

4- عدم مداخله در دمان و یا دستکاری سرم ، رابط ها و ...

ج) آموزش بیمار هنگام ترخیص:

اهداف: حصول اطمینان از اینکه بیمار از آگاهی و مهارت لازم جهت مراقبت از خود در منزل برخوردار می باشد.

1- حصول اطمینان از اینکه بیمار وسایل ، امکانات لازم و مراقبتهای حمایتی را برای حمایت از خود در منزل دارد.

2- کاهش دادن اضطراب بیمار

3- دادن پمفلت آموزشی مرتبط با بیماری بیمار به وی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی، کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته بهبود کیفیت

هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیتهای بهبود کیفیت در کل بیمارستان

تدوین فهرست الویتهای و شاخص های بهبود کیفیت بیمارستان

بازنگری و تحلیل داده های حاصل از پایش نتایج اجرای فرایندها و تدبیر اقدامات اصلاحی

پایش وارزشیابی برنامه بهبود کیفیت بیمارستان

نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی

تدوین مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان

پیگیری موارد ارجاعی از واحد بهبود کیفیت بیمارستان

آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به تمام کارکنان بیمارستان شامل آموزشی و کاربردی در زمینه بهبود کیفیت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته اخلاق

نظارت بر حسن اجرای اخلاقی پزشکی در بیمارستان

نظارت بر اجرای منشور حقوق بیمار

رسیدگی به شکایات بیماران و همراهان آنها

تشویق کارکنان بالینی در زمینه رعایت مسائل اخلاقی در فعالیتهای پزشکی و بالینی

بررسی راههای اجرایی برای بهبود شرایط رفاهی بیماران

برقراری کنفرانسهای آموزشی برای ارتقای سطح کیفی اخلاقی پزشکی در بیمارستان

اجرای استانداردهای حقوق گیرندگان خدمت

اجرای آیین نامه انطباق

فراهم نمودن تسهیلات احکام شرعی و احیای فریضه نماز

اعتلای سطح اخلاق اسلامی و انسانی در سطح پرسنل بخش

ارائه رهیافت های لازم در زمینه استفاده مطلوب از یافته های علوم تجربی و امکانات تشخیصی درمانی منطبق بر موازین شرع مقدس

هماهنگی فعالیت کانون مذهبی بیمارستان در برگزاری مناسبت های اسلامی و ترویج شعائر اسلامی در محیط بیمارستان

پیاده سازی نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی، کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

اجرای استانداردهای ایمنی، آتش نشانی و بهداشت حرفه ای در اعتبار بخشی

تصویب و اجرایی نمودن مداخلات مناسب جهت رفع مشکلات شناسایی شده

اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان

تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی و انجام معاینات سلامت شغلی

تصویب و اجرایی نمودن دستورالعملهای اجرایی حفاظتی در بیمارستان

طرح مسائل و مشکلات حفاظتی و بهداشتی در جلسات کمیته و ارائه پیشنهادات لازم جهت رفع نواقص و سالم سازی محیط کار

توجه و آشناسازی کارکنان نسبت به رعایت مقررات و موازین بهداشتی و حفاظتی در محیط کار

تهیه دستورالعملهای لازم برای انجام کار مطمئن، سالم و بدون خطر و همچنین استفاده صحیح از لوازم و تجهیزات

پیشنهاد به مدیر بیمارستان جهت تشویق کارکنانی که در امر حفاظت فنی و بهداشت کار علاقه و جدیت دارند

پیگیری لازم در انجام معاینات قبل از استخدام و معاینات ادواری به منظور پیشگیری از ابتلای کارکنان به بیماری های ناشی از کار

جمع آوری آمار و اطلاعات مربوط به مسائل حفاظتی و بهداشتی و تنظیم و تکمیل فرم صورت نواقص موجود در بیمارستان

بازدید و چک کردن ابزار کار، وسایل حفاظتی و بهداشتی در محیط کار و نظارت بر حسن استفاده از آنها

ثبت آمار حوادث و بیماری های ناشی از کار کارکنان و تعیین ضریب تکرار و ضریب شدت سالانه حوادث

نظارت بر ترسم نمودار میزان حوادث و بیماری های حرفه ای و همچنین نصب پوستر ها آموزشی بهداشتی و حفاظتی در محیط کار

تعیین خط مشی روشن و منطبق با موازین حفاظتی و بهداشتی بر حسب شرایط اختصاصی هر بخش جهت حفظ و ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی محیط کار و کارکنان در محیط کار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی، کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

کمیته دارو و درمان

تدوین خط مشی های مصرف صحیح داروهای مهم (آنتی بیوتیک ها)

تنظیم، پایش و ارزشیابی خط مشی بیمارستان در استفاده صحیح از داروها

تدوین خط مشی ها و روشهایی برای کاهش اشتباهات تجویز دارو ها و عوارض جانبی ناخواسته

تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هر یک از بخش های بیمارستان موجود باشد

تهیه فهرستی از داروهای پرخطر یا داروهای با احتمال خطر بالا

تهیه فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهایی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند

بررسی و مطالعه در مورد میزان نیاز به انواع مواد غذایی (اعم از غذاهای رژیمی و سایر غذاها) از نظر کمی و کیفی، در سطح بیمارستان

*تهیه برنامه منسجم برای تهیه مواد اولیه غذایی یا غذاهای آماده از منابع استاندارد و با تضمین کیفیت، در چارچوب بودجه و سایر مقررات بیمارستانی، نظارت بر حمل بهداشتی مواد غذایی و نگهداری این مواد با شیوه های بهداشتی در محلهای و درجه حرارت مطمئن

نظارت مستمر بر نحوه تهیه، آماده سازی، طبخ، نگهداری، انتقال و توزیع و پذیرایی مواد غذایی و کنترل کیفی غذا در بیمارستان

کمک به تهیه برنامه غذایی روزانه بیماران، بویژه بیماران مصرف کننده غذاهای رژیمی، بصورتی که کالری روزانه مورد نیاز به بهترین وجه تأمین گردد. اعمال تنوع غذایی بر حسب فصول سال

نظارت بر تهیه و استفاده صحیح و به جا از مواد و پودرهای **Enteral feeding** و سرمهای مورد نیاز جهت تغذیه وریدی، به منظور استفاده در بیمارانی که امکان استفاده از تغذیه عادی ندارند

آموزش پرسنل بخش بخش تغذیه به منظور مراعات موازین بهداشت فردی، بهداشت محیط، مقررات غذایی و دستورالعمل بهداشت کار در آشپزخانه و سایر اماکن بیمارستان

نظارت بر تعویض به موقع وسایل پخت، ظروف مستعمل و غیر بهداشتی

پیشنهاد در جهت تهیه غذای سالم و مناسب برای پرسنل

تهیه و کنترل شناسنامه بهداشتی مشتمل بر گواهی صحت مزاج و عدم ابتلا به بیماریهای واگیردار و مسری، برای کلیه مأمورین امور تغذیه بیمارستان و انجام ادواری آزمایشات ضروری برای تأیید سلامت ایشان تهیه گزارش سالیانه از وضعیت امور تغذیه در بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات

اجرای استانداردهای مدارک پزشکی در اعتباربخشی

اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتباربخشی

تأیید فرمهای بیمارستانی طراحی شده و پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی

پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان

تهیه گزارشات ادواری و گزارشات تنظیم شده سالیانه

تهیه گزارشات منظم ماهیانه از فعالیت بخشها به تفکیک



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته بهداشت محیط

اجرای دستورالعملهای بهداشت محیط در اعتبار بخشی

نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان

نظارت بر بهداشت فردی و نظافت پرسنل بخش

نظارت بر نحوه جداسازی و دفع بهداشتی زباله ها

آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی زباله ها به پرستاران و پرسنل و پرسنل بخش

انجام واکسیناسیونهای ضروری برای کلیه پرسنل

نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری، شستشو، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه، ملحفه، البسه، گان، شان و

نظارت بر تفکیک اشیاء پارچه ای عفونی از غیر عفونی

نظارت بر نحوه صحیح و به مقدار مجاز از مواد مجاز ضد عفونی کننده و شوینده توسط پرسنل مربوطه و ارائه آموزشهای لازم به ایشان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوازود

شرح وظایف کمیته کنترل عفونت

اجرای دستورالعملهای کنترل عفونت در اعتبار بخشی

به روز رسانی و مرور منظم خط مشی ها و روشهای کنترل عفونت

جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه

نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونتهای بیمارستان به مدیران و واحدها

گزارش عفونتهای بیمارستانی به سازمانهای مرتبط

گزارش بیماریهای واگیر و غیر واگیر و موارد جدید به سازمانهای مرتبط

پایش و کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون در بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته مرگ و میر و آسیب شناسی

بررسی منظم همه موارد مرگ و میر (به ویژه موارد مرگ و میر غیر منتظره)

بررسی دوره ای عوارض

پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی

اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان

بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان

برگزاری کنفرانسهای مرتبط

گزارش تمام بیماریها در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت)

گزارش نمونه های بیوپسی، اتوپسی و نکروپسی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی، کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته بحران و بلایا

بررسی و تعیین بحران و بلایای محتمل در منطقه

تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بلایا

تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین های تعیین شده

نظارت بر انجام وظایف مسئولیت ها و اختیارات اعضای تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران

فعال سازی برنامه در زمان بحران

نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه

نظارت بر آموزش کامل پرسنل بخش به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه

نظارت بر تجهیزات مورد نیاز و آموزش پرسنل در جهت انجام صحیح CPR

نظارت بر مشکلات اورژانسها

نظارت بر انجام تریاژ و شاخصهای کیفی اورژانسها



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی، درمانی، گرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته طب انتقال خون

اجرای دستورالعملهای طب انتقال خون در اعتبار بخشی

بررسی عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده های خونی در بیمارستان

تصویب و اجرای مداخلات کاهش دهنده عوارض انتقال خون

ارتقای سطح دانش و آگاهی پرسنل بخش در زمینه طب انتقال خون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی، گرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف کمیته ایمنی مادر و نوزاد، ترویج زایمان طبیعی و تغذیه با شیر مادر

برنامه ریزی آموزش استاندارد کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک به صورت شرکت در کارگاههای

20 ساعته با صدور گواهی .

تشکیل دوره های بازآموزی برای کارکنان و نیز توجیه کارکنان جدیدالورود .

شرکت در دوره های بازآموزی و سمینارهای برگزار شده از سوی کمیته دانشگاهی و کشوری .

نظارت مستمر و منظم بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت دستورالعمل های مراقبت های مادر و کودک و آموزش مادران و اجرای اقدامات ده گانه توسط یکی از اعضای کمیته در

تمام نوبت ها : در اتاق زایمان ، بخش پس از زایمان و

فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارگانشان در بخش بستری هستند .

نظارت بر ترخیص همزمان مادران و شیرخواران .

نظارت بر اجرای قانون شیر مادر و کد بین المللی بازاریابی جانشین شونده های شیر مادر در زمینه حمایت از کارکنان شاغل شیرده و منع تبلیغات شیر مصنوعی و شیشه و گول

زنک .

اجرا و نظارت بر پایش های دوره های بیمارستان ، پیگیری دریافت نتایج و برنامه ریزی برای مداخلات لازم با زمان بندی مشخص ، حفظ مستندات در زونکن مخصوص برنامه شیر مادر و همکاری با مرکز بهداشت شهرستان و استان در انجام ارزیابی مجدد بیمارستان .
تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها .



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی کرمانشاه

بیمارستان حضرت رسول (ص) جوانرود

شرح وظایف دبیر ان کمیته های بیمارستانی

هماهنگی زمان تشکیل جلسات کمیته مربوطه با افراد جلسه و تعیین تواتر برگزاری جلسه با رئیس جلسه

تماس با کلیه اعضا جهت شرکت در زمان مقرر و ارسال دستور جلسه قبل از هر جلسه

اطلاع رسانی جلسات به دفتر مدیریت برای هماهنگی بیشتر

انشا صورتجلسه و ارسال نسخ آن به شرکت کنندگان و دفتر حاکمیت بالینی (پس از هر جلسه حداکثر تا 48 ساعت)

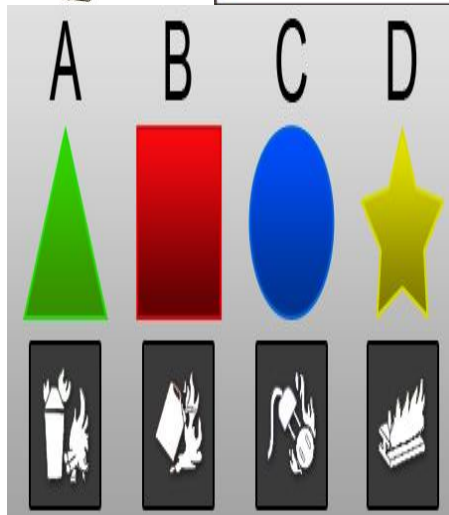
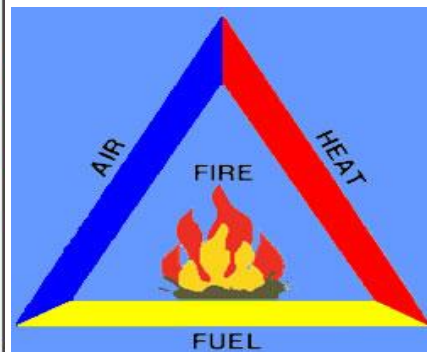
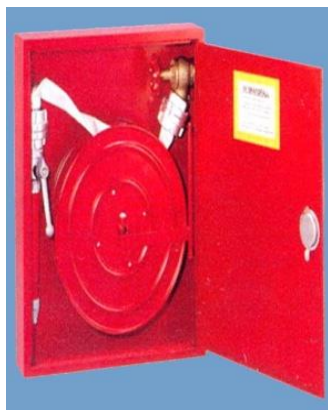
پیگیری مصوبات جلسه از مسئول پیگیری در طول مدت زمان مقرر و اعلام گزارش پیگیری در جلسه بعدی

برنامه آتش نشانی - اعلام حریق :





پسند حضرت رسول (ص) جوادزود



شما باید موارد زیر را جهت مقابله با آتش سوزی در محل کار خود بدانید:

- 1. نزدیک ترین کلید آژیر اعلام حریق
- 2. شماره تلفن واحد آتش نشانی و یا ایمنی و بهداشت صنعتی
- 3. نزدیک ترین وسیله خاموش کننده آتش اعم از کپسول آتش نشانی، چرخ لوله آب پاش و ...
- 4. نزدیک ترین مسیر خروج اضطراری
- 5. نزدیک ترین محل تجمع ایمن



ایمنی حریق:

مقدمه:

آتش سوزی یکی از خطرناک ترین پدیده هایی است که خسارات جانی و مالی عمده ای را به وجود آورده و خطری واقعی برای مراکز خدماتی چون بیمارستانهاست. از آنجا که بیماران موجود در بیمارستان افراد ناتوانی هستند و امکان نجات خود را ندارند بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیشتر از هر مکان عمومی دیگری می تواند باعث خسارات جانی شود، به علاوه به دلیل وجود دستگاهها و تجهیزات گران قیمت و متعدد در بیمارستان، آتش سوزی می تواند باعث خسارات مالی بزرگ نیز شود و شدیداً به وجه عمومی بیمارستان آسیب برساند. بنابراین ایمنی بیمارستان در برابر آتش سوزی یکی از

فاکتورهای مهم در نگهداری و ایمنی بیمارستان به حساب می آید. در گذشته آتش سوزیهای بزرگی در دنیا اتفاق افتاده که خسارتهای زیاد و تلفات بیشماری را در بر داشته است که از این موارد حدود یک سوم آن در محیط های کاری اتفاق افتاده که باعث تلفات و جراحت های زیادی شده است. ایران هم از این امر جدا نبوده و هر ساله شاهد آتش سوزیهای شدیدی هستیم که در اماکن و کارخانه جات مختلف روی می دهد. طبق بررسی های انجام شده در هر سال بین 60 تا 90 مورد آتش سوزی

به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت در شهرهای مختلف کشور رخ می دهد که بسیاری از آنها مر بوط به محیط های کاری است. نکته جالب اینکه حدود 75٪ از این آتش سوزیها طبق تحقیقات بعمل آمده قابل پیشگیری هستند

اهداف ایمنی حریق :

1. پیشگیری از بروز آتش سوزی
2. تامین سلامت کارکنان در ساختمان ، کاهش مرگ و میر و کاهش مصدومیت
3. به حداقل رساندن خسارت های مالی و اقتصادی
4. محافظت از ساختمان در برابر حریق
5. مهم ترین هدف کاهش زمان پاسخ یا زمان تأخیر

روش های دست یابی به اهداف ایمنی جان و مال در آتش سوزی

1. پیشگیری : با کنترل منابع سوخت و منابع اشتعال باید از عدم شروع حریق مطمئن شد.
2. ارتباطات: باید مطمئن شد که در صورت بروز حریق، ساکنان باخبر شده و همه سیستم های حساس به حریق یکی پس از دیگری فعال می شود.
3. نجات و فرار: باید مطمئن شد که در صورت حریق، ساکنین و محیط اطراف قبل از اینکه به وسیله گرما یا دود صدمه ببیند بتوانند به مناطق امن بروند.
4. محدود کردن حریق: حصول اطمینان از اینکه اندازه حریق در حداقل است.
5. اطفای حریق: اطمینان از اینکه می توان حریق را با سرعت و با کمترین هزینه خاموش کرد.

ماهیت حریق

حریق واکنشی است شیمیایی که در طی آن واکنش، ماده سوختنی با اکسیژن ترکیب شده و تولید حرارت و گازهای سمی میکند. (حرارت هم به عنوان ماده اولیه و هم محصول حریق خوانده میشود).

وقوع هر آتش نیاز به زمینه های فیزیکی و شیمیایی دارد. برای ایجاد آتش 4 عامل زیر که به هرم آتش معروف است ضروری می باشد و در صورت حذف تنها یکی از آنها ادامه حریق ممکن نیست.



- 1- اکسیژن
- 2- حرارت
- 3- مواد قابل اشتعال
- 4- واکنشهای زنجیره ای

اکسیژن

حداقل تراکم اکسیژن لازم برای آتش گیری 16٪ می باشد ولی بیشتر حریقها در 15٪ اکسیژن هم تا حدودی برقرار می باشند.

حرارت

برای شروع هر آتشی لزوما نیاز به درجه حرارت کافی می باشد ، حتی در مواقعی که حریق شروع شده باشد ، اگر حرارت کاهش یابد دامنه حریق محدود و بالاخره آتش خاموش می گردد. حرارت لازم در

مطالعه آتش گیری مواد با دو اصطلاح تعریف می شود:

- 1- نقطه شعله زنی
- 2- درجه آتش گیری

نقطه شعله زنی (flashpoint) :

درجه حرارتی است که در آن درجه حرارت یک ماده سوختنی مایع (یا حتی جامد) به اندازه کافی به بخار تبدیل می گردد و به محض نزدیک شدن شعله یا جرقه به آن باعث شعله ور شدن و شروع حریق

می گردد. فشار هوا در تعیین نقطه شعله زنی موثر است بطوریکه در فشار کمتر نقطه شعله زنی پایین تر می آید.

درجه آتش گیری (fire point) :

در صورتیکه گرمای مورد نیاز برای تداوم آتش وجود نداشته باشد در آتش گیری سوختها در درجه حرارت مربوط به نقطه شعله زنی حریق ادامه نخواهد یافت لذا برای ادامه حریق نیاز به حرارت بالاتری

می باشد که به آن درجه آتش گیری گویند. یا به عبارت دیگر درجه آتش گیری کمترین درجه حرارتی است که جهت ادامه احتراق ماده سوختنی مورد نیاز می باشد.

درجه حرارت خود سوزی (ignition temperature):

پایین ترین درجه حرارتی است که در آن ماده به خودی خود مشتعل می شود یعنی ماده بدون نزدیک شدن به شعله یا منبع دیگر جرقه زنی خود به خود خواهد سوخت ، و این بدان معناست که در شرایطی

خاص بعضی از مواد به خودی خود ایجاد حریق می نمایند.

احتراق خود به خودی (خود سوزی) (Auto ignition):

برخی از مواد به ویژه مواد آلی که ریشه کربنی دارند ممکن است در درجه حرارت محیط با اکسیژن واکنش نشان دهند، ترکیباتی مانند روغن برزک که دارای پیوندهای مضاعف کربن - کربن هستند.

برای این نوع واکنش بسیار مستعد هستند. اگر ماده سوختنی عایق خوبی برای حرارت باشد، حرارت ایجاد شده در چنین واکنشی نمی تواند از آن خارج شده در نتیجه درجه حرارت ماده بالا می رود و

واکنش بیشتر می شود تا زمانی که درجه حرارت آن به درجه حرارت اشتعال برسد و در نتیجه احتراق صورت پذیرد. همچنین تأثیر باکتری ها بر روی برخی مواد آلی سبب افزایش درجه حرارت آنها

می شود که گاهی منجر به بروز اشتعال می شود.

مواد سوختنی به سه شکل زیر ممکن است دچار خودبه خود سوزی شوند.

- 1- بالا رفتن درجه حرارت محیط تا حد نقطه اشتعال جسم
- 2- واکنش های شیمیایی گرما زا مانند ترکیب پر مگنات پتاسیم و روغن
- 3- برخی مواد که در شرایط خاص (مانند نبود تهویه مناسب) خود به خود آتش می گیرند مانند علوفه تازه چیده شده در انبار

درجه حرارت اشتعال به عوامل زیر بستگی دارد.

- الف) درصد بخارات تولید شده از ماده (فشار بخار)
- ب) درصد اکسیژن موجود در محیط
- ج) نوع منبع آتش زنه و مدت زمان تماس با آن
- د) حجم محلی که بخارات تولید می شود (فشار محیط)
- ه) وجود کاتالیزور واکنش (تسریع یا کند کننده)

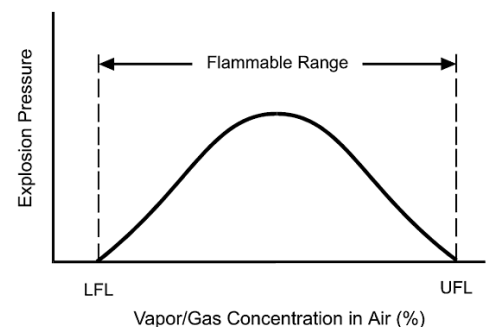
تعاریف کاربردی حدود حداقل و حداکثر قابل اشتعال و انفجار

زمانی یک گاز یا بخار مشتعل می شود که با هوای کافی مخلوط شده و نسبت قابل اشتعال یا انفجار را بوجود آورده باشد. اگر سوخت خیلی زیاد یا خیلی کم باشد آفرزش یا انفجار انجام نخواهد شد و در این صورت گفته می شود که مخلوط پایین تر یا بالاتر از حدود اشتعال یا انفجار خود است. پایین ترین حد اشتعال یا انفجار عبارت است از کمترین حد تراکم گاز که باعث ایجاد شعله یا انفجار گردد که بالاتر از آن اکسیژن کافی در مخلوط نخواهد بود.

گازها و بخارات علاوه بر نقطه جرقه زنی یا شعله زنی، حداقل و حداکثر غلظت قابل اشتعال یا انفجار را هم دارند. یعنی برای آنکه ماده ای مثل بخار بنزین دچار آتش گردد بایستی غلظت آن در هوا در یک محدوده معین باشد نه بیشتر و نه کمتر خارج از این محدوده آتش گیری رخ نمی دهد حتی اگر شعله یا جرقه ای وجود داشته باشد. حال اگر غلظت یک گاز یا بخار و قابل اشتعال در یک محفظه سربسته مثل

یک مخزن به این محدوده برسد و جرقه ای در آن ایجاد گردد. در صورت وجود اکسیژن در غلظت کافی اشتعال بسیار سریع توأم با آزاد شدن ناگهانی انرژی و گرمای بسیار بالا در زمان بسیار کوتاه حادث

می شود. که انفجار نامیده می شود.



مواد قابل اشتعال :

تمام موادی که به نحوی قابلیت تجزیه و اکسیداسیون دارند به عنوان ماده سوختنی قلمداد می شوند. این مواد می توانند جام، مایع و گاز با منشأ طبیعی یا مصنوعی باشند. سرعت سوختن یا گسترش شعله در مواد مختلف متفاوت است لذا برخی مواد ممکن است بتوانند اکسیده شوند اما در شرایط عادی ماده سوختنی تلقی نمی گردد. (مانند آهن که اکسیده می شود)

شرایط سوخت :

سوخت های جامد

اغلب جامدات سوختنی ترکیبات حاوی کربن، هیدروژن، نیتروژن و اکسژن هستند. و لذا موقع سوختن گاز دی اکسید کربن و بخار آب تولید می کنند. در شرایطی مثل اتاق های بسته یا فضاهای محصور که نفوذ هوا کم بوده و اکسیژن کافی وجود ندارد. سوختن مواد به صورت ناقص رخ داده و به جای دی اکسید کربن، مونو اکسید کربن که گازی سمی است تولید می شود. این گاز سمی، بی رنگ، بی بو و بی مزه عامل اصلی بسیاری از مرگ های ناشی از حریق است. مهمترین عوامل موثر در اشتعال مواد جامد سطح تماس ماده با هوا، خاصیت هدایت حرارتی، میزان رطوبت و سرعت انتشار شعله بر روی آنهاست.

سوخت های مایع

این نوع سوختها مثل بنزین، الکل، نفت و گازوئیل تحت شرایط مختلف دما و فشار به شکل بخار در می آیند. در این خصوص درجه فراربت و نقطه جوش (تبخیر) اهمیت بسیاری دارد. مثلاً بنزین و الکل تحت شرایط دائمی معمولی به راحتی تبخیر می شود و اگر این بخارات در فضاهای بسته و بدون تهویه هوا جمع شوند می توانند با اولین جرقه خطر انفجار و آتش سوزی را به دنبال داشته باشند.

سوخت های گازی

معمولاً در محیطهای صنعتی این گازها تحت شرایط فشار و دما در داخل سیلندرها نگهداری می شوند مثل گاز استیلن، یا با داشتن مواد اولیه در مواقع مورد نیاز تولید می شوند مثل گاز استیلن که در انبار کاربرد تولید می شود و یا به شکل طبیعی خود تحت سیستم لوله کشی مصرف می شوند مثل گاز شهری. از مهمترین گازهای قابل اشتعال می توان به هیدروژن، استیلن، متان، پروپان و غیره اشاره کرد.

واکنشهای زنجیره ای :

امروزه در مبحث ماهیت آتش، بعد چهارمی برای ایجاد حریق معلوم گردیده که به آن واکنشهای زنجیره ای می گویند این زنجیره در تغییر حالت ماده و ترکیب مکرر آن با اکسیژن حاصل می گردد و تداوم آتش به آن وابسته است.

تعاریف:

خروج اضطراری : تعریف اصولی فرار یا خروج اضطراری آن است که افراد به خارج از ساختمان و یا به محل امن بروند

خروج نهایی یا فرار کامل : که شامل خروج از ساختمان و رسیدن به فضای باز و ایمن توسط افراد ایست که قادر به انجام این کار هستند. خروج نهایی و رسیدن به فضای باز، نجات مطلق را بوجود می آورد.

پناهگاه یا منطقه امن : محلی در همان طبقه ساختمان است که از حفاظت و ایمنی بالا در برابر آتش و محصولات آن برخوردار است. منطقه حفاظت شده یا امن و مسیرهای فرار باید دارای ایمنی لازم جهت جلوگیری از گسترش حریق و یا ورود محصولات حریق باشند.

نقطه تجمع (Fire assembly point): مکانهایی که در بیمارستان با علامت زیر مشخص گردیده و در هنگام بروز آتش سوزی و انجام عملیات تخلیه کلیه کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان بایستی در این محل مستقر گردند.

پیشگیری (Prevention): مجموعه اعمال و اقداماتی که باعث جلوگیری از سوانح یا کاهش شدت یا تکرار حادثه ای خطرناک می شوند

آمادگی (Preparedness): مجموع اقدامات و قوانینی که قبل از حادثه توسط انسان ها وضع می شود تا سبب کاهش آسیب هایی شود که احتمال وقوع آنها در اثر حادثه وجود دارد. (شامل

سیستم های هشدار دهنده، تخلیه، جابجایی، ذخیره غذا و آب و لوازم پزشکی، پناهگاه های موقت، تمرین های ویژه و سایر اقدام های مشابه می باشد).

حوادث داخلی (Disaster Internal): حوادث داخلی به آتش سوزی، انفجار، پخش و انتشار مواد خطرناک گفته می شود.

کد اعلام آتش سوزی (Fire code): این کد برای اعلام آتش سوزی تعیین گردیده و هر فردی که با آتش سوزی روبرو می شود بایستی این کد را اعلام نماید.

حوزه تحت پوشش (SCOPE): کلیه افراد اعم از کارکنان، ملاقات کنندگان و بیماران که در واحدهای درمانی، تشخیصی مراکز درمانی جمعیت هلال احمر در کشور امارات عربی متحده (دبی) شامل

تمام بخشهای بستری و سرپایی شامل بخشهای ویژه و بخش های پاراکلینیک حضور داشته و یا مراجعه می نمایند بایستی این سیاست و رویه را اجرا نمایند.

تعریف سوختن :

مولکولهای سوخت در اثر تشعشعات انرژی حرارتی شکسته شده و با اکسیژن ترکیب می شوند. تشکیل مولکولهای جدید کوچکتر باعث آزاد شدن انرژی به صورت نور و گرما می شود که این انرژی، خود

انرژی اولیه شکست مولکولهای بعدی سوخت را تأمین کرده و موجب ادامه آتش سوزی می شود.

احتراق کامل و ناقص :

احتراق کامل هنگامی است که تمام عناصر موجود در سوخت به بالاترین حد اکسیداسیون خود برسند ولی اگر مقداری از مواد قابل اکسید شدن در سوخت باقی بماند یا همراه دود برده شوند. احتراق

ناقص صورت گرفته است و در این حالت مقداری انرژی تلف شده است.

برای احتراق کامل شرایط زیر باید فراهم باشد:

1- اکسیژن به مقدار کافی جهت سوختن موجود باشد.

2- ماده قابل سوخت باید به خوبی با اکسیژن مخلوط گردد.

مایعات به آسانی گازها محترق نمی شوند، زیرا هوا نمی تواند در ذرات آنها کاملاً نفوذ نمایند. ولی اگر مایع را در اثر فشار به صورت پودر در آوریم با هوا مخلوط شده و مانند گازها به خوبی می سوزد

اجسام جامد فقط در حالتی به سادگی محترق می شوند. که به صورت قطعات کوچک باشند.

دسته بندی انواع حریق

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی، حریقها را برحسب ماهیت مواد سوختنی به دسته های مختلفی تقسیم بندی می کنند. در آمریکا تقسیم بندی به 4 دسته و در اروپا به 5 دسته

تقسیم کرده اند.

با توجه به شرایط کشور ما در زمینه مواد مصرفی آتش گیر نفتی خصوصاً گازهای طبیعی و گاز مایع شده الگوی اروپایی که مورد تایید ISO نیز می باشد مناسب تر به نظر می رسد. اخیراً دسته جدیدی به علت وسعت حریقها تحت عنوان F یا K اضافه شده که مربوط به حریق آشپزخانه و روغنهای آشپزی است.

طبقه بندی آتش سوزی ها با استاندارد اروپایی (BS)

کلاس A: جامدات قابل اشتعال از جمله کاغذ، اثاثیه، فرش، پلاستیک، چوب، لاستیک، حبوبات،

کلاس B: مایعات قابل اشتعال از جمله بنزین، پارافین، گازوئیل، روغن ها...

کلاس C: گازهای قابل اشتعال بوتان، پروپان، استیلن، ئیدروژن،

کلاس D: فلزات قابل اشتعال از جمله مگنزیوم، آلومینیوم

کلاس E: الکتریکی (برق)

کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

طبقه بندی آتش سوزی با استاندارد NFPA (National Fire Protection Association)

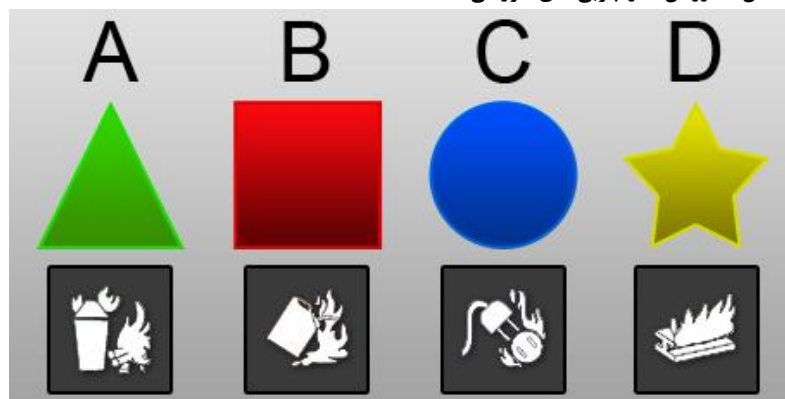
کلاس A: جامدات قابل اشتعال از جمله کاغذ، اثاثیه، فرش، پلاستیک، چوب، لاستیک، حبوبات،

کلاس B: مایعات قابل اشتعال و گازها از جمله بنزین، پارافین، گازوئیل، روغن ها بوتان، پروپان، استیلن، ئیدروژن، و...

کلاس C: وسایل الکتریکی (برقی)

کلاس D: فلزات قابل اشتعال از جمله مگنزیوم، آلومینیوم

کلاس K: روغن ها و چربی های خوراکی





آتش سوزیهای گروه A

این طبقه موادی را شامل می شود که پس از سوختن از خود خاکستر به جا می گذارند مانند فراورده های چوبی ، پنبه ای پشمی ، لاستیکی و انواع مختلف پارچه های مصنوعی ، حبوبات غلات و غیره برای خاموش نمودن این آتش سوزی ها بهترین روش سرد کردن و مؤثرترین وسیله آب می باشد
این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق ، عموماً جامد و دارای ترکیبات آلی طبیعی یا مصنوعی حاصل می شود مانند: کاغذ - پارچه - چوب - پلاستیک - و....
در این دسته مواد پس از سوختن از خود خاکستر به جای می گذارند.
خاموش کننده هایی که برای این گروه بکار می رود علامتی مثلث شکل و سبز رنگ با نشان A دارند.
مبنای اطفای این دسته حریق بر پایه خنک کردن است.

آتش سوزیهای گروه B

خطر آتش سوزی مایعات قابل اشتعال بستگی مستقیم به سرعت تبخیر شدن آنها دارد که در اثر دریافت حرارت از محیط یا یک منبع حرارتی ، گاز کافی برای تولید مخلوط قابل اشتعال یا انفجار آزاد کنند.
الف (مایعات سریع الاشتعال :
مایعات سریع الاشتعال به مایعاتی گفته می شود که نقطه تبخیر آنها پایین باشد مانند بنزین
ب (مایعات کند اشتعال:
مایعات کند اشتعال به مایعاتی گفته می شوند که نقطه تبخیر آنها بالاست. نفت خام ، روغن های حیوانی و غیره
مایعات قابل اشتعال از نظر حل شدن در آب به دو دسته تقسیم می شوند.
الف (مایعاتی که در آب حل می شوند مانند . الکل ها (مایعات غیر چرب)
ب (مایعاتی که در آب حل نمی شوند مانند . فرآورده های نفتی ، روغنی و غیره (مایعات چرب)
در ظرف های محتوی مایعات قابل اشتعال (بشکه یا تانکر های بنزین و نفت)
هر چه ظرف فضای خالی بیشتری داشته باشد. خطر انفجار به دلیل تولید بیشتر گاز افزایش می یابد. همچنین وسعت آتش سوزی نیز به وسعت سطح مایع بستگی دارد بنابراین در آتش سوزی مایعات
قابل اشتعال باید از پخش و جاری شدن مایع سوختنی جلوگیری کنیم. بهترین خاموش کننده اگر حریق در سطح کوچکی باشد پودر های شیمیایی و اگر در سطح بزرگتری باشد کف مکانیکی است . روش
اطفاء حریق مایعات قابل اشتعال شامل قطع نمودن منبع سوختنی ، قطع هوا به روش های مختلف سرد نمودن مایع جهت جلوگیری از تبخیر شدن آن و یا استفاده توأم از روش های فوق می باشد.

آتش سوزی گازها (گروه C):

هر گازی می تواند خطرناک باشد حتی هوای فشرده داخل سیلندر ها ، زیرا اگر حرارت به سیلندر برسد فشار داخل آن بالا رفته و ممکن است آنرا منفجر نماید.
گازها بر اساس خواص شیمیایی به دو دسته تقسیم می شوند :
گازهای قابل اشتعال (متان ، اتان ، پروپان ، بوتان ، استیلن ، هیدروژن) .
گازهای غیر قابل اشتعال (نیتروژن ، آرگون ، هلیوم ، دی اکسید کربن) .
گازهای قابل اشتعال از نظر وزن مخصوص نیز به دو دسته تقسیم می شوند.
1- گازهای سبکتر از هوا (هیدروژن ، گاز متان ، استیلن)
2- گازهای سنگین تر از هوا (گاز بوتان و پروپان ترکیبی ، هیدروژن سولفور)
در صورت اختلاط گازهای قابل اشتعال با هوا بانسبت های معین با شعله کبریت، جرقه کلید برق ، جرقه حاصل از کنتاکت یخچال برقی یا جرقه هر وسیله برقی دیگر مشتعل و منفجر و باعث وارد آمدن
زبان های جانی و مالی می گردد.

در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (عموماً مواد نفتی و روغنهای نباتی) ایجاد می شود.
برخی از این مواد نیز ممکن است در آب حلال باشند مانند الکل -استون و.. لیکن استفاده از آب برای اطفاء آن به هیچ وجه مناسب نیست.
این دسته شامل آتش سوزی ناشی از گازها و مایعات یا مخلوطی از آنها است که به راحتی قابل تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری. این گروه نزدیکترین نوع به گروه B می باشد.

خاموش کننده های مربوط به این دسته با علامت C در مربع آبی مشخص می شوند.
راه اطفای این حریق خفه کردن و سد نمودن مسیر نشستی می باشد.

آتش سوزیهای گروه D

این نوع آتش سوزی مربوط به فلزاتی مانند لیتیوم ، سدیم ، پتاسیم منیزیم و زیر کانیم است مواد اطفاء حریق که دارای آب باشند برای این آتش سوزی ها خطرناک هستند. به این دلیل که با مولکولهای آب واکنش داده و گاز هیدروژن همراه گرما تولید می کنند و گاز هیدروژن خود گازی قابل اشتعال بوده که می تواند حریق را گسترش دهد همچنین به کار بردن گاز کربنیک و پودر های شیمیایی بی کربنات ها ممکن است بی اثر باشند. در غالب آتش سوزی های مربوط به این فلزات ، به کار بردن پودر گرافیت ، پودر تالک ، سنگ آهک و ماسه خشک معمولاً مطلوب خواهد بود. حریق این دسته ناشی از فلزاتی است که سریعاً اکسید می شوند مانند منیزیم ، سدیم ، پتاسیم و.. می باشد خاموش کننده های مناسب برای اطفای این گروه با علامت ستاره زرد رنگ مشخص می شود.

آتش سوزیهای گروه E

آتش سوزی وسایل برقی ممکن است به دلایل زیر به وجود آید.
- خراب شدن عایق : عایق سیم ممکن است در اثر حرارت ، خسارت مکانیکی ، عوامل محیطی و آسیب ببینند .
- انواع اتصالات (فاز به فاز ، فاز به نول و)
- غیر استاندارد بودن وسیله
- شل بودن اتصالات و کشیدن بار اضافی
- استفاده از کلید و پریز نامناسب
در اطفاء حریق وسایل برقی ابتدا باید قطع برق را انجام داد و سپس از روش کاهش درصد اکسیژن همراه با سرد کردن استفاده نمود. بهترین خاموش کننده برای این گروه از آتش سوزی ها خاموش کننده CO2 بوده که هر دو عمل را انجام میدهد و چون اثری از خود به جا نمی گذارد خسارتی به دستگاه وارد نمی کند. همچنین به علت اینکه رسانای جریان الکتریسیته نیست خطر برق گرفتگی نیز شخص را تهدید نمیکند. آب به دلیل رسانا بودن نباید استفاده شود. ولی بعد از قطع جریان برق و اطمینان از نبود جریان ذخیره کاربرد آن مانعی ندارد.
این دسته شامل حریقهای الکتریکی می باشد که عموماً در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می افتد مانند سوختن کابل های برق و با وسایل برقی و حتی سیستمهای کامپیوتری .
راه اطفای حریق این دسته قطع جریان برق و خفه کردن حریق با گاز CO2 یا هالن و هالوکربن می باشد. خاموش کننده هایی که قابلیت کنترل این نوع حریق را دارند با حرف E نشان داده می شود.

آتش سوزیهای گروه F

این گروه شامل حریقهای آشپزخانه و مواد سوختنی مهم یعنی چربیها و روغنهای آشپزی می باشد. اخیراً خاموش کننده هایی برای این گروه تولید شده است.

روشهای عمومی اطفاء حریق بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد

سرد کردن خارج نمودن عامل حرارت
خفه کردن خارج نمودن عامل هوا.
سد کردن یا حذف ماده سوختنی خارج نمودن ماده قابل اشتعال.
کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن: (توسط آب، دی اکسید کربن)

قدیمیترین و متداول ترین روش کنترل حریق است.
عمدتاً به وسیله آب انجام می شود.
برای حریقهای دسته A مناسب است .
سرد کردن آتش بوسیله دی اکسید کربن نیز انجام می شود.
نکته قابل توجه این که میزان و روش بکارگیری آب در اطفای حریق اهمیت دارد.

خفه کردن : (توسط کف، دی اکسید کربن، خاک، ماسه و خاک)

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها مؤثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید کنند، مانند: نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی. همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت، سدیم، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند. موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه، پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختن:

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان برق، جابجا کردن مواد، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد. کنترل واکنش های زنجیره ای: (هالن و پودرهای مخصوص) برای کنترل واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن و برخی ترکیبات جامد مانند جوش شیرین مؤثر می باشد. این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گران تر از سایر روش هاست ولی می تواند بصورت مکمل برای مواد پر ارزش بکار رود.

درجه بندی مواد از نظر آتش گیری

- درجه 1 مواد غیر قابل احتراق
- درجه 2 مواد دیر سوز
- درجه 3 مواد کند سوز
- درجه 4 مواد سوختنی
- درجه 5 مواد تند سوز

درجات خطر مواد

جهت پیش بینی خطرات مواد و نحوه برخورد هنگام خطر، شامل حریق و مخاطرات شیمیایی و حتی بهداشتی، کدهای بین المللی پیش بینی شده که باید علامتهای مربوط بر روی ظروف و بسته بندی های مواد درج گردد.

این کدها در یک لوزی که به 4 بخش تقسیم شده است و به آن لوزی خطر گفته می شود درج می گردد. کلیه درجات خطر بین صفر تا 4 تعیین می گردد

درجه بندی مواد از نظر اشتعال

- ۱- آتش نمی گیرد
- ۲- نیاز به حرارت قابل توجه دارد تا آتش بگیرد
- ۳- نیاز به حرارات مختصری دارد تا آتش بگیرد.
- ۴- احتمالاً در شرایط عادی نیز آتش می گیرد
- ۵- مایعات با قابلیت اشتعال بالا یا گازهای مایع شده که به سرعت آتش می گیرند.

مخاطرات بهداشتی مواد هنگام حریق

- ۱- به هنگام حریق خطر خاصی ندارد
- ۲- مخاطرات محدودی دارند و هنگام اطفاء حریق ترجیحا نیاز به ماسک است.
- ۳- مخاطرات آنها محرز است و با ماسک تنفسی می توان به محیط آتش آنها رفت.
- ۴- موادی که برای سلامت بسیار خطرناک هستند و ورود با احتیاط و لباس حفاظتی و ماسک امکان پذیر است.
- ۵- به شدت مخاطره آمیز بوده و مرگ آور هستند حتی مخاطره پوستی نیز ایجاد می کنند.

چگونگی اعلام حریق یا حادثه به آتش نشانی :

شما باید با روش درست اطلاع رسانی به آتش نشانی به طور کامل آشنا باشید. و آن را به افراد خانواده، دوستان و آشنایان خود نیز بیاموزید. اهمیت این نکته در آن است که می توان با اطلاع رسانی صحیح موجب شد تا نیروهای آتش نشانی در کمترین زمان ممکن به محل وقوع حادثه رسیده و بدین ترتیب از بار خسارت های احتمالی مالی و جانی که می تواند افراد جامعه را مورد تهدید قرار دهد کاست. این روش از بروز اشتباه در آدرس یابی (به دلیل وجود معابر با نام های مشابه) جلوگیری کرده و نیروهای عملیاتی سازمان آتش نشانی می توانند با انتخاب بهترین مسیر به محل آتش سوزی برسند.

روش درست اعلام آدرس به آتش نشانی :

1. ابتدا خونسردی و آرامش خود را حفظ می کنیم تا از عهده ی انجام کار به درستی بر آییم
 2. با تلفن 125 آتش نشانی تماس می گیریم.
 3. بعد از برقراری تماس نوع حادثه را اعلام می کنیم. (اینکه حریق است یا نه و یا نوع حادثه را با جزئیات کامل مشخص می کنیم. حوادثی مانند آوار، آسانسور، تصادف، مشاهده ی جانوران خطرناک ، چاه و.....)
- اعلام آدرس به ترتیب : محدوده اصلی - میدان اصلی - خیابان اصلی - میدان و خیابان فرعی - کوچه و پلاک . بعضی آدرس ها نیز ممکن است دارای بن بست یا کوچه های تو در تو باشد که
- می بایست مورد توجه قرار گیرند.
- این نوع آدرس دادن کمک می کند. تا آتش نشانان دچار اشتباه نشوند. چرا که ممکن است چندین کوچه و خیابان با نام مشابه در یک شهر وجود داشته باشد. و این روش در رسیدن نیروی آتش نشانی در کوتاهترین زمان ممکن و با انتخاب بهترین مسیر بسیار مؤثر خواهد بود.



تجهیزات مورد استفاده در هنگام آتش سوزی

بر اساس شیوه اطفاء حریق ، میزان گسترش حریق و نوع حریق تجهیزات متنوعی وجود دارد. انواع این تجهیزات شامل دو گروه عمده می باشد:

الف - تجهیزات متحرک

ب - تجهیزات ثابت

تجهیزات متحرک

1. وسایل ساده مانند سطل شن، سطل آب ، پتوی خیس و پتوی نسوز آتش نشانی.
2. خاموش کننده های دستی با حداکثر ظرفیت 14 کیلوگرم یا 14 لیتر خاموش کننده در انواع مختلف.
3. خاموش کننده های چرخدار (تا ظرفیت 90 کیلوگرم)
4. خاموش کننده های بزرگ خودرویی یا قابل حمل توسط قایق، کشتی، هلی کوپتر و هواپیما. این تجهیزات دارای قابلیت امدادی نیز بوده و کارایی بسیار وسیعی دارند.

تجهیزات ثابت

1. جعبه اطفاء حریق (شیلنگ با آب تحت فشار)
2. شبکه ثابت خاموش کننده مبتنی بر آب (شبکه افشانه ای) کف، CO₂ ، پودر و ترکیبات هالوژنه
3. شیرهای برداشت آب آتش نشانی (ایستاده و دریچه دار)

سیستم حفاظت در برابر حریق: (اطفاء حریق)

1. سطحهای آتش نشانی حاوی شن و ماسه: این سطرها در قدیم حاوی آب بوده اند که امروزه جای خود را به شن و ماسه داده اند. گنجایش این سطرها 10-15 لیتر است که در حال حاضر بیشتر در پمپ بنزینها نگهداری میشوند.
 2. کپسول اطفاء حریق شامل: کپسول حاوی آب، کپسول حاوی پودر، کپسول حاوی کف، کپسول حاوی هالونها و مهم تر و پرکاربردترین کپسول حاوی CO₂
- کپسولهای آب: به رنگ قرمز، حاوی آب و گازهای عامل فشار است.
- کپسولهای پودر: به رنگ آبی، حاوی پودر و گاز عامل فشار است.
- کپسولهای کف: به رنگ کرم، حاوی سولفات آلومینیوم و بیکربنات سدیم هستند.
- کپسولهای هالون: به رنگ سبز، حاوی هیدروکربنهای هالوژنه هستند.
- کپسولهای CO₂: به رنگ مشکی، نازل شیبوری، بدنه یکپارچه و خروج به شکل برف مانند اند. گفتنی است تشکیل دانه های برفی بدین علت است که گاز درون کپسول تحت فشار زیاد به شکل مایع

در آمده و در هنگام خروج از کپسول گرمای هوا را گرفته تا به شکل اولیه اش در آید. در این هنگام مولکولهای بخار آب موجود در هوا (نه گاز گرمای خود را از دست داده و به شکل دانه های برف در میآیند.

3. شیرهای آتش نشانی: این شیرها به رنگ قرمز در مسیر ورودی اماکن بزرگی چون بازارها قرار دارند و شامل شلنگهای بلندی هستند تا امر اطفاء حریق با سهولت انجام شود.

4. جعبه های آتش نشانی که با حرف F نمایش داده شده اند: جعبه ها به رنگ قرمز، دارای قسمت شیشه ای در قسمت پایین که با شکستن شیشه کلید جعبه برداشته شده و محتویات (شلنگهای

طولانی که به مخزن آبی غیر از آب شهر متصل است، کپسول اطفاء حریق و شاید تبری جهت آسانی شکستن شیشه ها توسط آتش نشان) مورد استفاده قرار میگیرد.

استفاده از جعبه آتش نشانی (Fire Box)



1- درب جعبه را با کلیدی که در مقابل دید شما در محفظه شیشه ای قرار دارد باز کنید.

2- حلقه شیلنگ آتش نشانی را در جهت زاویه 90 درجه به سمت بیرون جعبه هدایت نمایید.

3- با چرخاندن حلقه ، شیلنگها را از روی آن خارج نموده و کاملاً باز نمایید.

4- سر نازل آماده روی شیلنگ ها را به دست گرفته و به طرف آتش حرکت کنید.

5- ابتدا شیر نازل و سپس شیر فلکه آب فایر باکس را باز نمایید.

6- در صورتی که فاصله تا محل آتش سوزی از طول شیلنگ آماده شده طویل تر باشد باید

از لوله نواری یدکی جهت امتداد دادن شیلنگ استفاده نمایید.

7- شیر نازل را به سمت آتش سوزی گرفته و به صورت جاروب آن را خاموش نمایید.

8- پس از انجام عملیات باید شیلنگ ها را از محل کوپلینگ ها باز نموده وبعد از تخلیه آب و خشک کردن در سایه ، به صورت اول به حلقه فلزی جعبه پیچانده شود.

9- فایر باکس به صورت فصلی بازدید شده و از کارایی آن اطمینان حاصل نمایید.

5. دریهای ضد حریق: این دریها در برابر حرارت های بالا مقاوم بوده و تا کاهش دما و اطفاء حریق بسته میمانند و از این رو لازم است به راههای خروج اضطراری ختم شوند.

6. اسپرنکلرها: در اصطلاح لوله کشی هایی در قسمت سقف و دیوارهای ساختمانهای بزرگ هستند که در بیشتر مواقع به مخزن آب متصلاند و در صورت آتشسوزی به طور خودکار عمل میکنند.(لازم

به ذکر است که در بعضی از صنایع بزرگ از اسپرنکلرهای موضعی با توجه به نوع آتشسوزی های احتمالی استفاده میشود).

7. فرد آتش نشان: فردی آموزش دیده ، با توان جسمی و سرعت بالاست.

8- شستی اعلام حریق (Manual Call Point) : در مواردی که حریق توسط خود افراد شناسایی میشود

برای اعلام سریع و موثر از سیستم اعلام دستی استفاده می شود. این سیستم شامل کلید شستی اعلام حریق

و بخش بخش الارم صوتی یا نوری می باشد به محض دیدن حریق فرد بایستی سریعاً نزدیکترین جعبه را

شکسته و کلید شستی داخل آن را فشار دهد. پیام های اعلام حریق می تواند برای ساکنین ، شاغلین ، گروه های عملیاتی یا سیستم های عملیاتی اطفاء حریق

متفاوت خواهد بود این پیام ها می تواند به صورت نوری یا صوتی یا ترکیبی از این دو باشد شستی اعلام حریق یا Manual Call Point یکی از تجهیزات لا

اعلام حریق بوده که جهت اعلام آتش سوزی توسط اشخاص طراحی گردیده است. این دستگاه که شامل یک سوئیچ و یک مقاومت شبیه ساز حالت آتش سوزی می باشد که به همراه

سایر قسمت های مکانیکی تعبیه شده به ما این امکان را می دهد که به محض مشاهده ی آتش سوزی بصورت دستی آن را فعال ساخته و آلارم سیستم را به صدا در آوریم.

نکات مهم :

1- در هر محل باید حداقل دو دستگاه خبر کننده وجود داشته باشد تا در صورت خرابی حداقل یکی از آنها عمل کند.

2- همچنین این سیستم بایستی وسیله ای برای خاموش کردن آلارم داشته باشد.

3- برای مکانهایی که افراد ناشنوا اشتغال یا تردد دارند لازم است از پیام های نوری نیز استفاده شود.



این سیستم بایستی به صورت روزانه ، هفتگی ، فصلی و سالیانه بازرسی و تست گردد.

مواد خاموش کننده آتش :



فراگیر ترین وسیله خاموش کننده شامل این دسته می باشد، زیرا در لحظات اولیه بروز حریق می توانند به طور مؤثری توسط افراد عادی به کار گرفته شوند. این دستگاه ها ارزان و ساده بوده و در دسترس می باشند، نیاز به آموزش پیچیده ندارند و در اطفاء حریق های کوچک یا شروع حریق های بزرگ کاملاً مناسب هستند. حداکثر ظرفیت خاموش کننده های دستی 14 کیلوگرم است به طوری که یک نفر به راحتی قادر به حمل و استفاده از آن است. کپسول های آتش نشانی قابل حمل، طوری طراحی شده اند که به آسانی برای آتش سوزی های کوچک و قابل کنترل مورد استفاده قرار می گیرند. جهت استفاده از این کپسول ها باید به برچسب روی آنها توجه شود چرا که بر روی این برچسب ها اطلاعاتی در مورد کپسول مورد استفاده نوشته شده است. هر کپسول، ویژه ی خاموش کردن نوع خاصی از آتش طراحی شده و استفاده نادرست آنها ممکن است باعث مشتعل تر شدن آتش و بروز خسارات جبران ناپذیری گردد. محل نصب و قابل دسترس بودن این کپسول ها، نکته مهم دیگری است که باید مورد توجه قرار گیرد. باید دقت نمود که این کپسول ها در محل های قابل مشاهده و قابل دسترس، با بررسی های دقیق فیزیکی، نصب شده و در اختیار افرادی قرار گیرند که با کاربرد آنها آشنایی کافی داشته باشند. استاندارد (انجمن ملی حفاظت در برابر آتش سوزی) وجود یک مهندس یا بازرس آتش نشانی را جهت نظارت ماهیانه یا سالانه بر کپسول های آتش نشانی قابل حمل، الزامی ندانسته اما نگهداری و مراقبت و نیز تعمیرات آنها باید توسط (مالک، ساکنان و یا نمایندگان مشخص انجام شود. بهتر است تعمیرات و نگهداری این کپسول ها توسط نماینده آتش نشانی و یا فردی آموزش دیده ایمنی صورت پذیرد.

انواع مختلف اطفاء کننده ها:



Water	Dry powder	Foam	CO ₂ Carbon dioxide	Wet chemical
For use on Wood, Paper, Textiles etc. Do not use on Flammable Liquids Live electrical equipment	For use on Wood, Paper, Textiles etc. Flammable Liquids Gaseous fires Do not use on Live electrical equipment	For use on Wood, Paper, Textiles etc. Flammable Liquids Do not use on Live electrical equipment	For use on Flammable Liquids Live electrical equipment Do not use in a confined space	For use on Wood, Paper, Textiles etc. Cooking oil fires

نوع کپسول	دسته حریق	مشخصات
آب	A	برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد.
دی اکسید کربن	B, C, E	برچسب یا نوار مشکی دارد.
پودر خشک	A, B, C, E	برچسب یا نوار آبی رنگی دارد.
فوم	A, B	برچسب یا نوار کرم رنگی دارد.
شیمیایی تر	F	دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است.

Fire Extinguisher Chart

Extinguisher		Type of Fire				
Colour	Type	Solids (wood, paper, cloth, etc)	Flammable Liquids	Flammable Gasses	Electrical Equipment	Cooking Oils & Fats
	Water	✓ Yes	✗ No	✗ No	✗ No	✗ No
	Foam	✓ Yes	✓ Yes	✗ No	✗ No	✓ Yes
	Dry Powder	✓ Yes	✓ Yes	✓ Yes	✓ Yes	✗ No
	Carbon Dioxide (CO2)	✗ No	✓ Yes	✗ No	✓ Yes	✓ Yes

Symbols found on fire extinguishers & what they mean

Wood, paper & textiles
Flammable liquids
Flammable gases
Electrical contact
Cooking oils & fats



	Water	Foam	ABC Powder	Carbon Dioxide	Wet Chemical
Wood, paper & textiles (A)	✓	✓	✓	✗	✓
Flammable liquids (B)	✗	✓	✓	✓	✗
Flammable gases (C)	✗	✗	✓	✗	✗
Electrical contact (E)	✗	✗	✓	✓	✗
Cooking oils & fats (F)	✗	✗	✗	✗	✓

چه کسانی از خاموش کننده استفاده می کنند؟

1. ادارات آتش نشانی ها (شهری و صنعتی) که افرادی آموزش دیده اند.
2. کارکنان (ادارات یا صنایع) که افرادی آموزش دیده یا آموزش ندیده اند.
3. مالکین خصوصی (منزل، اتومبیل، کشتی و غیره) معمولاً افراد آموزش ندیده اند.
4. افراد عادی معمولاً افراد آموزش ندیده اند.

زمانی که افراد آموزش ندیده باشند استفاده از خاموش کننده به تاخیر می افتد، مواد اطفاء کننده هدر می رود و خاموش کننده بیشتری استفاده می شود.

مشخصات خاموش کننده ها شامل موارد زیر است:

1. ظرفیت
2. فشار تخلیه
3. طول پرتاب (پاشش مواد اطفاء)
4. درصد تخلیه
5. مشخصات فنی
6. مشخصات سر لوله پاشنده
7. علائم و برچسب ها

ظرفیت خاموش کننده

حداکثر ظرفیت ماده خاموش کننده در نوع دستی 14 کیلوگرم یا 14 لیتر است به طوری که یک نفر به راحتی قادر به حمل و استفاده از آن باشد. از این وسایل برای حریق های کوچک یا در لحظات شروع حریق می توان استفاده نمود. طراحی ظاهر و مکانیسم کار آن ها بر اساس روش اطفاء حریق ، ماهیت مواد و ترکیبات خاموش کننده می باشد.

دسته بندی مواد خاموش کننده

مواد خاموش کننده بر اساس عملکرد به ۴ دسته قرار می گیرند. به دلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده به طور هم زمان استفاده کرد

طبعاً هرکدام از این گروه در اطفای حریق دارای معایب و مزایایی می باشند. این مواد شامل گروههای زیرند:

الف- مواد سرد کننده (آب، CO_2)

ب - مواد خفه کننده (کف، CO_2 ، خاک، ماسه)

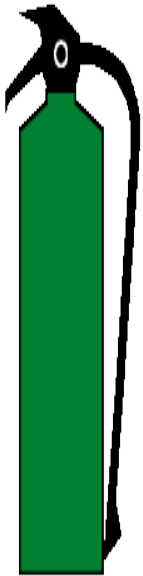
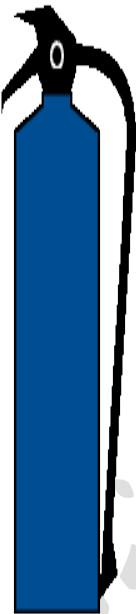
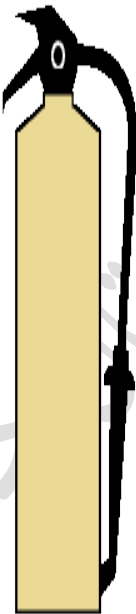
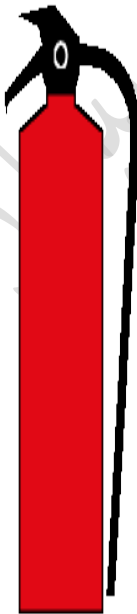
ج - مواد رقیق کننده هوا (CO_2 ، N_2)

د - مواد محدود کننده واکنشهای زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودرهای مخصوص)

دسته بندی خاموش کننده ها از لحاظ کاربرد

نوع مواد خاموش کننده	آتش سوزی مواد خشک	مایعات قابل اشتعال	گازها	الکتریسیته
آب	***	---	---	---
کف	**	***	---	---
پودر	*	**	**	*
گاز CO_2	---	**	---	***
مواد هالوژنه	*	**	---	***
بسیار مؤثر		***		
مؤثر		**		
ضعیف		*		

در تقسیم بندی دیگر خاموش کننده های دستی به پنج گروه تقسیم می شوند

 USE FOR ELECTRICAL & FLAMMABLE LIQUID FIRES LIQUIDS VAPOURISING	 USE FOR ELECTRICAL & FLAMMABLE LIQUID FIRES CO₂	 USE FOR ALL RISKS - FLAMMABLE LIQUIDS & GASES POWDER	 USE FOR FLAMMABLE LIQUIDS OILS FAT & SOLIDS ETC FOAM	 USE FOR WOOD, PAPER, FABRICS ETC WATER
--	---	--	--	--

الف - خاموش کننده های محتوی آب

ب - خاموش کننده های محتوی کف

ج - خاموش کننده های محتوی پودر شیمیایی

د - خاموش کننده های محتوی گاز CO₂

ه - خاموش کننده های محتوی مواد هالوژنه (هالن)

آب

خاموش کننده های محتوی آب:

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثرترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا هستند .

آب همانقدر که در خاموش کردن آتش می تواند مفید واقع شود به همان اندازه هم می تواند در صورت استفاده نابجا مخاطره آمیز بوده به گسترش حریق یا ایجاد خسارت زیاد کمک نماید.

در استفاده از آب باید با توجه به نوع ماده و گسترش حریق آنرا بصورت قطرات ریز و با فشار بالا بکار برد.

مشخصات

1. مکانیسم عمل از طریق سرد کردن است.
2. موثرترین ماده برای حریقهای نوع است.
3. برای حریقهای نوع B-C-D کاربرد ندارد.
4. عامل خارج کننده آب از مخزن گاز CO₂ یا هوا می باشد.
5. طول پرتاب آب در این کپسولها بین 4-6 متر می باشد.

مزایای آب به عنوان یکی از مواد خاموش کننده آتش

فراوان و ارزان است .

برای این امر نیازی به تصفیه ندارد.

ویسکوزیته (چسبندگی) پایین دارد به همین دلیل به راحتی قابل انتقال می باشد(در مجاری فلزی ،لاستیکی،و...به راحتی جاری می شود).

دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی است که به همین علت به عنوان یک سرد کننده مطلوب عمل می کند.

گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا است و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب میکند.

غیر قابل تجزیه است حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود.

توان سرد کنندگی بالایی دارد .

معایب آب به عنوان یکی از مواد خاموش کننده آتش

سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در وسایل اطفاء متحرک مشکل است.

هادی الکتریسیته است (در جاهایی که جریان برق وجود دارد خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد)

دارای خطر تخریب است (مخصوصا موقعی که به صورت جت پاشیده می شود)

مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می شوند .مثل داروها، اثاثیه، کارتنها و رنگها و...

با برخی از مواد واکنش می دهد مثل کاربید و...

به خاطر افزایش حجم زیاد آب هنگام تبخیر در صورتی که روی مایعات قابل اشتعال ریخته شود منجر به پاشش و انفجار آن و گسترش حریق می شود.(برای رفع

این مشکل از آب سبک یا آب نازک

استفاده می شود و منظور از آب سبک آبی است که با ماده ای به نام سورفاکتانت مخلوط می شود

به دلیل کشش سطحی آب نفوذ آن در تل مواد مثل زغال سنگ و خاک اره محدود است.(برای رفع این مشکل از دترجنت برای کم کردن کشش سطحی اب استفاده می شود)

خاموش کننده های محتوی آب به چهار گروه تقسیم می شوند:

- a. سود اسید(این نوع خاموش کننده فعلا مورد استفاده قرار نمی گیرد)
- b. آب و گاز
- c. آب و هوا
- d. آیفکس

خاموش کننده آب و گاز

ظرفیت این خاموش کننده 2 گالن می باشد.

گاز مورد نیاز CO₂ است که هر بالن (فشنگی) هنگام عمل فشاری در حدود psi 150 تولید می کند.

این نوع دومدل دارد: یکی بالن دار که بالن محتوی گاز در خارج قرار دارد و با باز کردن فلکه ،خروج گاز امکان پذیر است .دوم تحت فشار دائم که بالن در داخل کپسول آب قرار دارد و با استفاده از اهرم

مربوطه گاز آزاد می شود.

امروزه نوع بالن دار تجاری نیست و به جای آن از نوع تحت فشار دائم استفاده می شود.

خاموش کننده های آب و گاز تحت فشار دائم

مخزن این خاموش کننده تحت فشار مداوم از CO₂ یا هوای فشرده با فشار psi 60-150 می باشد.

مشخصه ظاهری این کپسولها وجود فشارسنج(مانومتر) عقربه ای بر روی شیر آن می باشد.این فشارسنج دارای عقربه مدرج یا محدوده رنگی می باشد که رنگ سبز

آن برای فشار کافی و رنگ قرمز

برای فشار ناکافی در نظر گرفته اند.

خاموش کننده آیفکس

در این دستگاه آب به صورت ذراتی بسیار ریز با قطر حدود 2/. میکرون و فشار بسیار بالا در حدود 360 psi و سرعت 720-420 کیلومتر در ساعت به صورت ضربه ای پاشیده می شود.

با حجم ناچیز محدوده وسیعی را پوشش می دهد.

در مواقعی که سرعت عمل اهمیت دارد یا در مکانهایی که استفاده از سایر روشها ممکن نباشد به خوبی کاربرد دارد. عامل محدود کننده آن گران بودن آن است.

خاموش کننده های مولد کف

این نوع خاموش کننده ها دو دسته هستند:

مولدهای کف شیمیایی (امروزه به علت عدم کارایی کاربرد ندارد)

مولدهای کف مکانیکی

خاموش کننده های پودر شیمیایی

از متداولترین خاموش کننده های دستی است و در وزنه های یک الی 12 کیلوگی ساخته می شوند. از نظر ساختمانی دو دسته اند:

پودر و گاز با فشار دائم

پودر و گاز بالن دار (فشنگ دار)

خاموش کننده های پودر و گاز با فشار دائم

این نوع خاموش کننده دارای یک محفظه استوانه ای می باشد که وزن معینی پودر در آن ریخته و تحت فشار یک گاز مناسب به خارج رانده می شود. فشار لازم برای عمل دستگاه با استفاده از گاز ازت یا CO2 تامین می شود.

میزان فشار 150 psi است

دارای عقربه فشار سنج برای نشان دادن فشار است.

دارای شیلنگ و سر لوله بوده و راه اندازی آن توسط یک اهرم صورت می گیرد که بافشدن آن سوزنی که مجرای خروج پودر را بسته آزاد می گردد و تحت فشار گاز پودر به خارج پرتاب می شود.

خاموش کننده های پودر و گاز بالن دار

منبع تامین فشار در این خاموش کننده گاز CO2 مایع شده است که به آن فشنگ یا بالن گویند.

در هنگام استفاده گاز CO2 آزاد شده و سبب پاشش پودر به خارج می شود.

این نوع خاموش کننده دو دسته است :

بالن داخل: در این نوع بازدن ضربه یا فشار به یک صفحه، سوزن مربوطه مجرای بالن را سوراخ کرده و باعث آزاد شدن گاز می شود.

بالن خارج : در این نوع باید شیر بالن توسط استفاده کننده باز شود .

نکته مهم.. اگر به دلایلی پودر داخل دستگاه کلوخه شود که معمولاً بر اثر رطوبت در سطح پودر و به مرور زمان ایجاد می گردد دستگاه عملاً کار آیی نخواهد داشت.

لذا بهتر است هر چند وقت با احتیاط

کپسول محتوی مواد خاموش کننده سرو ته شود.



برای حریقهای دسته A-B-C کاربرد دارد.

خاموش کننده های حاوی گاز CO2

دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا همچنین هادی الکتریسیته نیست.

نوع خاموش کننده به دلیل قابلیت بالای خنک کنندگی و خفه کنندگی، رقیق

کنندگی اکسیژن هوای اطراف حریق، عدم بجای گذاری اثر بر روی دستگاه و مواد

و عدم صدمه مکانیکی به تجهیزات بسیار مناسب است.

عمر بالا و اطمینان به کار آن از مزایای این خاموش کننده است.

این دستگاه از یک سیلندر حاوی CO₂ مایع و یک شیر فلکه، شیلنگ و سرلوله شیپوری تشکیل شده است. (سرلوله شیپوری به این علت است که در موقع خروج گاز از یخ زدگی جلوگیری شود).

یک حجم CO₂ مایع 450 برابر تغییر حجم می دهد و به گاز تبدیل می شود.

این خاموش کننده ها در وزنهای یک تا 9 کیلویی عرضه می شود.

منبع لازم برای تامین فشار پاشش تغییر فاز مایع به گاز است.

طول پرتاب آن بین 2-4 متر می باشد.

این خاموش کننده برای حریقهای دسته A-B-C-E-F که با کد TOTAL نیز بیان می شود مناسب است.

مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است:

خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاومت در برابر عبور هوا (در مواردی که ماده سوختنی خود قادر به تولید اکسیژن برای ادامه حریق است این گاز کاربرد ندارد)

رقیق کردن اکسیژن هوا در اطراف محوطه حریق

سرد کردن آتش

هر یک کیلوگرم گاز مایع شده، به نیم متر مکعب گاز افزایش حجم پیدا می کند.

تبدیل فاز مایع به گاز گرمای زیادی را جذب می کند.

مزایا و معایب

کپسول های CO₂ خاموش کننده های قوی هستند و تا هنگامی که مصرف نشوند نیاز به شارژ ندارند و هنگام استفاده بهتر است. بصورت جاروی استفاده گردد از دیگر

خصوصیات گاز CO₂ این است

که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق شده اند مناسب تر است. و همینطور گاز CO₂ برای حریقهای الکتریکی و

الکترونیکی بسیار مناسب

است زیرا به دلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در سیستم های حساس نمی شود. از مهمترین عیب گاز CO₂ گران بودن آن است.

خاموش کننده های حاوی مواد هالوژنه

این دستگاهها اگر چه گراند ولی برای تجهیزات پر ارزش و الکترونیکی بسیار موثر می باشد.

قدرت خاموش کنندگی بسیار بالایی دارند و مکانیسم آنها شبیه CO₂ است.

به خاطر کنترل واکنشهای زنجیره ای قدرت خاموش کنندگی آنها 2-3 برابر CO₂ است.

فشار پاشش بخاطر تغییر فاز هالن مایع به گاز است.

طول پرتاب مواد هالوژنه حدود 8 متر است.

نوعی از این خاموش کننده شیشه ای است که با پرتاب به داخل آتش و شکستن آن عمل اطفای حریق صورت می گیرد.

این خاموش کننده برای حریق های دسته A-B-C-E-F که با کد TOTAL نیز بیان می شود مناسب است.

کف آتش نشانی

کف به صورت محلول تهیه می شود و هنگام پاشیده شدن توسط سرلوله های کف ساز با آب و هوا مخلوط شده و حباب سازی می گردد.

کف مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد.

نکته مهم در مورد استفاده از کف گسترش خوب آن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی می باشد.

کف زمان ماند مناسبی روی آتش دارد.

انواع کف آتش نشانی

کف شیمیایی

کف مکانیکی

کف شیمیایی

این نوع کف از واکنش بین دو ماده شیمیایی در آب حاصل می شود که معمولا محلول سولفات آلومینیوم 13٪ و محلول پیکربنات سدیم 8٪ (جوش شیرین) است.

از محصولات واکنش در کف شیمیایی گاز CO₂ است که در حبابهای کف جای گرفته و به اطفای حریق کمک می کند.

میزان توسعه کف شیمیایی وابسته به نسبت محلولها، غلظت هر یک و نیز ترکیب و خلوص مواد مولد کف می باشد بطوریکه این نسبت می تواند 30-7 برابر حجم محلول مواد مولد

کف باشد.

کف مکانیکی

کف مکانیکی یا کف هوایی امروزه بطور وسیعی کاربرد دارد و روش تولید آن، داخل کردن هوا به درون آبی است که مقداری ماده غلیظ کف کننده به آن اضافه شده است.

درجه توسعه کف وابسته به نسبت حجم هوا به محلول کف و غلظت ماده کف ساز است.

توسعه این نوع کف بسیار زیاد است بطوریکه تا هزار برابر حجم محلول کف ساز می رسد.

این نوع کف در حریقهای گسترده و در مواقعی که زمان اهمیت زیادی دارد یا کنترل حریق ارزشمند و مهار آتش سوزی در مکانهای محصور می باشند، استفاده می شود.

نکته مهم اینکه در محلهایی که افراد به دام حریق افتاده باشند از کف استفاده نمی شود.

اطفاء حریق با پودر

برای خاموش کننده های پودری و گازی چون روش خاموش کردن به روش خفه کردن سطحی می باشد لذا سطح حریق مهم بوده و لازم است با توجه به سطح وزن مواد مورد نیاز پودر را تعیین کرد.

اطفاء کننده های قابل حمل به صورت کپسولهای 6 یا 12 کیلوگرمی در نقاط مشخص نصب و به صورت کپسولهای بزرگ چرخ دارد در نواحی قرار داده می شود. قدرت خاموش کنندگی پودر به ازای هر مترمربع

از سطح حریق 2 کیلوگرم پودر (بر مبنای بنزین) می باشد. مورد استفاده این نوع خاموش کننده حریق می باشد. این کپسولها هر سه ماه یکبار بار باید شارژ شوند و هر دو سال یکبار باید تست بدنه

توسط A-B-C های دسته های کارخانه سازنده انجام شود.

پودرهای خاموش کننده

استفاده از پودر برخی مواد شیمیایی که دارای بنیان کربنات، سولفات و یا فسفات می باشند یک راه ساده برای خاموش کردن آتش می باشد.

پودرهای شیمیایی به راحتی برای حریقهای نوع A.B.C بکار می رود به همین علت به صورت عمومی کاربرد دارد.

پودرهای شیمیایی تحت فشار ازت یا CO2 در سطح قاعده حریق بصورت جارویی پاشیده می شود.

پودر خشک

این نوع پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مانند سدیم، پتاسیم، منیزیم و... بکار می رود.

پودر خشک به سه دسته تتسیم می شود:

نوع S: شامل مخلوط کلرور سدیم، کلرور پتاسیم و کلرور باریم است که پس از پاشیدن روی فلز پوسته ضخیمی را روی فلز آتشین تشکیل می دهد.

نوع C: این پودر مخلوطی از گرانیت، کلرور سدیم، گل خشک و خون خشک شده حیوانات است و با نام تجاری DX و آلومایت عرضه می شود.

پودرهای خالص: گرافیت، تالک، نمک و... از این دسته اند.

پودر تر

برای اطفای حریق برخی از انواع حریق روشی از بکارگیری پودر ابداع شده که به پودر تر معروف است. این پودر در واقع ترکیب پودر کربنات پتاسیم یا استات پتاسیم در آب است که می تواند

خاموش کنندگی آب را درای حریق مواد روغنی امکان پذیر نماید.

هالونهای معروف

1- 1301 (CF3Br) - برومو فلورو متان یا فلورکسیا همان فرئون، در حالت فشردن به شکل مایع است و پس از رها شدن به شکل گاز متصاعد می شود.

2- 104 یا CCL4 تترا کلرور کربن، این خاموش کننده علی رغم کارایی خوب، به علت تولید گاز فسرژن هنگام مواجهه با حریق که گازی سمی و شدیداً التهاب آور است دیگر بکار نمی رود.

3- 1001 یا CH3Br متیل بروماید - خاموش کننده بسیار سریع است.

4- 1202 یا CF2Br2 دی برومو دی فلورو متان

ترکیبات هالوژنه

مواد هالوژنه از مشتقات CH4 یا C2H6 می باشد که به جار یک یا چند هیدروژن، یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل I-Cl-Br-F) جایگزین شده است. وجود فلئور در این ترکیبات بر پایداری و بی اثر بودن این ترکیبات می افزاید.

هالون در هنگام اطفاء حریق بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی باقیمانده بر روی مواد و دستگاهها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید.

مکانیسم اثر هالون مانند CO2 بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند به سرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند.

این مواد هنگام تغییر فاز (از حالت مایع به گاز) افزایش حجمی حدود سه برابر CO2 دارد به همین دلیل در وزنی مساوی قدرت خاموش کنندگی 3 برابر دارد. به ازای هر متر مکعب از فضای حریق 150 تا 250 گرم هالون در نظر گرفته میشود.

به علت وجود برم در برخی ترکیبات هالون علاوه بر اثر خفه کنندگی که دارد، می تواند واکنشهای زنجیره ای را در هنگام حریق به شدت مهار نماید.

کاربرد هالون برای محدوده های کوچک ولی مهم، ماشینهای الکتریکی و الکترونیکی، حریقهای مواد جامد پر ارزش، مراکز مخابراتی و... کاربرد دارد.

هالونها به دلیل گران بودن و یا ملاحظات زیست محیطی فقط برای دسته حریقهای E بکار می رود.

مکانیسم خاموش کردن آتش توسط هالون

رقیق سازی اکسیژن هوا

نشستن روی آتش (بخاطر چگالی بالا)

مکانیسم رادیکالی (رادیکالهای آزاد حاصل از هالون با مولکولهای سوخت واکنش داده و رادیکالهای هیدروژنی و اکسیژن را از بین می برد و رادیکالهای با فعالیت کم ایجاد می کند.

مکانیسم یونی: در این حالت یونهای حاصل از هیدروکربنها توسط برم جذب می شوند و اکسیداسیون را به تاخیر می اندازد.

چگونه یک کپسول آتش نشانی مناسب انتخاب کنیم؟

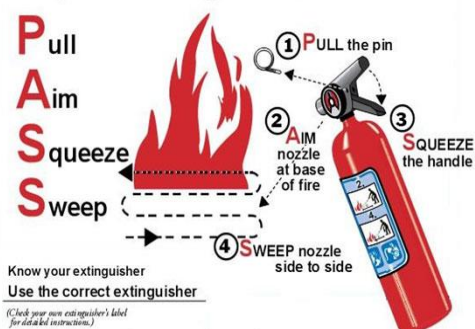
1. برای انتخاب یک کپسول مناسب باید به نکات متعددی توجه کرد:
2. مواردی که در محیط باعث بروز آتش سوزی شده اند.
3. شدت آتش سوزی و سرعت انتشار آتش
4. تناسب کپسول ها برای شرایط موجود
5. کاربرد آسان
6. در دسترس بودن افراد آشنا به کار کپسول
7. شرایط محیطی از جمله دما، باد، جریان هوا، وجود بخارات خطرناک و.....
8. مسایل مربوط به سلامتی و ایمنی کاربرد.
9. لزوم نگهداری و حفاظت از کپسول

اساس انتخاب خاموش کننده ها

1. ماهیت مواد قابل اشتعال
2. تاثیر خاموش کننده بر روی خطرات
3. سهولت استفاده از خاموش کننده
4. مناسب بودن خاموش کننده برای محیط مورد استفاده
5. سرویس و نگهداری مورد نیاز خاموش کننده

چگونگی به کار گیری خاموش کننده جهت اطفاء حریق :

To operate an extinguisher:



- 1- خونسردی خود را در هر حال حفظ نمایید. نوع حریق را تشخیص داده و کپسول متناسب با آن را انتخاب نمایید
- 2- در فضاهای رو باز پشت به باد و در فضاهای بسته جلوی درب ورود یا خروج بایستید.
- 3- کپسول های پودری برای مخلوط شدن پودر و گاز سرو ته کنید.
- 4- حفظ فاصله 2 تا 3 متر از حریق برای کپسول های پودر و گاز و آبی و فاصله نیم تا یک متر برای کپسول های دی اکسید کربن (CO_2)
- 5- ضامن (پین) دستگیره حمل کپسول های تحت فشار و CO_2 را از محل خود خارج نمایید.
- 6- سر پاشنده شلنگ کپسول را در دست گرفته و به طرف آتش نشانه گیری نمایید.
- 7- بن آتش را هدف گرفته و به صورت جاروب کردن آتش را اطفاء نمایید.
- 8- هرگز نفرات استفاده کننده از خاموش کننده ها روبروی یکدیگر قرار نگیرند.
- 9- اگر در محیط بسته از کپسول های دی اکسید کربن (CO_2) استفاده کردید سریعاً از محل خارج شوید.
- 10- از بی خطر بودن محوطه آتش سوزی اطمینان حاصل کنید
- 11- جهت اطفاء حریق از جلو به عقب و در سطوح عمودی از پایین به بالا آتش را مهار نمایید
- 12- کلیه کپسول ها پس از استفاده (به هر میزان کم یا زیاد) حتماً بایستی شارژ و در محل خود نصب گردند

نیازهای کلی

1. خاموش کننده در محل های قابل دید باشد
2. کابین یا محفظه نصب خاموش کننده ها نباید قفل شود.

3. خاموش کننده هایی که وزن کل آنها از 40 پوند یا 18/14 کیلوگرم کمتر است باید طوری نصب گردند که بالاترین نقطه خاموش کننده بیش از 5 فوت یا 1/53 متر از سطح زمین فاصله نداشته باشد.
4. خاموش کننده هایی که وزنی بیش از 40 پوند دارند - به جز خاموش کننده های نوع چرخدار- باید طوری نصب شوند که بالای خاموش کننده بیش از 3/5 فوت یا 1/7 متر از زمین فاصله نداشته باشند
5. در هیچ موردی نباید سطح پایینی خاموش کننده کمتر از 4 اینچ یا 102 میلی متر از سطح زمین فاصله داشته باشد.

ترتیب قرار گرفتن کپسول خاموش کننده در داخل ساختمان

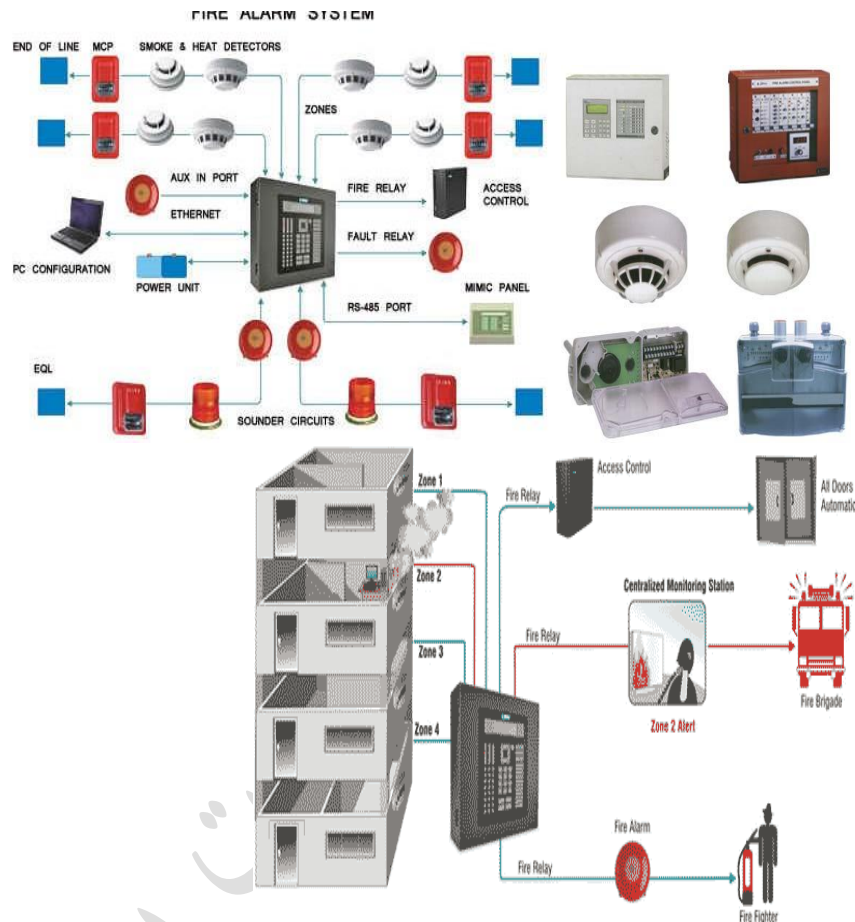
1. توزیع همسان را فراهم کند.
2. ایجاد دسترسی آسان را فراهم کند.
3. به وسیله انباشتن و گذاشتن تجهیزات و مواد پنهان نشود.
4. نزدیک به گذرگاه های عبور باشد.
5. نزدیک به ورودی ها و خروجی ها باشد.
6. از آسیب های فیزیکی در امان باشد.
7. براحتی قابل دید باشد.
8. در فاصله ای از کف نصب شود

سیستم پیشگیری در برابر حریق:

1. انسان (آتش نشان)
 2. اسپرینکلرها
 3. چراغ چشمک زن یا آژیر اعلام حریق
 4. آشکار ساز یا Detector که شامل حرارتی، دودی، شعله ای و گازی هستند.
- این وسایل مهمترین وسایل پیشگیری بوده که به چراغهای چشمکزن و آژیر متصلاند.



اجزای سیستم اعلام حریق به سه قسمت اصلی تقسیم می شوند :



تجهیزات تشخیص حریق (دکتورها : 1- دکتور دودی 2- دکتور حرارتی 3- دکتور شعله ای)

تجهیزات اعلام حریق : (1- آژیر (Sounder) یا زنگ (Bell) 2- چراغ های نشانگر (Flasher) 3- شستی های اعلام حریق (Manual Call Point) (MCP))

پانل اعلام حریق: (Panel Control Alarm Fire) : مرکز کنترل یا پانل مرکزی که وظیفه ارتباط بین دکتورها و وسایل اعلام حریق را به عهده دارد. مراکز کنترل اعلام حریق عموماً تمام الکترونیکی و از نوع مدوله هستند. بعضی از انواع آن شامل برد اصلی، پرسور، کنترل اصلی تغذیه، شارژ اتوماتیک و پانل های مکمل برای مدارات اعلام حریق بوده و صفحه نمایش مدار قطعی، آژیر مدار قطع، مدار اتصالی یا احتمالی و قطعی حریق نقاط تعیین برای هایی چراغ دارای که (Display) برق و بطور کلی برای اعلام نقص می باشد و کلیدها و کنترل هایی برای به وضعیت عادی برگرداندن هر مدار بعد از اعلام حریق، چراغی که حتی بعد از قطع صدا آژیر تا بحالت نرمال در آمدن دستگاه باید روشن بماند. دستگاه، سیگنال دریافتی از دکتورها را که در معرض دود، حرارت یا شعله قرار گرفته اند تجزیه و تحلیل نموده و با ارسال فرمان به مدارات آژیر و دستگاه تکرار کننده (Repeater) باعث اعلام خطر می گردد

سیستم های آشکارساز

سیستم های آشکارساز، حریق را از طریق فراورده های آن تشخیص می دهند. انسان این کار را با استفاده از بینایی، صدا و بو انجام

می دهد و برای یک آشکارساز خودکار این عمل بوسیله گرما، دود، نور انجام می شود. آتش با دود، حرارت و نورهای مادون قرمز و ماورای بنفش شعله همراه است و آشکارسازهای اتوماتیک با حس کردن هریک از این اثرات می توانند به وقوع آتش سوزی پی برند. بر همین اساس آشکارسازها در سه گروه کلی حساس به دود، حرارت و شعله قرار می گیرند.

1- آشکارسازها از نقطه نظر پدیده های مورد تشخیص بصورت زیر تقسیم میگردد :

الف (آشکارساز حرارتی) - آشکارسازی است که با افزایش دما واکنش نشان میدهد .

ب (آشکارساز دودی) - آشکارسازی است ، که نسبت به ذرات حاصله از احتراق یا تجزیه شیمیایی بوسیله گرما (ذرات معلق در هوا) حساس است . آشکارسازهای دودی را میتوان به انواع زیر تقسیم کرد :

1) آشکارسازهای **دودی یونیزه** - آشکارسازی است که در برابر ذرات حاصله از احتراق که بر جریان یونیزه داخل آشکارساز تاثیر می گذارد ، حساس است .

2) **آشکارساز دودی نوری** - آشکارسازی است که نسبت به ذرات حاصله از احتراق حساس است و توانائی تاثیرپذیری جذب یا پراکندگی پرتوها بخشهایی در فرو سرخ ، نور مرئی یا فرابنفش از طیف الکترومغناطیسی را دارد .

د (آشکارساز گازی) - آشکارسازی است که نسبت به فرآورده های گازی حاصله از احتراق و یا تلاشی حرارتی ، حساس است .

ه (آشکارساز شعله ای) - آشکارسازی است که نسبت به پرتوهای منتشره از شعله های آتش واکنش نشان میدهد .

هشدار های کاذب

شایعترین موارد بروز هشدارهای خطا مربوط به نصب نادرست و نامناسب تجهیزات است و عدم نگهداری از تجهیزات نیز می تواند عامل دیگری در افزایش هشدارهای نادرست و دروغین باشد.

هر یک از عوامل زیر می توانند منجر به اعلام هشدار نادرست شوند.

آشپزی و پخت و پزها و بخارهای ناشی از آن

بخار آب و رطوبت زیاد

دود سیگار

گردوغبار

حشرات

اسپری های مختلف

دود ناشی از برخی از فعالیت های خارج از ساختمان مانند آتش بازی

برشکاری و جوشکاری و عملیات مشابه

دودهای نمایشی نظیر در سالنهای تئاتر

دستگاه های بخور و همینطور روشنایی شمع یا چراغ های نفت سوز

پارازیت ها و تداخلات الکترومغناطیسی

نوسانات زیاد دما

تغییر کاربری ساختمان بدون در نظر گرفتن شرایط اولیه طراحی این سیستم

عدم تناسب آشکارساز با محل و مکان مورد نظر

آزمایش و سرویس تجهیزات بدون غیر فعال کردن سیستم

آسیب های تصادفی یا مغرضانه

برای کاهش خطا می توان سه روش عمل نمود:

کاهش حساسیت آشکارسازها که بطور مطلق چندان کار درستی نیست مگر آنکه حساسیت آن بیش از مقدار مورد نیاز باشد.

بکارگیری سیستم تایید هشدار که به خودی خود نوعی تاخیر زمانی را ایجاد می کند

استفاده از سیستم های پیشرفته تر

•

وظایف و اهداف آتش نشانی

نجات جان انسانها ، مهار و اطفاء حریق و حفاظت از ثروتهای ملی در مقابل آتش سوزی و عوارض و سوانح ناشی از آن

برنامه ریزی و تعیین خط مشی در امور مربوط به آتش نشانی و خدمات ایمنی .

آموزش های لازم در امور آتش نشانی و خدمات ایمنی در سطوح مختلف سازمان برای کارکنان و افراد خارج از سازمان طی برنامه های زمان بندی شده.

ایجاد و توسعه ایستگاه های مورد نیاز و بهره برداری از آنها

نظارت بر عملیات موسسات و شرکتهای دولتی و خصوصی سرویس دهنده امور آتش نشانی و خدمات ایمنی

انجام ترتیبات لازم جهت مقابله و تمهیدات لازم جهت کاهش آتار سوء ناشی از حوادث و سوانح طبیعی و غیرطبیعی

نظارت و کنترل بر تحقق شرایط ایمنی ساختمان ها و استاندارد های تجهیزاتی ساختمان ها در مقابل سوانح گوناگون (زلزله ، آتش سوزی ، برق گرفتگی ، سیل ، بمبارانهای

شیمیایی اتمی و

حوادثی را که سازمان آتش نشانی پوشش میدهد عبارتند از:

1. هر نوع آتش سوزی
2. محبوس شدن افراد در زیر آوار ساختمان ، خودروی تصادفی ، آسانسور و...
3. سقوط اجسام و درخت از ارتفاع و احتمال خطر برای شهروندان
4. سقوط در چاه ، کانال آب ، رودخانه ، سد ، استخر و...
5. حیوانات وحشی و موذی
6. حوادث چرخ گوشت ، حلقه های فلزی ، تسمه نقاله ، دستگاههای برش و کارخانه ای
7. و کلیه مواردیکه در آن جان و مال شهروندان در معرض خطر می باشد.

مدیریت حریق و آتش سوزی

عوامل تاثیر گذار بر عملیات اطفای حریق و امداد

1. زمان
2. قابلیت های جسمانی و روانی و قدرت تصمیم گیری
3. آشنایی کامل به انواع حریق
4. آشنایی کامل به قابلیت ها و محدودیت های تجهیزات
5. مهارت
6. ارتباطات
7. ارزیابی های اولیه

آتش سوزی و حریق در بیمارستان

تیم تخصصی واکنش در برابر حالت اضطراری آتش سوزی در بیمارستان و وظایف هر یک از اعضای این تیم عبارتند از

- 1- **فرمانده عملیات:** تشخیص نوع حریق و راهنمایی و راهبری جهت اطفاء حریق و دور کردن افراد از صحنه.
- 2- **آتش نشانی:** انجام کارهای عملیاتی از قبیل خاموش کردن و اطفاء حریق.
- 3- **امداد و نجات:** کمک کردن به افراد آسیب دیده و دور کردن افراد از محیط حادثه و در صورت نیاز انتقال مصدومین به جای امن و مراکز درمانی.
- 4- **پاکسازی:** وظیفه امن کردن محیط و مطمئن شدن از اینکه خطری وجود ندارد به عنوان مثال کسی در زیر آوار یا در محیط حادثه نمانده باشد.

شناسایی و واکنش در برابر شرایط اضطراری آتش سوزی در بیمارستان ونحوه عملیات:

مدیریت بحران در بیمارستان شامل چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، واکنش و پاکسازی می باشد، که در این روش اجرایی موارد لازم در این خصوص برا هر یک از سناریوها/مانورها به تفصیل ارائه شده است.

الف) مرحله پیشگیری:

اقداماتی که در سازمان به منظور پیشگیری از ایجاد شرایط اضطراری ، مخاطرات و خسارات سنگین ناشی از شرایط مذکور انجام می شود. ساده ترین و موثرترین روش دست یابی به اهداف حریق، جلوگیری از شروع حریق و آتش سوزی است. اگر این روش موفقیت آمیز باشد، دیگر نیازی به دیگر روش های نیست. دو راه اساسی برای پیشگیری از حریق وجوددارد که اساسا وابسته به مثلث حریق است. حذف اکسیژن همیشه ممکن نیست لذا دو ضلع منبع احتراق وسوخت درپیشگیری خیلی مهم هستند. جلوگیری از اشتعال و محدود کردن سوخت دو شیوه پیشگیری از حریق هستند

ب) مرحله آمادگی:

اقداماتی است که سازمان به منظور کاهش آلودگی ها، مخاطرات و حوادث ناشی از ایجاد شرایط اضطراری انجام می دهد مانند مانورها و تمرینات دوره ای در برابر وقوع این شرایط. در این مرحله فرم های برنامه ریزی مانور، سناریو مانور و گزارش مانور/شرایط اضطراری تکمیل می گردند. واحد آتش نشانی/تاسیسات موظف است ماهیانه از کلیه تجهیزات و وسایل مربوط جهت مقابله با شرایط اضطراری به منظور حصول اطمینان از مناسب بودن شرایط موجود بازدید بعمل آورده و در فرم بازدید ثبت نماید.

ج) مرحله واکنش:

مرحله ای است که شرایط اضطراری در سازمان صورت پذیرفته و تیم های واکنش در برابر شرایط، وظایف خود را بر اساس مانورها و تمرین هایی که انجام داده اند اجرا می نمایند. در این مرحله فرم گزارش مانور/شرایط اضطراری تکمیل می گردد. جهت مقابله مناسب با شرایط اضطراری، درب های خروج اضطراری با نصب تابلو مشخص گردیده است. همچنین جهت توجه دادن پرسنل به رعایت نکات زیست محیطی/ایمنی و بهداشتی، اقدام به برچسب گذاری های مناسب در مناطق مختلف و بخصوص قسمت های خطرناک شده است. همچنین محل های تجمع در وضعیت های اضطراری و مناطق خطر توسط واحد آتش نشانی/خدمات مشخص و حسب نیاز به روز می گردد.

د) مرحله پاکسازی:

مرحله ای است که وضعیت شرایط اضطراری کمی به حالت نرمال درآمده است، و شرایط نابسامان ایجاد شده بایستی توسط تیم مربوطه پاکسازی شود تا وضعیت بوجود آمده به حالت اولیه برگردد. برای ایجاد آمادگی لازم جهت مقابله با شرایط اضطراری، برگزاری مانورها الزامی خواهد بود در این زمینه ابتدا سناریو توسط

مسئول آتش نشانی/کارشناس ایمنی تدوین و نقاط قوت و ضعف آن مشخص می شود. سپس سناریوها در جلسه ای با حضور افراد کمیته بحران مورد بحث و بررسی واقع و موضوع های تصویب شده مورد اجرا گذارده می شود. در این خصوص لازمست مسئولین هر یک از فعالیت ها و روش کار در مانور مشخص گردد. محیط و مطمئن شدن از اینکه خطری وجود ندارد به عنوان مثال کسی در زیر آوار یا در محیط حادثه نمانده باشد

افرادی که در تیم آتش نشانی بیمارستان عضو می باشند و سمت آن ها در جدول ذیل ارائه شده است:

ردیف	تیم واکنش در برابر آتش سوزی	سمت در محل کار	جانشین
1	فرمانده عملیات (مسئول هماهنگ کننده)	مدیر داخلی _مسئول بهداشت و ایمنی _سوپروایزر شیفت مربوطه	هر کدام از اعضای سرپرست عملیات
2	آتش نشانی	پرسنل تأسیسات	پرسنل تأسیسات
3	امداد و نجات	_مسئول انتظامات _پرسنل انتظامات _مسئول پرستاری بخش	پرسنل انتظامات _پرسنل پرستاری
4	پاکسازی	پرسنل تأسیسات _پرسنل خدمات شیفت مربوطه _مسئول پرستاری بخش	پرسنل تأسیسات _پرسنل خدمات _پرسنل پرستاری

اقدامات لازم قبل از وقوع حریق (مرحله پیشگیری)

این اقدامات از ابتدای ساخت بیمارستان در طراحی بیمارستان گنجانده شده که شامل پیش بینی راهروها و پله های فرار، تهیه و نصب سیستم اعلام حریق، تهیه و نصب کپسول های اطفاء حریق و سایر تجهیزات اطفاء حریق می باشد. همچنین تعمیرات و نگهداری به موقع و آماده به کار نگهداشتن سیستم های اعلام و اطفاء حریق نیز که در واحد تأسیسات انجام می گردد حائز اهمیت فراوان است.

-اقدامات لازم در خصوص آمادگی:

در بیمارستان بر اساس فرم مربوط جهت برنامه ریزی مانور حداقل سالی یکبار مانور برگزار می شود. همچنین قبل از انجام مانور، سناریو در فرم مربوط تنظیم و بر اساس سناریو تهیه شده و وظایف تدوین شده، تیم های مقابله با آتش سوزی اقدامات لازم را انجام می دهند. سپس فرم گزارش مانور / شرایط اضطراری تنظیم و نواقص و مشکلات به وجود آمده در مانور برگزار شده تعیین می شود. در ادامه بر اساس روش اقدام اصلاحی و پیشگیرانه اقدامات لازم جهت رفع نواقص در مانور تعیین و اجرا می گردد. چنانچه پس از مانور دوره های آموزشی برای تیم ها لازم باشد بر اساس روش اجرایی آموزش اقدام می گردد. نقاطی از سازمان که وجود لوازم و تجهیزات اعلام و اطفاء حریق و روشنایی اضطراری در آنها ضروری می باشد، توسط مسئول آتش نشانی /تأسیسات شناسایی گردیده است، همچنین طی لیست کپسول های ایمنی، آمار و ارقام کپسول ها مشخص و به روز می گردند. شارژ به موقع کپسول های اطفاء حریق، درج تاریخ شارژ بعدی و هم چنین فراهم آوردن وضعیتی جهت جایگزینی کپسول هایی که برای شارژ برده می شوند، بر عهده قسمت آتش نشانی می باشد.

اقدامات تیم آتش نشانی به هنگام اعلام حریق (مرحله واکنش)

پس از به صدا در آمدن آژیر از طریق سیستم اعلام حریق، مسئول تیم آتش نشانی آدرس محل حریق را از مراکز کنترل شناسایی می کند و بلافاصله به محل مورد نظر مراجعه می نماید. بررسی دقیقی از محل مورد نظر به عمل آمده و در صورت رؤیت آتش سوزی ابتدا به کمک اعضای تیم آتش نشانی نیروها و ساکنین را از محل دور می سازند و طی تماس با آتش نشانی شهری (125) درخواست کمک می نمایند (در صورت نیاز) سپس با توجه به نوع آتش سوزی از تجهیزات مناسب جهت اطفای حریق استفاده می نمایند و در آخر پس از خاموش شدن حریق گزارش حادثه را د دفتر وقایع و فرم گزارش مانور شرایط اضطراری ثبت می نمایند لازم به توضیح می باشد در صورت وقوع اعلام حریق و عدم آتش سوزی مسئول تیم آتش نشانی علل ایجاد آژیر در سیستم را بررسی نموده و چنانچه مشکلی وجود

داشته باشد، سیستم را رفع نقص نموده یا درخواست تعمیر آن را می نماید و تا راه اندازی مجدد سیستم و اطمینان از عملکرد صحیح موضوع را پیگیری می نماید.

-وظایف نیروها و کارکنان بیمارستان در هنگام حریق:

ضمن رؤیت آتش سوزی می بایست نزدیکترین فرد آژیر خطر دستی را به صدا درآورد و بلافاصله ضمن تماس با مسئول آتش نشانی و ایمنی (در صورت عدم حضور وی مرکز پاسخگو خواهد بود) موضوع آتش سوزی و آدرس محل آن را اعلام نماید. مسئول آتش نشانی یا مخابرات بلافاصله با اعضای تیم تماس گرفته و آدرس دقیق و نوع آتش سوزی و محل دقیق آتش سوزی در بیمارستان را اعلام نماید. مسئول انتظامات و مسئول پرستاری هر بخش که حریق در آن اتفاق افتاده می بایست از خروج کلیه افراد از داخل بخش مطمئن گردد. تا نیروهای تیم آتش نشانی نسبت به اطفای حریق اقدام نمایند. تیم آتش نشانی پس از مهار آتش با بررسی محل، از عدم وجود نیروهای انسانی مطمئن گردد و در آخر ضمن بررسی علل آتش سوزی نتایج و یافته ها و گزارش خود را در دفتر وقایع ثبت نماید. لازم به توضیح است که فرماندهی مقابله با آتش سوزی با مسئول آتش نشانی بیمارستان که دوره های لازم را در این زمینه گذرانده است می باشد، و در صورت نبود ایشان جانشین مسئول آتش نشانی این مسئولیت را بر عهده خواهد داشت.

-اقدامات لازم بعد از اعلام حریق (مرحله پاکسازی)

در این مرحله تیم پاکسازی با توجه به وظایف تعریف شده اقدامات مورد نیاز را انجام می دهد تا محیط را به حالت اولیه برگرداند.

رعایت نکات ایمنی قبل از وقوع آتش سوزی

1. در تمام تأسیسات و مکان های مسکونی و حتی معابر عمومی اصل دوری مواد قابل اشتعال از وسایل آتش زا را رعایت کنید .
2. در ساختمان ها، درهای خروج اضطراری را پیش بینی، همیشه مسیر آنها باز و قابل استفاده بوده و وسایل اطفای حریق را کنترل کنید.
3. حداقل دو راه را برای خروج اضطراری از ساختمان تعیین کنید .
4. مکانی را در خارج از بیمارستان تعیین کنید که بعد از گریز، یکدیگر را در آنجا بیابید. (پارکینگ بیمارستان)
5. برنامه خروج اضطراری و گریز از آتش را حداقل دو بار در سال تمرین کنید .
6. هنگام خروج از محل، حتماً شیراصولی ورودی گاز به ساختمان را ببندید .
7. برای با خبر شدن از آتش سوزی احتمالی، از آشکارگرها استفاده کنید و نسبت به نصب آن در محل، دقت لازم را به عمل آورید
8. کپسولهای آتش نشانی مناسب در محل داشته باشید و درمورد نحوه استفاده از آن آموزش ببینید و به اعضای خانواده نیز آموزش دهید.
9. از انباشتن مواد آتش زا به ویژه در نزدیکی منابع حرارتی خودداری کنید .
10. از نگهداری مایعات و گازهای قابل اشتعال خودداری کنید، در صورت نیاز، این مواد را در ظروف خاص خارج از ساختمان قرار دهید
11. وسایل برقی و اتصالات آنها را با دقت کنترل کنید تا از استاندارد بودن آنها مطمئن شوید .
12. به محض مشاهده سیم های لخت فوراً آنها را ترمیم نمایید .

نکات ایمنی هنگام وقوع آتش سوزی

هنگام رو به رو شدن با آتش سوزی، سرعت عمل برای نجات جان خود و مصدومان احتمالی، کاملاً حیاتی است همانطور که می دانیم آتش خیلی سریع انتشار می یابد، بنابراین بلافاصله آتش نشانی و اورژانس را خبر کنید و تا آنجا که می توانید اطلاعات کاملی در مورد بروز حادثه به آنها بدهید. سعی کنید که تمام افراد را از ساختمان بیرون ببرید.

نزدیکترین کپسول اطفاء حریق به آتش سوزی را پیدا کرده و یا با استفاده از دیگر روش ها و با رعایت جوانب احتیاط به خاموش کردن آتش بپردازید .

با رعایت جوانب احتیاط به خاموش کردن آتش بپردازید .

به هیچ وجه وارد ساختمان آتش گرفته نشوید، مگر آنکه مجهز به ماسک تنفسی باشید و کاربرد آن را بدانید .

اگر به هر دلیلی ناچارید وارد اتاق پر از دود شوید، ابتدا مطمئن شوید که جانتان را به خطر نخواهد افتاد.

قبل از فرار از اتاقی که در آن بسته است، ابتدا در را لمس نمایید، اگر داغ بود از خروجی های دیگر استفاده کنید .

اگر در ساختمان آتش گرفته، گرفتار شدید، فوراً به اتاقی که دارای پنجره است بروید و در را ببندید. سپس یک پتو یا فرش را طوری زیر در قرار دهید که دود وارد اتاق نشود و آن گاه از طریق پنجره، تقاضای کمک کنید.

اگر دود، حرارت یا شعله های آتش، مسیرهای خروجی شما را مسدود کرده است، در را ببندید و در اتاق بمانید. تنها با استفاده از یک پارچه به رنگ روشن، از طریق پنجره کمک بخواهید. اگر در اتاق تلفن وجود دارد به اداره آتش نشانی زنگ بزنید و موقعیت خود را خبر دهید.

زمانی که در جریان حریق واقع می شوید، با حفظ خونسردی، تمام تهویه های ساختمان را خاموش کنید تا به این ترتیب از ورود اکسیژن به داخل ساختمان جلوگیری شود.

در صورت امکان مواد سالم و قابل استفاده را فوراً از محل خارج کنید .

امدادگران و یا افرادی که در جریان حریق واقع شده اند، باید لباس های دارای الیاف مصنوعی و پلاستیکی را از خود دور کنند.

در فرونشاندن آتش سوزی مواد نفتی، آب به کار نبرید .

ظرف مشتعل را حرکت ندهید. شعله را با شن، نمک، پتوی نمناک یا پوشش های دیگر خفه کنید .

از آسانسور به هیچ وجه در هنگام آتش سوزی استفاده نکنید..

نکات ایمنی بعد از وقوع آتش سوزی و نجات مصدوم از اتاق پر از دود

ابتدا مطمئن شوید که برای نجات مصدوم، جان خود را به خطر نمی اندازید .

یک طناب نجات به کمر خود ببندید و آن را به دست یکی از حاضران بدهید .

بستن دستمال خیس به دور دهان و بینی، باعث محافظت شما در برابر گاز یا دودهای سمی خواهد شد .

برای نجات جان مصدوم از اتاق آتش گرفته ای که در آن بسته است، باید قبل از ورود، با لمس در اتاق، حرارت را بسنجید. اگر داغ بود وارد اتاق نشوید و اگر داغ نبود،

قبل از ورود به اتاق چند نفس عمیق بکشید تا خون شما پراز اکسیژن شود. سپس با شانه خود از پهلوی به در ضربه بزنید، آن را باز کنید و در همین حال صورت خود را برگردانید. اتاق

ممکن است پر از هوای سوخته فشرده باشد و احتمال دارد هر لحظه انفجاری رخ دهد. اگر دود کاملاً متراکم است. روی زمین، سینه خیز بروید. چون

با توجه به اینکه هوای داغ بالا می رود، ممکن است لایه ای از هوای تمیز در اتاق وجود داشته باشد.

مصدوم را بگیرید و با توجه به رعایت تمام جنبه های ایمنی، به سرعت او را به سمت در خروجی بکشید. لباس سوخته مصدوم را با استفاده از پتو، گلیم و یا کت

خاموش کنید.

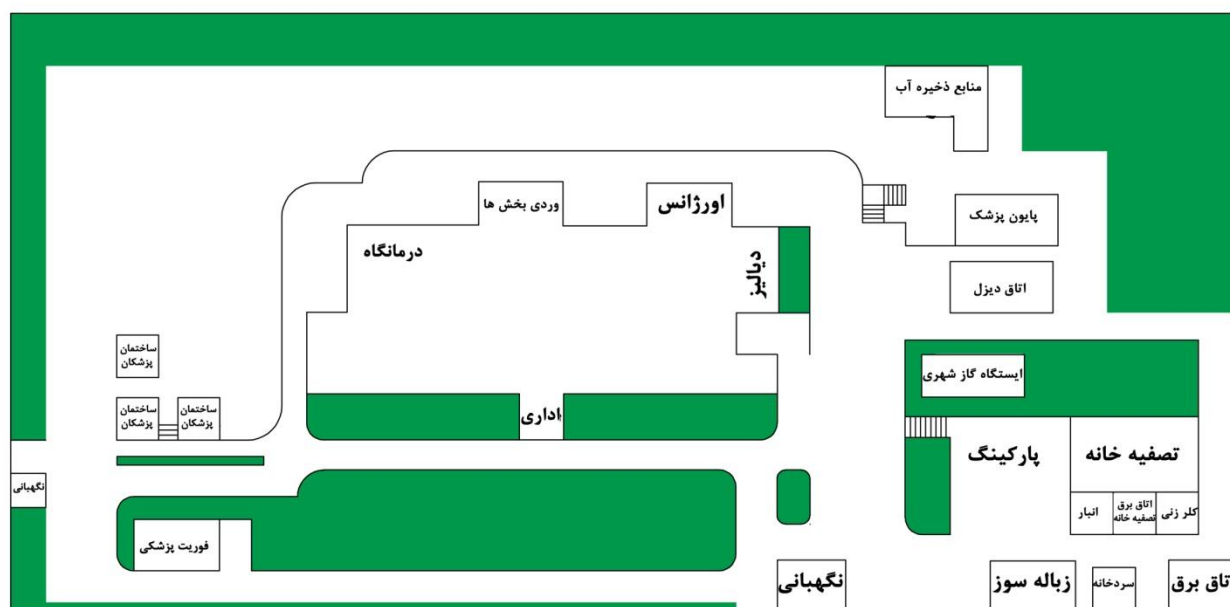
اگر مصدوم هشیار است، کاملاً از او مراقبت کنید؛ چون ممکن است بر اثر نیم سوز شدن اشیای داخل اتاق، گاز متواکسید کربن در هوای اتاق پراکنده شده باشد و

این امر بر هوشیاری مصدوم به تدریج تأثیر بگذارد.

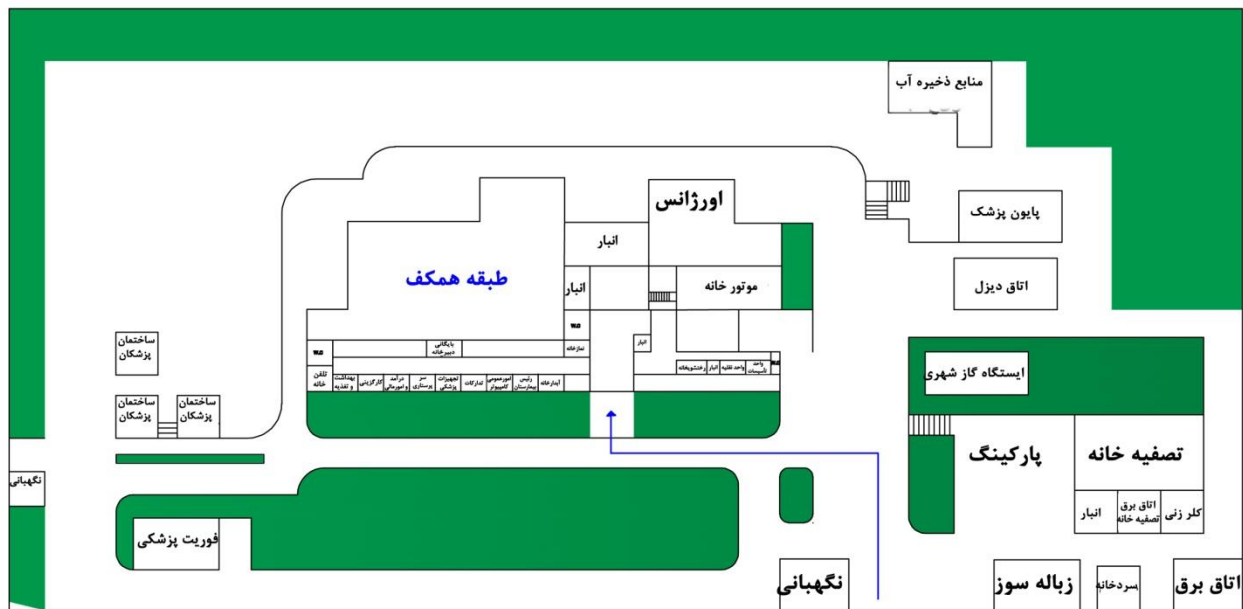
اگر تنفس مصدوم قطع شد؛ بلافاصله تنفس مصنوعی را شروع کنید و سپس مصدوم را به بیمارستان برسانید.

اگر مصدوم در پارکینگ بسته ای که ماشین یا موتور روشن در آن است ، گرفتار شده ، پارکینگ را باز کنید تا دود از پارکینگ خارج و هوای تازه به اندازه کافی وارد آن شود . نباید

تلاش کنید که وارد چنین محل هایی شوید ، مگر آنکه مطمئن شوید که خطر جان شما را تهدید نخواهد کرد.

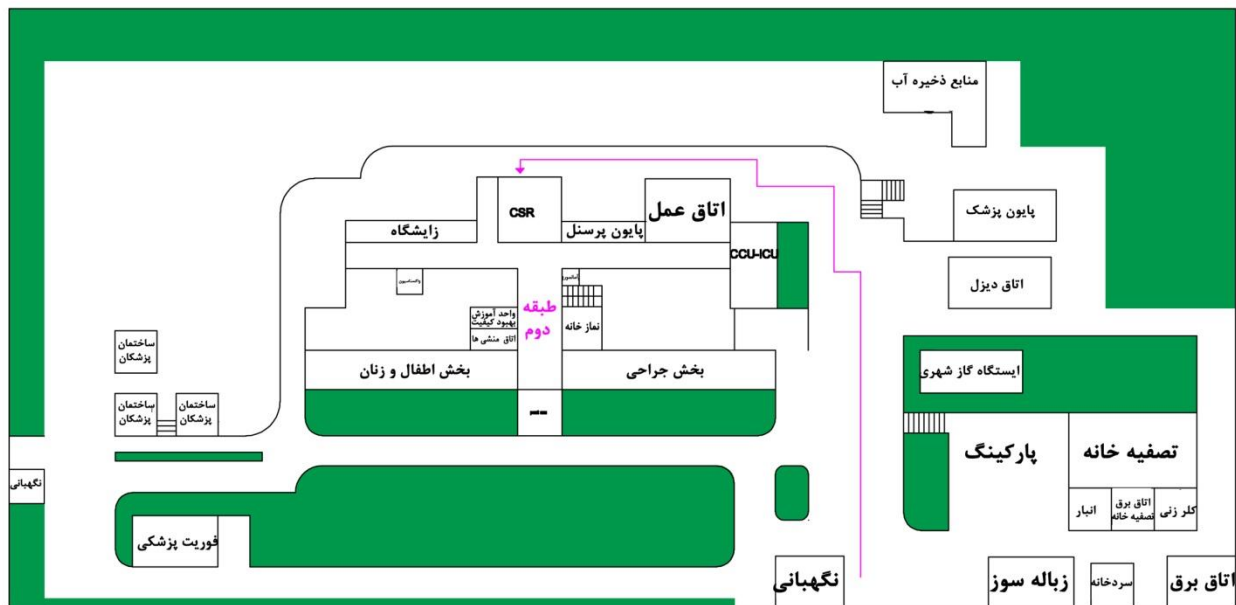


شما اینجا هستید



شما اینجا هستید

نقشه طبقه همکف



شما اینجا هستید

نقشه طبقه دوم



مدیریت بحران

در دهه ی گذشته نزدیک به یک میلیارد نفر از مردم جهان یعنی حدود یک ششم جمعیت کره ی زمین به طور مستقیم و غیرمستقیم درگیر حوادث و بالیا بوده اند. بیش

از 90٪ مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه و کم پیشرفت ناشی از وقوع حوادث و بالیا می باشد.

ایران کشوری بالخیز بوده و یکی از مستعدترین کشورهای جهان برای وقوع حوادث و بالیا می باشد، تقریباً از 40 مورد حوادث طبیعی شناخته شده، 31 مورد آن در ایرانواقع شده است. به طور کلی ایران جزء 10 کشور بالخیز جهان است و 90 درصد جمعیت آن در معرض خطرات ناشی از زلزله و سیل وسیع قرار دارند. به عبارت دیگر ایران در آسیا چهارمین کشور و در دنیامقام ششم را از نظر وقوع حوادث طبیعی دارد و آسیب پذیری ایران در برابر زلزله 1000 برابر آمریکا و 100 برابر ژاپن است. 33در حال حاضر مدیریت حوادث و عوارض ناشی از آنها به منظور حفظ جوامع و تأمین ثبات، امری ضروریست. حوزه ی سلامت در بین تمام ارکان درگیر در مدیریت حوادث و بالیا، دارای جایگاه ویژه ای است؛ زیرا اولین و مهم ترین مطالبه و دغدغه ی مردم، سلامت است.

تعریف:

بحران عبارتند از: حادثهای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید؛ و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

انواع بحران:

به طور کلی انواع بحرانهایی معمول و مطرح در دنیا، بدین قرار میباشند: بحران های طبیعی مانند زمین لرزه، آتشفشان، موجهای دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی، طوفان، طغیان، شکافتن زمین، آتش سوزی طبیعی جنگلها و بیشه ها، خشکسالی و بحران های انسان ساخت مانند بیماریهای شایع، تصادفات عمده، شورشهای اجتماعی، و بحرانهایی ناشی از جنگ

خصوصیات بحران

- 1- بحران بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است، تا یک حالت مزمن، با وجود آنکه زمان غیرمشخص می باشد.
- 2- بحران موجب تغییر رفتار و سلوک میشود، و اکثراً آثار پاتولوژیکی مانند: یأس، کاهش بهره وری، فرار از مسئولیت و عذرتراشی دارد.
- 3- بحران هدفهای اشخاص درگیر را مورد تهدید قرار میدهد.
- 4- بحران یک وضعیت نسبی ادراکی است، یعنی رویدادی که ممکن است به وسیله یک طرف بحران تشخیص داده شود، و برای طرف دیگر ممکن است غیرقابل تشخیص باشد.
- 5- بحران در ارگانیسم بدن فشار ایجاد میکند، و موجب خستگی و تشویش میگردد.

چالشها در هنگام رویارویی با همه انواع بحرانها

❖ مشکلات ارتباطات

❖ تریاژ، حمل و نقل و انتقال و مشکلات تخلیه

❖ بحث های رهبری

❖ مدیریت امنیت و توزیع منابع در مکان بحران

❖ سیستم اخطار پیشرفته و موثر بودن پیامهای اخطار

❖ هماهنگی جستجو و نجات

❖ بحث رسانه ها تریاژ موثر بیماران

*توزیع بیماران در بیمارستانها با روش حساب شده

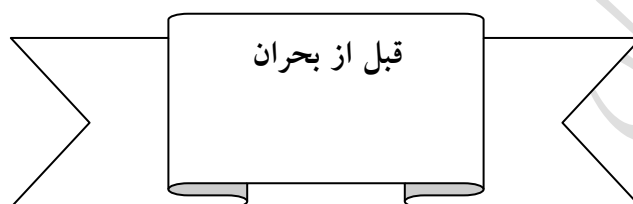
*شناسایی بیماران و پیگردی آنها

*تخریب یا آسیب زیر ساختهای سیستم مراقبت بهداشتی

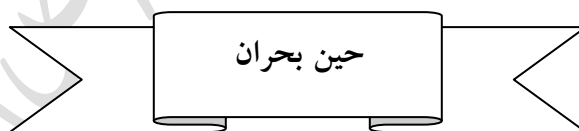
* اداره و مدیریت نیروهای داوطلب، خیرین و دیگر منابع انسانی

* سازمان دهی در پاسخهای سریع به آسیب سیستم های اصلی و مهم

*خونسردی و داشتن مقاومت همه جانبه



قبل از شروع بحران، هشدار توسط دولت و مؤسسات وابسته، به مردم داده میشود. به طور مثال هشدار در مورد وقوع سیل، زلزله، خشکسالی و مواردی از این قبیل. پس از هشدار منطقه های مسکونی تخلیه شده، و افراد تغییر مکان میدهند.



فرمانده

* رهبری کلان مدیریت و صدور تأیید دستورهای فعالسازی سه بخش.

* ارزیابی شرایط بحران و صدور دستورات اولیه برای اجرای سریع

* صدور دستورات الزم به کارکنان سیستم فرماندهی حوادث (ICS)

* هماهنگی بین کلیه واحدها

* ارتباط و هماهنگی با سایر سازمانهای درگیر بحران

* تأیید درخواست منابع و تجهیزات موردنیاز جهت تأمین در اسرع وقت

* نظارت بر نحوه اطلاع رسانی، از طریق رسانه ها

* دریافت گزارشی مستمر از کلیه بخشها

* هماهنگی با ستاد مرکزی مدیریت بحران استان مربوطه

* ابلاغ دستور پایان عملیات به کلیه بخشها با هماهنگی ستاد مرکزی مدیریت بحران استان مربوطه مدیر سامانه

مدیر

* استخراج اطلاعات مربوط به بحران و تأمین منابع موردنیاز با هماهنگی بخش پشتیبانی و اداری

* تعیین سازمانهای موردنیاز برای مشارکت در کنترل بحران، و تهیه فهرست منابع موجود و بالقوه با همکاری بخش پشتیبانی و اداری

* مشارکت با فرمانده سامانه در تصمیم گیری ها

* نظارت بر عملکرد بخشها و ایجاد هماهنگیهای الزم میان بخشها

* هدایت نیروها اعم از داخلی، داوطلب و غیره و کنترل وضعیت.

بخش روابط عمومی

* گزارش لحظه به لحظه از بحران

* آگاه سازی پرسنل از تغییرات عمده در وضعیت حادثه

* ایجاد پل ارتباطی بین مراجعین و مسئولین

* اطلاع رسانی به رسانه ها با هماهنگی فرمانده سامانه (اتاق خبرنگاران)

* پاسخگویی مناسب به داوطلبان جهت مشارکت در امداد و اعالم اقدام موردنیاز

* اطلاع رسانی متقابل به پرسنل و خانواده آنها.

بخش عملیات و برنامه (مدیریت مراقبتهای پرستاری)

* نظارت بر کار سوپروایزر کشیک اورژانس و سوپروایزر کشیک بیمارستان

* بررسی نیازهای بلندمدت تأمین پرسنل پرستاری

* سازماندهی و هماهنگی نیروهای پرستاری ارائه مراقبت به بیماران

* نظارت و هماهنگی بر مرکز کنترل خدمات پرستاری و ستاد مرکزی پرسنل

* تعیین گروهها و تقسیمبندی پرسنل برای بخشهای مختلف درمانی

* بررسی میزان سلامتی و نیازهای پزشکی مصدومین

* هدایت نیروها، کنترل وضعیت و ترخیص بیماران الکتیو، و بازگشایی بخشهای اضافی با هماهنگی مسئول مراقبتهای پزشکی

* دریافت سفارشات از فرمانده سامانه

* کسب اطلاعات از ستاد مرکزی بحران، و اجرای خط مشیها و قوانین مربوط به بحران

* نظارت و سرپرستی بر مرکز عملیات اورژانس، کمک به حل بحران داخل بیمارستان و پاسخ سریع و گسترده به بحران یا موقعیتهای بحرانی.

* برنامه ریزی جهت استراحت و رفاه پرسنل در هنگام بحران

* هماهنگی بین قسمت پشتیبانی و درمان اورژانس جهت تأمین تجهیزات و لوازم ضروری و تهیه لیست تجهیزات

* همکاری در برقراری و راهاندازی سیستم اطلاعات و پیگیری بیماران و نظارت و کنترل آن، و به کار گرفتن ترخیص فوری، در صورت لزوم.

* فراخواندن پرسنل در صورت نیاز

* اطلاع از آمار بیماران و چگونگی وضعیت آنها

* در صورت نیاز، ارسال گزارشات لازم به مسئولین حراست، حمل و نقل و تجهیزات

* هماهنگی جهت اعزام بیماران خاص به سایر مراکز درمانی با هماهنگی مسئول مراقبتهای پزشکی

* نظارت بر نحوه عملکرد وظایف محوله پرسنل و حسن اجرای آن.

* مدیریت ارتباطات

* پرستار ارتباطات، وظیفه گزارش به مدیر پرستاری بیمارستان را دارد. وی با آگاهی از زمان و مکان و نوع حادثه، حجم بیماران، شرایط بیماران، همراه با مدیر پرستاری به فعالیت میپردازد. وی موظف به دریافت گزارش بحران، دریافت گزارش حادثه از صحنه، نوع بحران، نوع مراقبتهای انجام شده، وضعیت انتقال، سطوح فعالیت بیماران را دارد.

* ثبت وقایع بحران، استفاده از اطلاعات در زمان حادثه، ارائه گزارش و توصیههای الزم به فرمانده سامانه و پیش بینی روند احتمالی بحران و بروز بحرانهای ثانویه، بر عهده مدیریت اطلاعات است.

سوپروایزر کشیک

۱ ارتباط با واحد ستاد مرکزی پرسنلی، در صورتی که ستاد مرکزی پرسنلی حضور نداشته باشد، تا

زمان برگشت سوپروایزر کشیک باید در آنجا بماند.

۲ ارتباط با واحد مرکز کنترل خدمات پرستاری، و سرپرستی مرکز کنترل خدمات پرستاری

۳ ارتباط با مسئول شیفت اورژانس و واحد پذیرش

۴ برقراری تماس اولیه با سرپرستار اورژانس، جهت تعیین وضعیت بیماران و پرسنل

۵ هماهنگی با واحد پذیرش، جهت انتقال بیماران و تخلیه و آمار تختها در بخشهای مختلف

۶ انتقال منشی های اضافی به نواحی تریاژ و اورژانس

۷ تقسیم کار و توزیع نیروی انسانی در واحدهای مختلف

۸ انجام عملیات توزیع تخت و ایفای نقش بد منیجر

۹ اعزام نیروها به بخشهای مختلف در صورت نیاز

سرپرستار بخش

آماده نگهداشتن بخش جهت پذیرش بیماران

انتقال یک پرستار کارشناس از هر بخش به واحد درمانی به دنبال ایجاد بحران

گزارش تعداد تختها به واحد پذیرش و تماس با پرسنلی که در مرخصی به سر برده و یا آف

هستند جهت برگشت فوری به محیط کار

در نظر داشتن پرسنل در حال کار برای پوشش انسانی، و محول کردن وظایف به پرسنل جهت

مراقبت از بیماران بحرانی پذیرش شده به واحد

شناسایی بیماران و مصدومینی که احتمالاً ترخیص میشوند، و کمک به ترخیص و انتقال آنها

مسئول مراقبتهای پزشکی

نظارت بر تعیین وظایف محوله هر یک از اعضاء گروه پزشکی

مدیریت خدمات جانبی (پاراکلینیکی) و نظارت بر اعمال واحدهای مربوطه و هماهنگی با مسئول هر واحد

تهیه لیست اقالم دارویی و تجهیزات پزشکی موردنیاز و اعالم نیازهای ضروری و پیش آمده با هماهنگی واحدهای مربوطه

ارتباط با مراکز پاراکلینیکی معین و مدیریت تریاژ

بررسی میزان سالمی و نیازهای پزشکی مصدومین و پرسنل

تشخیص بیماریها از نظر اپیدمیولوژی و ارائه گزارش به بخش پشتیبانی و اداری

ترخیص بیماران الکتیو و بازگشایی بخشهای اضافی با هماهنگی مسئول پرستاری بخش پشتیبانی و اداری و خدماتی

برقراری کلیه تجهیزات اضطراری (آب، برق، سوخت، گاز و ارتباطات)

واحد خدمات، تأمین نیروی انسانی موردنیاز، انتقال اجساد و متوفیان حادثه

انتقال مواد زائد و آلوده به خارج از مرکز درمانی

برپایی چادرهای انفرادی و توالتهای صحرائی

انتقال مصدومین و تخلیه مرکز درمانی در صورت نیاز واحد خدمات

تعیین نیازهای خدماتی پشتیبانی الزم

کنترل بیماریها از نظر اپیدمیولوژی

اطمینان سازی از ایمنی پرسنل و بیمار

مستندسازی شرح وقایع و میزان استفاده از منابع

طبقه بندی درخواستهای خدماتی

واحد نقلیه

☐ واحد نقلیه، حمل و نقل اضطراری و بسیج کلیه امکانات ترابری

☐ واحد تدارکات، جمعآوری کمکهای مردمی و ارسال آن به واحدها با هماهنگی واحد انبار و تأمین

سریع مایحتاج موردنیاز (غذا و آب و...) اعالم شده و برنامه‌ریزی شده

☐ واحد انبار، وظیفه بازگشایی انبار و در دسترس قرار دادن مایحتاج موردنیاز، گزارش مداوم به مدیر

سامانه از منابع موجود انبار و تهیه لیستهای موردنیاز جهت جایگزینی منابع و همچنین استفاده از فضاهای

موجود جهت نگهداری کالاهای ارسالی و اهدائی

ترباژ و اورژانسهای رفتاری در بحران

به هنگام برخورد با مصدوم پرخاشگر توصیههای زیر را بکار برید: 39

☐ آرام باشید، و مطمئن شوید راهی برای خروج، یا فرار از محیط را دارید.

☐ حداقل دو متر فاصله با فرد پرخاشگر را حفظ کرده، و در کنار وی بایستید.

☐ تماس چشمی غیرتهدید آمیز را، حفظ کنید.

☐ کمک خارجی را مدنظر داشته باشید.

برخورد با مصدوم پرخاشگر

☐ با دقت با فرد پرخاشگر صحبت کنید.

☐ برای مذاکره با فرد آماده، و حداکثر تالش خود را بنمائید.

☐ به فرد دروغ نگوئید، یا قوی که قادر به انجام آن نیستید، ندهید.

☐ در صورت بدتر شدن اوضاع، نیازهای مداخله سریع را تشخیص دهید.

در صورت بروز پرخاشگری:

☐ فوراً نیروهای انتظامی و امنیتی را خبر کنید.

☐ حداقل محدودیت فیزیکی را برای کنترل اوضاع، در مورد فرد پرخاشگر به کار ببرید.

☐ هرگز فرد مبتال به اختلال تنفسی را نبندید؛ یا محدود نسازید.

☐ هرگز محدودیت فیزیکی را در اطراف گردن به کار نبرید.

☐ برای دستها و پاها میتوانید از محدودیت فیزیکی استفاده کنید.

☐ نبض زیر محل بسته شده را جهت اطمینان از گردش خون مؤثر، بررسی کنید.

☐ در تمام مدت مراقب فرد پرخاشگر باشید.

☒ آرام باشید و هرگز فرد را تهدید نکنید

☒ با فرد پرخاشگر مذاکره و صحبت کنید.

☒ زمانی که فرد آرام شد، با احتیاط محدودیت فیزیکی را بردارید. به بهبودی سریع اعتماد نکنید.

☒ هرگز مصدوم را تنها نگذارید

نیازهای غذایی گروههای آسیب دیده در بحران

مصرف کنندگان نیاز غذایی آسیب دیده کودکان، نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان

(شیرخشک، بیسکویت، شیر استریل و پاستوریزه، پنیر، آب میوه، نان و مواد غذایی کنسرو شده آسیبیپذیر)

کودکان، سالمندان و مادران باردار

لبنیات (شیرخشک، شیر استریل و پاستوریزه، پنیر) بیسکویت، میوه، آب میوه و مواد غذایی کنسرو شده، نان

سالم و سالم فعال (نوجوانان، جوانان و بزرگسالان)

کلیه گروههای غذایی محلی موجود و ارسالی از مناطق دیگر

(نیروهای امدادگر) ارتش، سپاه، بسیج، هلال احمر و غیره این گروه باید مواد غذایی موردنیاز خود را همراه داشته باشند و نیاز آنها به مردم تحمیل نشود.

بیماران غذاهای رژیمی آماده و طبخ شده در حادثه

وظایف سازمانها و نهادها در تأمین مواد غذایی

سازمانها و نهادهای مربوط به تهیه، تأمین، نگهداری، توزیع مواد غذایی و مدیریت و نظارت بر تغذیه، در شرایط اضطراری و بحران که هر کدام به تناسب نوع وظایفی که در شرایط عادی دارند، و میتوانند در شرایط

بحران وارد عمل شوند:

پایان بحران

* مبارزه با هرگونه شایعات

* اعالم تشکر از دستاندرکاران

* ارزیابی خود در مدیریت بحران

* بررسی مسائل بحران با اعضای تیم بحران

* صدور بیانیه پایان بحران

اعضای کمیته بحران و بلایادر بیمارستان:

ریاست بیمارستان (رئیس کمیته)، مدیر داخلی بیمارستان (دبیر کمیته)، مدیر دفتر پرستاری، متخصص داخلی بیمارستان، مسئول حراست بیمارستان، مسئول واحد بهبود کیفیت، مسئول بخش اورژانس، مسئول روابط عمومی، مسئول دفتر فنی ساختمان، مسئول تجهیزات پزشکی، مسئول بهداشت محیط و مسئول اورژانس 115 شهرستان

شرح وظایف کمیته بحران بیمارستان:

* بررسی و تعیین بحران ها و بالیا محتمل در منطقه

* تدوین برنامه مستند جهت مقابله با بحران و بالیا

* تدوین برنامه فراخوانی اعضای تیم پاسخ اضطراری و جانشین های تعیین شده

* نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه

* تقویت عملکرد بیمارستان در رابطه با سوانح و فوریت های پزشکی

* تشکیل تیم های امداد رسانی و آموزشهای الزم در مواجهه با حوادث غیر مترقبه

* تعیین و ابلاغ شرح وظایف اعضای کمیته

* تجهیز بیمارستان و واحدها و بخش ها در جهت مقابله با بحران های احتمالی

کمیته بحران بیمارستان به صورت حداقل هر ماه یکبار تشکیل جلسه داده و مستندات و صورتجلسات آن نزد دبیر کمیته و واحد بهبود کیفیت نگهداری می شود.

فرمانده حادثه : دکتر مولود حسینی

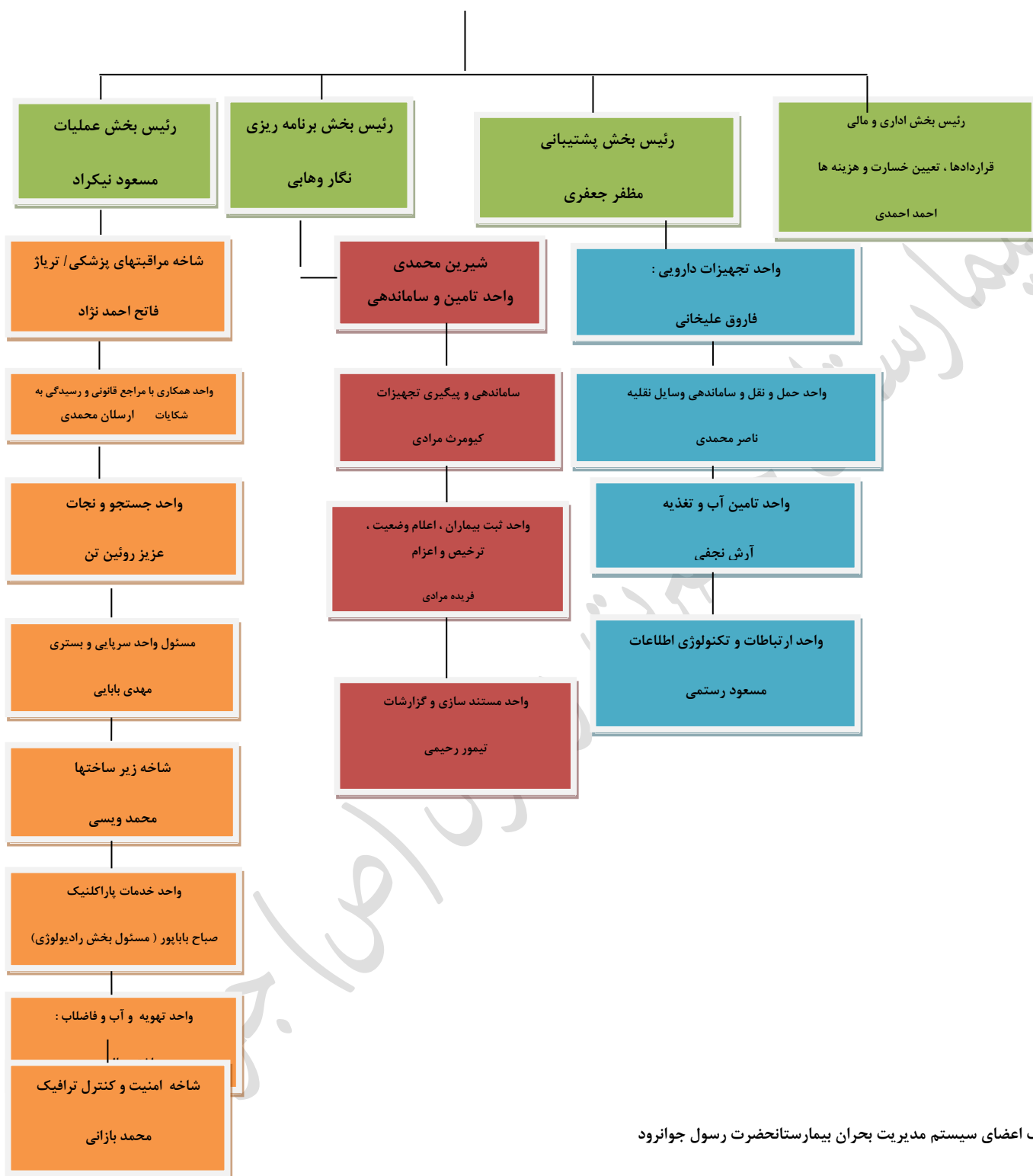
مسئول هماهنگی : جبار ملکی

متخصص فنی / پزشکی : دکتر امیر پروازیان

دبیر کمیته بحران : پرویزاحمدی

مسئول روابط عمومی : ایوب فتحی

مسئول ایمنی : رضا محمدی



شرح وظایف اعضای سیستم مدیریت بحران بیمارستان حضرت رسول جوانرود

شرح وظایف اعضای سیستم مدیریت بحران به 6 عنوان کلی تقسیم گردیده است:

الف= مأموریت: در این قسمت مأموریت کلی و کاملاً خلاصه شده فرد بیان گردیده است.

ب- قبل از حادثه: کلیه کارهایی که لازم است در شرایط عادی و قبل از وقوع حادثه توسط مسئول آن جایگاه انجام پذیرد، در این بخش بیان گردیده است.

ج- مسئولیتهای فوری: در این قسمت، وظایفی که بلافاصله پس از فعال شدن جایگاه (و نه بلافاصله پس از وقوع حادثه) باید توسط مسئول آن جایگاه انجام پذیرد بیان گردیده است.

د- مسئولیتهای میان مدت: مسئول هر جایگاه، پس از انجام کامل مسئولیتهای فوری، لازم است به انجام وظایف این بخش، مبادرت ورزد. برای برخی واحدها ممکن است مسئولیت میان مدت تعریف نشده باشد.

ه- مسئولیتهای دراز مدت: انجام مسئولیتهای دراز مدت نیز، پس از انجام کامل مسئولیتهای میان مدت توسط مسئول هر جایگاه، آغاز می گردد. برای برخی واحدها ممکن است مسئولیت دراز مدت تعریف نشده باشد.

و- سایر مسئولیتهای: در این قسمت، مسئول هر بخش میتواند وظایف جدیدی را به مسئولیتهای هر واحد اضافه نماید که اولویت آن نیز باید توسط مسئول بخش تعیین گردد. (قبل از حادثه، فوری، میان مدت و یا دراز مدت) همان گونه که از تعاریف فوق پیداست، نمیتوان زمان خاصی برای انجام مسئولیتهای فوری، میان مدت و دراز مدت تعیین نمود و زمان انجام وظایف هر قسمت، از واحدی به واحد دیگر متفاوت است و لذا، مسئول هر واحد، تنها پس از پایان وظایف مندرج در اولویتهای بالاتر، شروع به اجرای وظایف مندرج در اولویتهای بعدی نماید.

در این بخش نمونه شرح وظایف طراحی شده برای اعضای سیستم مدیریت بحران یک بیمارستان جنرال ارائه گردیده. لازم به ذکر است گرچه مبنای اولیه این شرح وظایف HICS میباشد، اما تغییرات بسیار زیادی در آن اعمال گردیده، بخش های فراوانی اضافه و یا حذف و بخش مسئولیتهای قبل از حادثه نیز به آن افزوده شده است تا هر چه بیشتر با شرایط کشور و بیمارستان ما هم خوانی داشته باشد.

تذکر: در شرح وظایف کلیه فرماندهان مواردی مشترکی وجود دارد که برای جلوگیری از تکرار به آنها اشاره میشود:

1. دریافت توجیهات لازم وموارد مورد نیاز از فرمانده حادثه و یا رئیس بخشها
2. همه فعالیتهای کلیدی را در یک دفتر گزارش بطور مداوم مستند سازی کنید.
3. اعضای واحد تحت امر خود را انتخاب کنید وفرمها یا اطلاعات را بطور مناسب بین واحدها بخش کنید
4. اعضای واحد را از موقعیت مناسب واستراتژیها توجیه کنید وخطوط کلی طرح عملیاتی شاخه را رسم کنید
5. زمان لازم برای وظایف بعدی را در نظر بگیرید
6. مطمئن شوید اعضای واحد از تدابیر امنیتی و روشها اطاعت میکنند
7. برای هرگونه درخواست منابع اعم از تجهیزات یا نیروی انسانی با فرمانده حادثه هماهنگ باشید
8. اطمینان از برگشت و بازبایی وسایل و تجهیزات وبرگشت دادن آن به قسمت فرماندهی حادثه
9. حضور در جلسات آموزشی
10. شرکت در جلسات در موقع نیاز
11. مستند کردن کلیه ارتباطات داخلی وخارجی روی فرم پیام وارائه یک کپی از فرم پیامها به واحد مستند سازی
12. به محض غیر فعال شدن وضعیت مطمئن شوید گزارش های همه قسمتهای عملیات به رئیس بخش برنامه ریزی ارائه شده است
13. به محض غیر فعال شدن وضعیت فرمانده حادثه را از مشکلات رایج،کارهای معوقه و پیگیری تجهیزات مطلع کنید.

فرمانده حادثه

ماموریت: سازماندهی و مدیریت مرکز فرماندهی بیمارستان طراحی استراژی کلی مدیریت حادثه بیمارستان و فعالیتهای حمایتی شامل پاسخ اورژانسی و دوران بهبودی / صدور مجوز تخلیه بیمارستان در صورت نیاز

مسئولیت های مهم :

1- به محض اطلاع از حادثه در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان حضور یافته و سیستم فرماندهی حادثه بیمارستان را بر حسب نوع حادثه فعال نماید

2- خلاصه ای از شرایط کنونی مرکز که شامل اطلاعات زیر باشد جمع آوری نماید :

هویت حادثه (نوع حادثه، تعداد قربانیان ، مجروحین و آسیب دیدگان و نوع آسیبه ها و غیره)

* کسب اطلاع از سلامت کارکنان ، بیماران و ملاقات کنندگان

* خطرات مربوط به پرسنل و تجهیزات

* تجهیزات محافظت کننده مورد نیاز

* نیازهای آلودگی زدایی

* تخمین مدت زمان پاسخگویی به حادثه و پایان عملیات پاسخگویی

* اصلاح عملیات هر روز در صورت نیاز

* نیاز به گسترش سیستم فرماندهی بیمارستان

3. هماهنگی با سوپروایزر اورژانس و برنامه ریزی برای بخش اورژانس بیمارستان جهت پذیرش مصدومین

4. مشخص کردن نیازهای متناسب با کارکنان و روسای بخشها/ ومسئولین بخشها و واحدها/گروه ها و متخصصین پزشکی

5. توجیه همه کارکنان از ماهیت مسئله / روشن کردن موارد بحرانی فوری و شروع طرح عملیاتی

6. دریافت گزارش موقعیت/طراحی برنامه عملیاتی حادثه با فرماندهان حادثه ومسئولین بخشها برای مشخص کردن پاسخ مناسب

7. دریافت گزارشها از شاخه های دیگر سیستم فرماندهی از جمله: گزارشی از میزان تخریب از رئیس بخش عملیات و نیز بررسی نیاز به تخلیه بیمارستان

دریافت آمار بیماران وموقعیت از رئیس بخش برنامه ریزی و یک گزارش 4_8_12_24_48 ساعته از زمان شروع عملیات

8. تعیین نیازها (اگر تخت اضافه نیاز دارید بیماران را اولویت بندی کنید در صورت نیاز تریخیص زود هنگام بیماران را در نظر داشته باشید)

9. به نحو صحیح از تماس با آژانسهای خارجی ، منابع مالی موجود و گزارش امکانات که توسط فرمانده ارشد هماهنگی ارائه میشود مطمئن شوید

10. از مسئولین بخشها اطلاعات مربوط به منابع موجود از نظر تجهیزات و امکانات ،دارو ، غذا و آب و برق را جویا شوید

11. به نحو شایسته طرحهای افزایش ظرفیت و توانایی امکانات و ایمنی آنها را بررسی کنید

در صورت اتمام عملیات اطمینان از اقدامات بعد از عملکرد طبق موارد زیر:

1. جمع آوری تمام مدارک مرکز فرماندهی بیمارستان بوسیله رئیس بخش برنامه ریزی.

2. تطابق و هماهنگی قیمتها در مدارک ارائه شده از طرف رئیس اداری و مالی

3. مدیریت گزارشات کارکنان برای تعیین دستاوردها، پاسخها و پیشرفت کارها

4. توجیه رسانه های گروهی از آخرین وضعیت حادثه

5. ارائه اطلاعات و آموزشی عمومی پس از حادثه .

متخصص فنی / پزشکی(کلیه تخصصهای پزشکی از جمله عفونی . داخلی . جراحی ...)

- 1- مسئولیت خطوط کلی درمان را که توسط گروه‌های درمانی بیمارستان بکار گرفته میشود را بر عهده گرفته و نظارت کلی بر عملکرد کلیه پزشکان و متخصصین دارد
- 2- تخلیه بیمارستان و تعیین پزشکانی برای ویزیت بیماران و ترخیص زودهنگام را کنترل مینماید.
- 3- نظارت بر مناطق درمان و تعیین پزشکان مورد نیاز برای ویزیت بیماران در اورژانس
- 4- نظارت بر کار مسئولین بخشها در خصوص بستری و ترخیص بیماران
- 5- ملاقات منظم با فرمانده حادثه یا رئیس بخش عملیات برای مورد توجه قرار دادن نیازهای عملیاتی بیمارستان
- 6- ارتباط مداوم با مدیر شاخه مراقبتهای پزشکی و ستاد فرماندهی از نظر کنترل های دوجانبه از وضعیت حادثه و ارتقاء ارزش منابع اطلاعاتی
- 7- در هماهنگی با ارشد ایمنی و مجری قانونی محلی نحوه آلودگی وسایلی که بیماران با آن به بیمارستان منتقل میشوند مشخص و تدبیر لازم اندیشیده شود
- 8- مدیر بیمارستان را از وضعیت اورژانس مطلع کنید
- 9- بررسی منابع بیمارستان (کارکنان، تجهیزات، امکانات، وسایل) برای همکاری با اورژانس
- 10- تداوم جریان روتین بیماران بیمارستان و ارائه امکانات و اطلاعات همانطوریکه از اورژانس منتقل میشوند و پاسخگویی فوری به کارهایی که ممکن است مغل این جریان باشد
- 11- تداوم ارائه فعالیتهای طبیعی بیمارستان
- 12- اطلاع رسانی به فرمانده حادثه و تقاضای همکاری در صورت نیاز با عملیات اورژانس
- 13- ارزیابی منابع درمانگاهی (کارکنان، تجهیزات، امکانات و وسایل) که میتواند برای همکاری به بخش اورژانس عزام شود.

ارشد ایمنی :

ماموریت: اطمینان از ایمن بودن محل عملیات و محل کار کارکنان، محل پذیرش بیماران و ملاقات کنندگان در موقعیتهای خطرناک. داشتن حق صدور توقف هر گونه عملیات که تهدید کننده ایمنی و سلامتی است.

مسئولیت ها :

1. برقراری تماس با مسئول واحد ارتباطات و تاکید بر اطلاعات تماسی خودتان
2. تعیین خطرات احتمالی حادثه و حریم ایمن برای کارکنان و امکانات بیمارستان و محیط
3. توصیه به فرمانده حادثه و روسای بخشها از موقعیتهای مضر و ارائه توصیه هایی برای اصلاح آنها.
4. ارتباط با رئیس بخش پشتیبانی برای تهیه علائم ورود ممنوع در اطراف منطقه نا امن.
5. همکاری با مسئول شاخه ارزیابی و آسیب برای ارزیابی ساختمانها و خطرات حادثه و تعریف آسیب پذیری
6. هماهنگی با مسئول واحد شناسایی و پاسخ به نشت جهت کنترل سلامتی عملیات از نظر عملیات آلودگی زدایی
7. اطمینان از سلامتی کارکنان و گزارش همه خطرات و موقعیتهای مضر به رئیس بخش عملیات
8. بررسی عملیات بیمارستان و کارهای کارکنان و گزارش عملیات مضر و توصیه عملیات اصلاحی برای اطمینان از ارائه خدمات ایمن
9. اطمینان از کاربری همه کارهای ایمن در بیمارستان.
10. توجه به همه توصیه های فرماندهی و جلسات طرح عملیاتی حادثه داشتن تجهیزات / امکانات و بیمارستان ایمن.

ارشد هماهنگی

ماموریت: انجام وظیفه بعنوان شخص مطلع از مرکز فرماندهی بیمارستان بعنوان نماینده با دیگر سازمانها و مراکز دولتی پشتیبان در بحران

مسئولیتها :

1. برقراری ارتباط با سازمانها و ادارات دولتی و خصوصی محلی، منطقه ای، استانی برای درک موقعیت صحیح، و درخواست و دریافت منابع مورد نیاز
2. در هماهنگی با ارشد روابط عمومی اطلاعات لازمه را بدست آورد.
3. اطلاعات و وضعیت را از رئیس بخش برنامه ریزی همانگونه که به شبکه ارتباطی اورژانس داخلی بیمارستان و محلی و کشوری ارائه میشود کسب کنید و بر تقاضاهای زیر تاکید کنید : ظرفیت مراقبت بیمار. تعداد بیماران منطقه فوری (قرمز). تاخیری (زرد). منطقه با آسیب محدود (سبز). وضعیت کلی بیمارستان. وضعیت ساختمان بیمارستان ایمنی و خدمات رفاهی.

4. منتظر کمبود واقعی در همه منابع از قبیل ، پرسنل ، تجهیزات، امکانات و داروها و غیره باشید لذا قبل از بروز این وضعیت اقدامات پیشگیرانه را بعمل آورید
5. تعداد بیمارانی که نیاز به انتقال به سایر مراکز را دارند و روش انتقال را مدنظر داشته باشید.
6. در ارتباط با مرکز عملیات اورژانس محلی و آژانسهای پاسخگوی محلی (مثل بهداشت عمومی) گزارش صحیحی از موقعیت بیمارستان داشته باشید .
7. با همتهای رابط هماهنگی مانند هلال احمر و مرکز عملیات اورژانسی ارتباط برقرار کنید ،مسئولین دست اندرکار دولتی را از آخرین تغییرات وضعیت بیمارستان وامکانات شروع پاسخ دهی به حادثه و نیازهای مالی و کارهای بحرانی مطلع کنید .

ارشد روابط عمومی

1. تجهیزات ارتباطی و طرح مخبره خطر و تدابیر لازم را فعال کنید
2. مکانی را برای رسانه های گروهی ایجاد کنید و آن را دور از مناطق فرماندهی و مراقبت بیماران قرار دهید. در منطقه رسانه ها یک فضای فیزیکی برای محدود کردن میزان دسترسی آنها تشکیل دهید و در این کار با مدیر شاخه امنیتی و ارشد ایمنی هماهنگ باشید
3. هماهنگی با مسئولین روابط عمومی مراکز دولتی برای تحقیق و مشارکت در ارائه پیامها و اطلاعات به رسانه های گروهی
4. تعیین سخنگوی مناسب برای ارائه مطالب و دادن اطلاعاتی عمومی
5. حضور در همه جلسات توجیهی فرماندهی و برنامه های عملیاتی
6. ارائه گزارش روند پذیرش و درمان به رسانه ها در صورت لزوم

رئیس بخش عملیات

- فعال نمودن بخشهای مورد نیاز
- برگزاری جلسه توجیهی برای سرپرستان شاخه های فعال شده
- مشارکت در آماده کردن طرح عملیاتی /جلسات و توجیهات ./همکاری در تعریف استراتژیها، مشخص کردن تاکتیکها و منابع مورد نیاز.
- دریافت گزارش لحظه ای از وضعیت آماده شدن اورژانس جهت پذیرش مصدومین از سرپرستان شاخه های فعال شده
- برقراری ارتباط با رئیس بخش پشتیبانی برای اطمینان از روند حضور پرسنل و منابع در منطقه عملیاتی
- داشتن ملاقات های مکرر با فرمانده حادثه /ارشد روابط عمومی/ارشد هماهنگی برای گزارش موقعیت.
- اطمینان از مشخص بودن موارد زیر : سلامتی و ایمنی کارکنان بخش . پیگیری بیماران . مراقبت بیماران . حمل و انتقال تجهیزات.
- مشارکت اطلاعات با مرکز عملیات اورژانسی، بهداشت عمومی و مجریان قانون پس از هماهنگی با افسر ارتباطات . مستند سازی .
- داشتن جدول زمانی جلسات با سرپرست شاخه و سرپرست عملیات برای به روز رسانی طرح عملیاتی بخش اورژانس و فرایند ترخیص .
- اطمینان از کافی بودن تجهیزات و کارکنان .
- مشخص کردن کارهای مربوط به بیماران : بیماران تازه وارد، تختهای در دسترس . پیگیری بیماران . مدیریت مرگ و میر . تجهیزات و امکانات پزشکی . مدیریت منابع، پرسنل.

سرپرست شاخه مراقبتهای پزشکی

1. همکاری با متخصص فنی/پزشکی و مدیران گروههای درمانی و دفتر خدمات پرستاری
2. ارزیابی ظرفیت شاخه مراقبتهای پزشکی از نظر تشکیل واحدهای زیر :
تریاژ، بستری . سرپایی . مراقبت مجروحان . خدمات حمایتی کلینیکی. ثبت بیماران
3. اطمینان از اینکه بیماران جدید به سرعت تریاژ و بررسی و به موقعیت مراقبتی تعریف شده (مثل: پذیرش، جراحی، ترخیص، انتقال) منتقل میشوند .
4. اطمینان از اینکه بیماران قبل از خروج نیازهای مراقبتی را دریافت می کنند .

مسئول واحد بستری

- همکاری با متخصص فنی/ پزشکی و خدمات پرستاری برای تاسیس مناطق مراقبت بیماران و مکانهای جدید مورد نیاز .

- شروع ترخیص با هماهنگی فرمانده حادثه و مسئول واحد مراقبت پزشکی و مسئول واحد همکاری با مراجع قانونی باشد .
هماهنگی با مسئول واحد موقعیت و سرپرست پیگیری تخت از نظر تختهای آماده

مسئول واحد بیماران سرپایی

1. برنامه ریزی سریع برای ارائه خدمات به بیماران سرپایی بر طبق اطلاعات درست
2. ارزیابی مناسبی از بیماران سرپایی. ترخیص مناسب و سریع بیماران . پذیرش بیمارانی که قادر نیستند ترخیص شوند . گزارش منظم به سرپرست شاخه مراقبتهای پزشکی .
1. اطمینان از : پذیرش و ترخیص بیماران سرپایی . بیماران تریاژ میشوند و برای دریافت خدمات اولویت بندی میشوند. همه بیماران دستور کتبی ترخیص را از پزشک دریافت میکنند.

مسئول واحد خدمات پاراکلینیکی

ماموریت: سازماندهی و سرپرستی خدمات حمایتی کلینیکی / کمک در ارائه حداکثر عملکرد خدمات / مراقبت در استفاده و حفاظت منابع

مسئولیت

تیمهای زیر رامشخص کنید : خدمات دارویی . خدمات رادیولوژی تشخیصی . خدمات انتقال خون .

برای مشارکت با واحدهای بخش پشتیبانی در ارزیابی تجهیزات ، امکانات و مداخلات دارویی و نیازهای کارکنان همه اعضای واحد مراقبت کلینیکی را مطلع کنید

سرپرست شاخه زیر ساختها

ماموریت : سازماندهی و سرپرستی دائمی و اصلاح عملیات زیر بنایی شامل: برق / انرژی / آب و فاضلاب / تهویه هوا / ساختمانها و زمینها / گازهای پزشکی

مسئولیت

نیازهایتان را برای انتخاب مسئولین واحدهای شاخه زیرساختها مشخص کنید

بررسی توانایی واحد زیر ساختها برای برطرف کردن نیازهای زیر :

امکانات گرمایی و تهویه هوا. برق . ارتباطات . آب آشامیدنی و غیر آشامیدنی . ارائه گازهای پزشکی . بهداشت . پاکسازی جاده . بررسی و اصلاح تخریبهای رخ داده . دستیابی به امکانات. همکاری با سرپرست منابع برای بررسی نیازها و مشکلات.

مسئول واحد برق و آب و فاضلاب

ماموریت: باقی نگهداشتن برق و نور بیمارستان / اطمینان از سوخت کافی ژنراتورها.

1. ارزیابی و مراقبت مقدار آب موجود / وضعیت فاضلاب و سیستم بهداشتی / روشهای انهدام زباله را در صورت لزوم به اجرا در آورید .
2. همراه با شاخه ایمنی از ایمنی دستگاه های برقی مطمئن شوید .
3. وضعیت عملکرد برق و نور را ارزیابی و با سرپرست شاخه زیر ساختها در ارتباط باشید .

4. نیازهای تجهیزاتی را با سرپرست شاخه خدمات بخش پشتیبانی یا مسئول واحد خدمات بنحو مناسب هماهنگ کنید
5. به مناطق مراقبت از بیماران و مکانهای مراقبت سیار برق و نور برسانید
6. برنامه ای برای تهیه آب آشامیدنی تدوین نمایید
7. تدوین برنامه استریلیزاسیون در موقع خرابی دستگاههای موجود
8. تدوین برنامه برای مواقع تخریب سیستم فاضلاب
9. تدوین برنامه جمع آوری موقت تفکیک و دفع زباله ها و نیز نخاله های حاصل از تخریب ساختمان در صورت تخریب سیستم موجود
10. بررسی کامل بیمارستان و تعیین کانونهای بالقوه عفونت
11. تهیه دستورالعمل نظافت بیمارستان درمواقع بحران جهت افزایش دفعات نظافت و درصورت لزوم ضد عفونی کردن بیمارستان
12. تدوین طرح کنترل بهداشتی مواد غذایی و آب آشامیدنی با همکاری مسئول واحد تغذیه
13. تدوین طرح بهداشت فردی مصدومین بستری، پرسنل و بستگان آنها و بهداشت محیط زیست درشرایط بحران
14. تعیین نوع و میزان وسایل تجهیزات و مواد مورد نیاز جهت تامین بهداشت بیمارستان درشرایط بحران
15. تهیه فرمهای ویژه چیره بندی و توزیع مواد بهداشتی
16. تهیه مدلهای دستشویی و توالتهای صحرائی و پیش بینی نیازها در این زمینه
17. هماهنگی با سازمانهای ذربط جهت انتقال زباله و مواد زائد در شرایط بحران
18. هماهنگی در بازرسی سیستمهای آب و فاضلاب بیمارستان با مسئول واحد تخریب زمین و ساختمان و مسئول واحد تجهیزات.
19. دستور تعمیر اضطراری را برای سیستم آب و فاضلاب صادر کنید
20. سرپرست واحد زیرساخت را از مورد پیش آمده آگاه کنید
21. صدمات، نشتی ها و یا آلودگی ها را با کمک ارشد ایمنی و مسئول واحد تخریب زمین و ساختمان تعمیر کنید .

مسئول واحد گرما و سرما و تهویه هوا

ماموریت: باقی نگهداشتن گرما و جریان هوایی در وسایل و تجهیزات همجوار

مسئولیت: در تماس با ارشد ایمنی از تهویه هوای ایمن مطمئن شوید.

1. بطور مستمر وضع تهویه هوا و تاسیسات جانبی را به مسئول شاخه زیر ساختها اعلام کنید
2. موقعیتهای اورژانسی از نظر تهویه هوا را مشخص کنید مشکلات موجود را با سرپرست شاخه زیر ساختها درمیان بگذارید
3. خدمات تهویه هوا را به منطقه عملیاتی و مراقبت بیماران (سرپایی و بستری) ارائه کنید
4. در اتاقهای ایزوله وضعیت فشار مثبت و منفی را با مشارکت واحد تجهیزات ارزیابی کنید
5. نیازهای پاسخ دهی به جریان هوا در محیطی های خطرناک داخلی و خارجی پیش بینی کنید (تهیه توربو فنهای مخصوص مکش هوای آلوده و دود ..).

مسئول واحد ارزیابی آسیب ساختمان و محوطه

ماموریت: سازماندهی و سرپرستی خدماتی که برای اصلاح و تعمیر واحدها و ساختمانهای بیمارستان لازم است.

مسئولیت:

1. با مشارکت مسئول واحد و تجهیزات یک گزارش جامع و کامل از وضعیت ساختمانها و زمینها تهیه کنید و به سرپرست شاخه زیر ساختها گزارش کنید
2. بطور مستمر وضع ساختمانها را به سرپرست شاخه زیر ساختها و مسئول واحد تجهیزات اعلام کنید
3. موقعیتهای اورژانسی را که زمان کوتاهی دارند ولی ضربات متعاقبی با آنها همراه است را پیش بینی کنید و مشکلات موجود را با سرپرست شاخه زیر بناها درمیان بگذارید
4. در صورت نیاز طرح تجهیزات اورژانسی را آماده کنید .

مسئول واحد تسهیلات خدمات بهداشتی

ماموریت: سازماندهی و سرپرستی سیستمها و تجهیزات ساختمانی و اطمینان از تمیزی و ضد عفونی محیط بیمارستان

مسئولیت:

1. بطور دقیق اتاقهای ایزوله و مناطق مختلف را از نظر فیلترها/میزان جریان هوا و فشار هوا با هماهنگی مسئول واحد تهویه هوا کنترل کنید
2. موارد زیر را بطور دستی فهرست برداری کنید: گازوئیل و دیگر سوختها، گازهای پزشکی، ژنراتورهای برق، آب غیر آشامیدنی
3. فعالیتهایتان را با مسئول واحدهای بخش عملیات هماهنگ کنید مانند: نور و روشنایی /تهویه هوا /گازهای پزشکی و خدمات محیطی
4. با مسئول واحد تجهیزات و مسئول واحد پاسخ به نشت و رفع آلودگی از فضا و تجهیزات و مصدوم بطور مرتب ملاقات داشته باشید.

مسئول واحد شناسایی و پاسخ به نشت و رفع آلودگی از فضا و تجهیزات و مصدوم

ماموریت: هماهنگی در کشف و کنترل فعالیتهای وابسته به پاسخ به مواد خطرناک. هماهنگی در فعالیتهای مربوط به اجرای طرح پاسخ به نشت مواد خطرناک در بیمارستان.

هماهنگ کردن فعالیتهای مربوط به آلودگی زدایی وسایل و تجهیزات مربوط به مواد خطرناک. هماهنگ کردن فعالیتهای آلودگی زدایی بیماران در محل همراه با پاسخ دهی مناسب به مواد خطرناک

مسئولیت:

1. اعضای واحد کشف و کنترل مواد و پاسخ به نشت و واحد آلودگی زدایی تجهیزات و وسایل را انتخاب کنید و شرح وظایف آنان را تعیین کنید
2. اطمینان از فعال شدن برنامه پاسخ به نشت به نحو مناسب که شامل:
ایجاد یک فضای ایمن. مهار نشت در صورت ایجاد امنیت. در صورت نیاز با آژانس کاهش دهنده نشت تماس بگیرید (گروه ش. م. ه نیروی زمینی سپاه و یا گروه فیزیک دانشگاه ..).
3. حضور در جلسات آموزشی در صورت نیاز.
4. از ساختار و عملکرد وسایل کنترل و کشف به انضمام آژانسهای مشخص شده آنها مطمئن شوید
5. شناسایی مناطق و تجهیزات لازم آلودگی زدایی و اطمینان از دسترسی منابع مناسب برای انجام دادن کارهای مورد نظر
6. جمع آوری وسایل با ارزش بیماران در جای امن و تماس با سرپرست شاخه امنیت
7. از زمان مناسب آلودگی زدایی بیماران اطمینان حاصل کنید 3_5 دقیقه برای عوامل غیر چسبناک و غیر مقاوم و 5_8 دقیقه برای مواد چسبناک ناشناخته یا مقاوم
8. اطمینان از اینکه فرآورده های انتی دوت تحویل داده میشوند
9. همکاری با خدمات حمایتی درمانگاهی.

سرپرست شاخه امنیت و کنترل ترافیک

ماموریت: هماهنگی در همه موارد امنیتی از قبیل: کنترل ورودی /کنترل شلوغی و ترافیک

1. سازماندهی و اجرای امنیت ترافیک وسایل نقلیه موتوری برای سهولت تردد آمبولانسها
2. ایجاد پست فرماندهی امنیت
3. ایمن نمودن محل ورود و عبور عابرین پیاده
4. دور کردن اشخاص غیر مجاز از مناطق محدود شده. مرکز فرماندهی بیمارستان، منطقه تریاژ، منطقه مراقبت بیماران، متوفیان و دیگر مناطق حساس یا استراتژیک
5. جدا سازی مسیر ورودی و خروجی آمبولانسها
6. ایجاد پستهای امنیتی در منطقه عملیات گشت زدن در محلهای پارک و بارگیری از نظر فعالیتهای مشکوک و کنترل رفت و آمد

مسئول واحد جستجو و نجات

ماموریت: هماهنگی در جستجو و نجات کارکنان و بیماران در زمان تخریب ساختمان و محبوس شدن آنان

مسئولیت

1. اعضای واحد جستجو را انتخاب کنید
2. با مسئول واحد تخریب زمینها و ساختمانها و مسئول واحد امکانات هماهنگ شوید
3. مطمئن شوید اعضای واحد از تدابیر امنیتی و روشها اطاعت میکنند مانند استفاده مناسب از وسایل حفاظتی...
4. وظایف اعضای واحد را با ارائه زمان بندی مناسب و طبق نقشه جغرافیایی طراحی کنید
5. در هماهنگی با افسر سلامتی و سرپرست شاخه امنیت در جستجوی بیماران گمشده یا کارکنان تلاش کنید
6. یک لیست گزارش از افراد گمشده تهیه کنید و به واحد وضعیت و واحد منابع و واحد مطالبات غرامت ارائه کنید.

مسئول واحد ارتباط با مراجع قانونی

ماموریت: هماهنگی امنیتی با آژانسهای خارجی مجری قانون

هماهنگی با افسر هماهنگی. اطمینان از اینکه اطلاعاتی که از سوی آژانسهای مجری قانون ارائه میشود بر طبق نیاز بیماران است و مورد تایید فرمانده حادثه و افسر رابط است.

سرپرست شاخه تداوم خدمات

ماموریت: اطمینان از تداوم عملکردهای خدمات کلینیکی جنبی و شغلی

مسئولیت

بررسی و استفاده از آسیبهای مصدومان برای پیشنهاد ارائه خدمات درمانی و ایجاد کار. بررسی راههای ایجاد و کسب درآمد. افزایش درآمد بیمارستان با ارائه درمانهای تخصصی

رئیس بخش برنامه ریزی

ماموریت: طراحی کلی استراتژیهای پیشگیری و پاسخ

مسئولیتها

1. ارتباط با رئیس بخش پشتیبانی و مدیر عملیات برای اطمینان از عملکرد صحیح پرسنل و منابع با همکاری مدیران شاخه ها
2. جلسات برنامه ریزی حادثه به همراهی ستاد فرماندهی حادثه روسای بخشها و دیگر اعضای کلیدی برای طراحی دوره عملیات بعدی
3. آماده سازی و مستند سازی طرح عملیاتی حادثه و توزیع کپی هایی از آن به فرمانده و همه روسای بخشها.

مسئول واحد منابع

ماموریت: ارائه اطلاعات و تداوم آن از وضعیت و موقعیت پرسنل موجود/ امکانات/ تیمها و وسایل عمده که در حادثه استفاده میشوند. داشتن یک لیست مادر از همه منابع طراحی شده برای عملیات.

مسئولیت

1. مدیران بخشهای زیر را به نحو شایسته انتخاب کنید و شرح وظایف آنان را تعیین کنید : مسئول واحد تامین و ساماندهی نیروها. مدیر ساماندهی و پیگیری تجهیزات . مدیر واحد تجهیزات پزشکی
2. با مسئول واحد وضعیت تماس داشته باشید و با روسای بیمارستان تعداد پرسنل و امکانات و تجهیزات را بطور دستی تخمین بزنید
3. به اشتراک گذاشتن اطلاعات با مسئول واحد تعیین اعتبار کارکنان و مسئول تیم درجه بندی کارکنان

واحد تامین و ساماندهی نیروها

تامین منابع انسانی پاسخگو در شرایط بحران

تعیین اعضای کمیته بحران و نیروهای پاسخگو در شرایط بحران

آماده بودن برای فراخوانی نیروهای مورد نیاز در صورت لزوم

مستند کردن همه ارتباطات خارجی و داخلی در روی فرم پیام حادثه و ارائه یک کپی از آن به واحد اسناد و مدارک

مدیر پیگیری مواد

ماموریت: ارائه فهرستی از تجهیزات و امکانات با ارزش بیمارستان با انضمام مواد رسیده (کمکهای غیر دولتی از سایر ارگانها) از ستادهای حمایت کننده در حادثه

مسئولیت

1. جایی برای تجهیزات مورد نیاز در نظر بگیرید
2. برای دریافت تجهیزات و داروها و وسایل مورد نیاز آماده شوید با مدیر عملیات برای پیگیری و دریافت تجهیزات همکاری کنید
3. شروع به فهرست برداری تجهیزات و امکانات بطور دستی کنید البته هماهنگ با :
مدیر بخش عملیات . مسئول واحد نقلیه موتوری . مسئول واحد دارویی . مسئول واحد گازهای پزشکی . مسئول واحد تجهیزات پزشکی . بخش پشتیبانی
2. ارائه یک لیست مشورتی از مواد مورد نیاز که در بیمارستان موجود نیست پس از هماهنگی با واحدهای بالا

مسئول واحد تجهیزات پزشکی

ماموریت: تهیه فهرستی از وسایل پزشکی و غیر پزشکی و ملزومات و فراورده های دارویی

مسئولیت

1. تهیه فهرست کلیه تجهیزات پزشکی بیمارستان
2. تامین و یا اخذ قرارداد با منابع تامین کننده تجهیزات با تضمین در مواقع اضطراری
3. ایجاد یک لیست تماس با فروشندگان و پیمانکاران وقت شناس پس از هماهنگی با واحد تدارکات بخش اداری مالی
4. آموزش به پرسنل و یا تهیه جزوات آموزشی در خصوص کار با تجهیزات تخصصی پزشکی برای پرسنل استفاده کننده
5. ترفالی تجهیزات از قبل طراحی شده را به مناطق تریاژ و درمان بفرستید
6. ارتباط مداوم با سرپرست شاخه حمایتی و گزارش عملیات واحد تجهیزات

مسئول واحد اعلام وضعیت و ثبت بیماران و تختهای بستری و ترخیص و اعزام ..

مسئولیت :

1. جمع آوری، پردازش و سازماندهی اطلاعات وضعیت موجود تهیه خلاصه وضعیت مربوط به حادثه
2. تعیین مسئول پیگیری بیماران، مسئول پیگیری تختها، مسئول ترخیص، مسئول انتقال به مراکز دیگر
3. کسب گزارش مربوط به آخرین وضعیت تختهای خالی بیمارستان
4. ایجاد مرکز اطلاعات برنامه ریزی در مرکز فرماندهی بیمارستان به انضمام یک برد وضعیت و موقعیت و اطلاعات دریافت شده
5. تعیین یک فرد بعنوان ثبت کننده و مستندساز برای به روز رسانی اطلاعات در برد
6. ثبت دقیق گزارشات همانطور که دریافت میشوند
7. اطمینان از اینکه اطلاعات آخرین وضعیت به ستاد فرماندهی و روسای بخشها بطور دقیق و کامل ارسال میشود

شرح وظایف مسئول پیگیری بیماران

ماموریت: کنترل و مستند کردن دائمی همه بیماران و همراهان برای ارائه امکانات

مسئولیت

1. اعضای تیم پیگیری بیماران را انتخاب کنید و لیست وظایف شاخه را تعیین کنید
2. سرشماری صحیح بیماران را از پرسنل پذیرش یا دیگر منابع بدست آورید
3. در یک فرم بیماران مراجعه کرده / ترخیص شده / منتقل شده مکان آنها و قربانیان را ثبت کنید
4. آمار مرگ و میر و تلفات را در یک فرم ثبت کنید و مکانیزمی را برای پیگیری بیماران و قربانیان بکار ببرید که قابل استفاده باشد و با سیستم پیگیری بیماران بیمارستان هماهنگ باشد
5. در صورت نیاز به انتقال بیماری به سایر مراکز درمانی لیستی تهیه کنید که در آن تمام اطلاعات مورد نیاز جهت پی گیریهای بعدی ثبت شده باشد
6. هیچ بیماری بدون هماهنگی نبایستی از مرکز خارج شود مگر اینکه از نظر پزشکی مرخص گردیده که در آن صورت بتوسط همراهان و اخذ رسید مرخص گردد
7. اگر تخلیه شروع یا در حال شروع شدن میباشد تخلیه بیماران سرشناس را زودتر شروع کنید
8. تماس با مسئول واحد وضعیت و مسئول واحد تعیین اعتبار کارکنان برای درخواست نیروی اضافی

شرح وظیفه مسئول پیگیری تختها

ماموریت: ارائه اطلاعات از وضعیت و موقعیت تختهای بیماران و برانکارد ها

مسئولیت

1. اعضای تیم پیگیری تختها را انتخاب کنید و لیست وظایف شاخه را تعیین کنید
2. سرشماری صحیح بیماران و تختها را از پرسنل پذیرش یا دیگر منابع بدست آورید
3. برقرای تماس با بیماران همه مناطق / ارائه یک گزارش صحیح از وضعیت تختها
4. پیگیری تختها برای قربانیان حادثه در یک فرم دستی یا بصورت الکترونیک
5. اگر بیمارستان با هجوم اتفاقی حادثه دیدگان مواجهه شود تعداد تختهای مورد نیاز را برآورد کنید
6. همه فعالیتهای کلیدی عملیاتها و تصمیمات را در یک دفتر گزارش عملیات بطور مداوم مستند سازی کنید

مسئول واحد مستند سازی

1. تعیین مسئول ثبت زمان و مستند سازی (فیلمبرداری و عکس)
2. هماهنگی با واحد خدمات فن آوری اطلاعات برای اطلاع از اینکه سیستمهای فن آوری اطلاعات و ارتباطات ایمیلی برقرار شده تا عملیات مستند سازی افزایش یابد و ارتباطات بیشتر شود
3. آماده سازی سیستمی برای دریافت مستندات و کامل کردن فرمهای رسیده از همه بخشها و ستاد فرماندهی
4. ارائه رونوشت به ستاد فرماندهی در صورت درخواست
5. آماده کردن مستندات حادثه برای ارائه به رئیس بخش برنامه ریزی در صورت درخواست
6. مستند کردن همه ارتباطات خارجی و داخلی در روی فرم پیام حادثه و ارائه یک کپی از آن به واحد اسناد و مدارک
7. همه فعالیتهای کلیدی عملیاتها و تصمیمات را در یک دفتر گزارش عملیات بطور مداوم مستند سازی کنید.

شرح وظایف مسئول واحد زمان سنجی

1. اطمینان از اینکه ساعت کار پرسنل در همه مناطق عملیاتی در طول دوره پاسخ مستند سازی میشود
2. همکاری با مدیر پیگیری پرسنل برای سرشماری پرسنل
3. مستند کردن کلیه ارتباطات داخلی و خارجی روی فرم پیام . و ارائه یک کپی از فرم پیامها به واحد مستند سازی

مسئول واحد ارتباطات و IT

1. تجهیزات ارتباطی را ایجاد و تداوم ببخشید و حمایتهای بیشتر را از مرکز فرماندهی درخواست کنید
2. ارزیابی و فهرست کردن تمام رادیوهای دستی و گزارش آنها به سرپرست شاخه خدمات
3. مشخص کردن کانالهای رادیویی برای پاسخ دهی / رادیوهای دو موج را در مناطق توزیع کنید
4. ارزیابی موقعیت تلفنهای داخلی و خارجی / سیستمهای فاکس و گزارش آن به سرپرست شاخه خدمات
5. با ارشد روابط عمومی و هماهنگی در ارتباط باشید

رئیس بخش پشتیبانی

- مدیران شاخه بخش پشتیبانی را از وضعیت صحیح و واقعیات عینی مطلع کنید / توسعه استراتژی و تاکتیک. زمان لازم برای وظایف بعدی را در نظر بگیرید .
- ارتباط با رئیس بخش عملیات برای اطمینان حضور پرسنل و منابع مورد نیاز
- مستند سازی کلیه فعالیتها
- اطمینان از پیگیری موارد زیر: ارتباطات . تکنولوژی اطلاعات / خدمات اطلاع رسانی .
- تهیه امکانات . تداوم تجهیزات . خدمات نقل و انتقال .

مسئول واحد تامین آب و تغذیه

ماموریت: سازماندهی انبارهای غذا و آب برای کارکنان و آماده شدن برای جیره بندی پیش از موقع یا کمبود واضح.

مسئولیت

1. اعضای واحد آب و غذای کارکنان را انتخاب کنید و درهماهنگی با سرپرست شاخه خدمات لیست وظایف شاخه را تعیین کنید
2. در طول عملیات تدارکات و نیازهای غذایی بیماران و پرسنل را تامین کنید و هیچ منطقه و فردی فراموش نشود

مدیر ساماندهی و شاخه تدارکات

ماموریت: سازماندهی و سرپرستی خدمات مورد نیاز بیمارستان / تجهیزات حمل و نقل و کارگران / اطمینان از آمادگیهای پشتیبانی و حمایتهای روحی روانی و پزشکی به کارکنان و دیگر وابستگان آنها.

مسئولیت

1. نیازهایتان را برای انتخاب مسئولین شاخه / و مسئولین واحد های شاخه حمایتی تعیین کنید
2. ارزیابی توانایی های شاخه حمایتها برای برطرف کردن نیازهای ذیل: نیازهای بهداشتی کارکنان . حمایتهای بهداشت روانی برای کارکنان . حمایت خانواده ها . تجهیزات و امکانات پزشکی . تسهیلات پاکیزه کننده . حمایتهای نقل و انتقال داخلی و خارجی
3. در هماهنگی با ارشد ایمنی مسئول واحد رفع آلودگی بخش عملیات تجهیزات مورد نیاز پرسنل را تعیین کنید و عملیات حمایتی را به اجرا در آورید
4. بطور منظم وضعیت شاخه حمایتی را به رئیس بخش پشتیبانی ارائه کنید

مسئول واحد رسیدگی به خانواده ها و سلامت روانی

ماموریت: اطمینان از دستیابی به خدمات پشتیبانی از قبیل خدمات پزشکی و /روحي روانی و مراقبتهای روزانه برای اعضای خانواده کارکنان / اجرای طرح واکسیناسیون و پیشگیری کننده ها برای خانواده کارکنان در صورت نیاز.

مسئولیت

1. همه فعالیتهای کلیدی عملیاتها و تصمیمات را در یک دفتر گزارش عملیات بطور مداوم مستند سازی کنید
2. اعضای واحد مراقبت از خانواده را انتخاب کنید و درهماهنگی با سرپرست شاخه حمایتی لیست وظایف واحد را تعیین کنید
3. ارزیابی توانایی صحیح برای ارائه مراقبتهای پزشکی و حمایتی بهداشت روان برای خانواده های کارکنان
4. در صورت نیاز طرح پیشگیری را به اجرا در آورید در اجرای آن به نکات زیر توجه داشته باشید :
تعیین نوع مقدار دوز دارو. اولویت بندی کارکنان برای دریافت دارو با واکسیناسیون . محل آماده سازی و پخش . داروهای در دسترس و پخش شده . مستند سازی . آموزش برای توزیع داروها و پخش آنها . پیگیری عوارض و اثر بخشی داروها . افزایش کارکنان واحد برای ارائه خدمات
5. افزایش نیازهای خدماتی جهت سلامتی و رفاه کارکنان که با ورود بیماران اضافی ایجاد میشود و پرسنل باید ساعتهای بیشتری را کار کنند و درمورد سلامتی و رفاه خانواده هایشان نگران هستند

مسئول واحد حمل و نقل و ساماندهی وسایل نقلیه

1. سازماندهی و هماهنگی در انتقال همه بیماران متحرک و غیر متحرک /نقل وانتقال افراد و منابع مالی به داخل یا خارج
2. اعضای واحد ترابری را انتخاب کنید و درهماهنگی با سرپرست شاخه حمایتی لیست وظایف واحد را تعیین کنید
3. بررسی نقل وانتقالات تجهیزات و نیازهای بیماران /پرسنل درخواست منتقل کننده های بیماران از مسئول واحد
4. فهرست کردن و تخمین تقریبی و بلچرها و برانکاردها و منتقل کننده های دیگر در همه مناطق و منطقه تریاژ
5. ایجاد محل ورود آمبولانس در هماهنگی با سرپرست شاخه امنیتی و سرپرست عملیات بخش عملیات
6. تهیه فهرستی از منابع ترابری بیمارستانی خارج از بیمارستان (اتوبوسها آمبولانسها وسرویسهای رفت و برگشت)
7. هماهنگی در تقاضای آمبولانسهای خصوصی و عمومی با کمک ارشد هماهنگی
8. مستند کردن همه ارتباطات خارجی و داخلی در روی فرم پیام حادثه و ارائه یک کپی از آن به واحد اسناد و مدارک.

مسئول واحد تدارکات و تسهیلات

ماموریت: اطمینان از دست یابی مراقبتهای پزشکی / و حمایتیهای روحی روانی به کارکنان بیمار یا آسیب دیده در طی حادثه / اجرای طرح واکسیناسیون و پیشگیری کننده ها برای کارکنان با هماهنگی مسئول واحد مراقبتهای بهداشتی

مسئولیت

1. اعضای واحد سلامتی و رفاه کارکنان را انتخاب کنید و درهماهنگی با سرپرست شاخه حمایتی لیست وظایف شاخه را تعیین کنید
2. ارزیابی توانایی صحیح برای ارائه مراقبتهای پزشکی و حمایتی بهداشت روان برای کارکنان
3. آماده سازی امکانات برای اعضای واحد و کارکنان صدمه دیده و ارائه حمایتیهای روانی
4. اطمینان از اولویت بندی مشکلات وقتی چند مشکل وجود دارد
5. افزایش نیازهای خدماتی جهت سلامتی و رفاه کارکنان که با ورود بیماران اضافی ایجاد میشود ، پرسنل باید ساعتهای بیشتری را کار کنند و درمورد سلامتی و رفاه خانواده هایشان نگران هستند
6. مطلع کردن ارشد ایمنی از خطرات تهدید کننده سلامتی یا مشکلات درمانگاهی مربوط به کارکنان
7. پیگیری و هماهنگی و دریافت نیازهای مربوط به پرسنل واحد سلامت و رفاه کارکنان

مسئول واحد تجهیزات دارویی

1. تالی تجهیزات از قبل طراحی شده را به مناطق تریاژ و درمان بفرستید .

2. تهیه فهرست موارد زیر که بر اساس نوع حادثه در نظر گرفته شده باشد البته محدود به موارد زیر نمی باشد :

تجهیزات راههای تنفسی ،بانداز و پانسمان . کیت های سوختگی . وسایل لازم برای بخیه . تجهیزات و امکانات تزریق وریدی . برسهای مخصوص اسکراب کردن /سرم نرمال سالین /ضد عفونی کننده پوست . دستکش و تمیز کننده های بدون آب . مواد گچگیری اتلها و اسپلینتها . انواع برانکارد . ماسکهای اکسیژن /تجهیزات ساکشن و ونتیلاتور . تجهیزات محافظتی پرسنل شامل لباسهاوماسکهای مخصوص

3. جایی برای تجهیزات مورد نیاز در نظر بگیرید داروها و وسایل مورد نیاز را به سرپرست شاخه حمایتی و مسئول واحد تجهیزات اطلاع دهید

4. برای دریافت تجهیزات و داروها و وسایل مورد نیاز آماده شوید با مدیر عملیات برای پیگیری و دریافت تجهیزات همکاری کنید .

رئیس بخش اداری مالی

ماموریت: کنترل و استفاده از بررسی ها و گزارشها از نظر هزینه های مالی./نظارت بر اسناد هزینه ها و فعالیتهای باز پرداختی هزینه ها

مسئولیت

1. مشارکت در طرح عملیاتی حادثه /توجیهات و جلسات مورد نیاز و ارائه دلایل هزینه های حادثه. اطمینان از اینکه در طرح عملیاتی حادثه هزینه مالی بوسیله . فرمانده حادثه معین میشود
2. آخرین اطلاعات را بطور منظم از مسئولین واحدهای بخش اداری مالی بدست آورید
3. اطلاعات صحیح بدست آمده را به مسئول واحد وضعیت اطلاع دهید
4. توزیع جدول زمان سنجی پرسنل برای کارکنان بخش اداری مالی.ومطمئن شوید زمانها بطور صحیح ثبت میشود .جدول زمان سنجی پرسنل بخش را در پایان هر شیفت یا پایان دوره به مسئول واحد زمان سنجی بخش اداری مالی ارائه کنید

مسئول واحد قراردادهای

ماموریت: پاسخگویی به نیازهای تدارکاتی بیمارستان با اخذ قرارداد با شرکتها

مسئولیت

1. با توجه به سیاستهای بیمارستان در تعامل با شرکتها و تامین کنندگان نیازهای بیمارستان تدابیری بکار برده و قراردادهایی منعقد نمائید مبنی بر اینکه در زمان نیاز بیمارستان آنها در کوتاهترین زمان ممکن نیازهای شما را تامین نمایند
2. ملاقات منظم با رئیس بخش اداری مالی برای ارائه گزارش و ارائه اطلاعات مهم به اعضای واحد
3. تداوم پیگیری هزینه ها و جزئیات آنها
4. جمع آوری کپی ها و خلاصه ها یا اصل مستندات همه فرمهای هزینه های حادثه
5. آماده کردن خلاصه گزارش هزینه های روزانه برای ارائه به رئیس بخش اداری مالی هر 8 ساعت یا در صورت درخواست
6. اطلاعات روسای بخشها و هزینه های مربوطه را به رئیس بخش اداری مالی یا فرمانده حادثه ارسال کنید
7. توسعه و ارائه یک طرح عملیاتی به رئیس بخش اداری مالی در صورت درخواست
8. در صورتی که قادر به تصحیح یا حل موضوعی نیستید فوراً به رئیس بخش اداری مالی اعلام کنید .

مسئول واحد و مطالبات / خسارات /هزینه ها

ماموریت: پاسخ گویی به گزارشات و تحقیقات واسناد همه گزارشات مطالباتی بیمارستان در طول حادثه که ادعا میشود در اثر حادثه یا عملکرد بیمارستان ایجاد شده اند .

مسئولیت

1. تهیه لیست هزینه های مربوط به درمان مصدومان جهت ارائه به سازمانهای بیمه گر
2. تهیه لیست مطالبات مربوط به هزینه های انجام شده به مراکز مسئول (استانداری ، وزارت بهداشت ، ..)

3. تهیه لیست (تحقیقات و مستندات مدعیان بصورت اسناد عکس یا ویدئویی) مربوط به خسارات ناشی از پذیرش بیمار و مصدومان حادثه جهت دریافت غرامت از سازمانهای پاسخگو
4. بدست آوردن توضیحات سریع از همه مدعیان و شاهدان
5. از افسر ایمنی/مدیر شاخه امنیتی و مسئول واحد سلامت کارکنان همکارانی را برای همکاری دعوت کنید .

ارائه خدمات سلامت از پرخطرترین کارهای دنیا بشمار می رود، بر اساس آمار، کارهایی که احتمال بروز خطادر آنها بیش از یک مورد از هزار مورد است خطرناک بشمار می روند بنابراین خدمات سلامت که با احتمال وقوع خطا 1 مورد از هر 311 مورد همراه است و احتمال آسیب ناشی از درمان بستری ٪ 11 از پذیرشهای بیمارستانی در 7 کشور اروپایی و امریکا برآورد گردیده است بسیار پرخطر محسوب گردیده و انتظار می رود که این خطرات بگونه ای مناسب مدیریت شوند باید بدانیم در شرایط موجود چه اتفاقات بدی ممکن است روی دهند؟ احتمال آنها چقدر است؟ چه میزان خسارت احتمالی خواهند داشت؟ در مورد آنها چه کاری می توان انجام داد؟ خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ میدهد و می تواند منجر به آسیب به بیمار گردند، یا تا مرز آسیب به بیمار پیش روند خطاهای پزشکی نامیده می شوند. این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می گردند. قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه منجر به یک نتیجه ناخواسته می شود خطای پزشکی بشمار می رود. همه خطاها منجر به آسیب نمی شوند. به آنها **بی که تا مرز آسیب پیش رفته ولی بخیر می گذرند موارد نزدیک خطا (Near Miss)** یا **بخیر گذشته، و به مواردی که اتفاق می افتند ولی منجر به آسیب نمی شوند بدون عارضه (No Harm)** می گویند اما مواردی که با وقوع عارضه ای جدی همراه اصطلاحاً **فاجعه آمیز (Sentinel)** گفته می شوند و از آنرو که بیش از نیمی از آنها قابل پیشگیری هستند دارای اهمیت فراوان هستند. وقایع فاجعه آمیز (Sentinel) وقایع غیر منتظره ای هستند که منجر به مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm)، فیزیکی یا فیزیولوژیک یا خطر وقوع آنها می شوند اگر چه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشوند بیش از ٪ 91 موارد خطا مربوط به مشکلات سازمانی نظیر رویه های مدیریت، ساختار، فرآیند و هماهنگی های درون بیمارستان است و کمتر از ٪ 11 با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد. بنابراین جادارد که با شناسایی خطاها و طبقه بندی آنها به کشف عوامل خطر ساز سیستمی بپردازیم و از مچ گیری افراد و تنبیه آنها حذر کنیم.

ضرورت های مدیریت ریسک

* ضرورت های مدیریت ریسک

* در تمامی اقدامات سازمانی، امکان تصمیم گیری متعدد است

* شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف، متفاوت است

* عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است

* وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است

* درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد

* همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند

* افزایش ایمنی بیمار

* افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان

* فشارهای رقابتی در بازار سلامت

* فشار مداوم هزینه های داخلی

* آرایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه می شود

* افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت های قانونی

* بررسی رضایت بیمار، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد

* تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد در تمامی اقدامات سازمانی، امکان تصمیم گیری متعدد است

* شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف، متفاوت است

* عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است

* وقایع آینده عمدتاً غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است

* درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد

* همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند

* افزایش ایمنی بیمار

* افزایش انتظارات بیمار، متخصصان و کارکنان

* فشارهای رقابتی در بازار سلامت

* فشار مداوم هزینه های داخلی

* آرایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه می شود

* افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت های قانونی

* بررسی رضایت بیماران، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد.

* تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد.

چهار روش مدیریت ریسک

* اجتناب از خطر

* به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر

* انتقال خطر

* پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

تعریف :

انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و

ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان

برای مدیریت خطاهای پزشکی گام های زیر پیشنهاد می گردد:

برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و مدیریت خطاها فرهنگ سازی نمایید و عوامل مشوق سازمانی برای گزارش دهی و رفع خطاها در نظر بگیرید

به شناسایی خطاها و تشخیص موارد جدی آنها (Sentinel Event) بویژه در بخشهای پرخطر نظیر اورژانس بپردازید. موارد جدی آسیب را بطور جداگانه بررسی و برای آنها فرآیند

رفع مشکل در مدت معین (کمتر از یک هفته) طراحی کنید. از پرسنل بخواهید خطاها را بدون ذکر نام و یا قصد تخریب افراد ثبت و گزارش دهی داوطلبانه یا اجباری نمایند.

گزارشات خطا را بطور مقطعی بخوانید، طبقه بندی و تحلیل کنید و عوامل کلیدی مسبب آنها را بویژه در ابعاد کاری و سیستمی شناسایی کنید. درصدد رفع عوامل مسبب و تاثیرگذار بر وقوع خطا و ایجاد آسیب برآیید. میزان تاثیر راه حل های خود را بر کاهش آسیب ها اندازه بگیرید.

ایمنی بیمار "رهایی او از مخاطرات احتمالی بهنگام مواجهه با نظام سلامت در شرایط مختلف" تعریف گردیده است. رویکرد سنتی بیشتر موارد خطا متوجه بیماران را ناشی از خطاهای انسانی می داند اما رویکرد نوین، نقص سیستمی را سرمنشا وقوع خطا و نقض ایمنی بیمار بحساب می آورد و بر این اساس همه تالشهای ارتقای ایمنی در بیمارستان را منوط به اصلاحات سیستمی با هدف ایمنی بیشتر مشتری می داند. برنامه های ایمنی بیمار برای محافظت بیماران در مقابل آسیبهای احتمالی ناشی از هرگونه تعامل آنان با سیستم خدمات سلامت طراحی می گردند.

برای اعمال سیاستهای ایمنی در بیمارستان توجه به نکات زیر ضروریست:

محیط حامی ایمنی که مدیریت و کارکنان بیمارستان را نسبت به ایمنی بیمار آگاه، مسئول و پاسخگو می شمارد، آموزش داده شده و ترویج یابد.

کمیته ایمنی بیمار با رئیس کاری نظیر مدیریت خطا و ریسک، بازخوانی و تحلیل خطاها و تهیه گزارشات 6 ماهه وقایع ناخواسته، ایمنی تجهیزات و وضعیت ایمنی بیمار در بیمارستان تشکیل گردد اهداف، برنامه ها و شاخص های ایمنی بیمار در بیمارستان تدوین و مستند گردند و شیوه ارزیابی و پایش آن مشخص گردد فرآیند گزارش دهی خطا توسط فرد خطاکار و دیگر اعضای تیم بالینی تدوین و در فرمت مربوطه مرسوم و متداول گردد

برای گزارش دهی خطا ترس و واهمه ای از تنبیه افراد وجود نداشته باشد و پاسخگویی و تشویق تیم بالینی جایگزین تشویق، تنبیه و پاسخگویی فردی شود

اقدامات منتهی به اصلاح زمینه های خطاها را ثبت، ساماندهی و نتایج را در رفع مشکل پایش نمایید.

یکی از ابزارهای مهم در مدیریت خطر RCA می باشد:

تجزیه و تحلیل علت ریشه ای حوادث (RCA)

* روش تحقیقی که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند

* همچنین می تواند در تحلیل رویداد های نزدیک بود که "Near misses" مورد استفاده قرار گیرد

هدف از تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

* به منظور آگاهی از اینکه :

* چه اتفاقی افتاده است؟

* چرا اتفاق افتاد است؟

چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود

* تمرکز بر فرایند و سیستم ها به جای عملکرد فردی

* تجزیه و تحلیل علت ریشه ای (RCA)

* RCA بخشی از فرآیند ایمنی و کیفیت است

* یک فرایند پرسشی است Questioning Process

* سازمان را برای یادگیری و توسعه حمایت می کند.

فرایند تجزیه و تحلیل علت ریشه ای

* سازماندهی تیم

* جمع آوری اطلاعات

* تعریف رویداد

* تعیین علل سطحی

* شناسایی علل ریشه ای

* شناسایی استراتژی های کاهش خطر

* استقرار استراتژیها

* ارزیابی اثربخشی اقدامات صورت گرفته

موانع تحلیل علل ریشه ای وقایع

* فرهنگ تنبیه

* تأثیر احساسی رویداد بر پرسنل

* اطلاعات ناکافی در مورد رویداد

* زمان کم پرسنل برای شرکت در فرایند RCA

* کمبود منابع الزم برای اجرای استراتژی های بهبود

* مقاومت در برابر تغییر

* عدم حمایت از طرف رهبران

* عدم حمایت سیاسی در رابطه با مقوله ایمنی و کیفیت بیماران

* غرور

* کمبود دانش

قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش

استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی

مقدمه : به استناد مواد 85 و 88 قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت ، تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در موسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ می شوند: رنگ لباس پرسنل بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جوازود به شرح زیر می باشد

ردیف	سوپروایزر / سرپرستار	پرستار	بهبار	کمک بهبار	ماما
خانم	روپوش سورمه ای شلوار سورمه ای مقنعه سورمه ای	روپوش سرمه ای شلوار سورمه ای مقنعه سفید	روپوش سفید شلوار سفید مقنعه سفید	روپوش کرم شلوار کرم مقنعه کرم	داخل زایشگاه مقنعه و شلوار و روپوش سبز داخل بخشها: روپوش سفید و مقنعه و شلوار مشکی
آقا	روپوش سفید شلوار سورمه ای	روپوش سفید شلوار سورمه ای	روپوش سفید شلوار سفید	روپوش کرم شلوار کرم	*****

ردیف	اداری	پاراکلینیک	تاسیسات	نگهبانی	خدمات
خانم	مانتو، شلوار، مقنعه سورمه ای یا مشکی	روپوش سفید شلوار و مقنعه مشکی یا سورمه ای	*****	*****	روپوش، شلوار، مقنعه قهوه ای
آقا	لیاس رسمی محلی	روپوش سفید شلوار سورمه ای	لباس کار سبز یشمی	پیراهن فرم آبی شلوار سیاه	پیراهن و شلوار خاکی

:

نکات ضوابط پوشش:

*لباس بیمارستانی باید حداقل این ویژگی ها را تأمین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی،

برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.

*رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپ های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دو چندان پیدا می کند.

*لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل باشد.

*در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مبوب ممنوع است.

*در بخش های ویژه، اتاق عمل و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.

*رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق، متناسب با نیاز و درخواست هر

مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

*روپوش باید سالم، تمیز، دگمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد، شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالا تر از مچ) باشد.

*کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه‌ی پهن باشد و نکات ایمنی متناسب باحرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.

*زیورآلت در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

*استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.

*ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از الک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیطهای ارائه خدمات درمانی ممنوع است.

*الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت

در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله ی 2 متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینه‌ی هر رشته باید به تایید ادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تایید کارفرما برسد.

*هرگونه تصویر بردار، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است

* رعایت حجاب کامل اسلامی و توجه به موازین شرعی، اخلاقی و انسانی الزامی می باشد.

* رعایت یونیفرم رسمی و نصب اتیکت مشخصات فردی تایید شده دارای عکس الزامی می باشد .

* لباس فرم کلیه رده های بخش های ویژه آبی می باشد .

*کفش ها در همه رده ها مشکی، سورمه ای یا قهوه ای می باشد.

* استفاده از زیور آلات و آرایش کردن در محیط کار ممنوع می باشد .

چرا به حاکمیت بالینی نیازمندیم؟

تعریف نظام حاکمیت خدمات بالینی : چارچوبی که در آن سازمانهای ارائه کننده خدمت در قبال بهبود دائمی کیفیت پاسخگو بوده و با ایجاد محیطی که در آن تعالی در خدمات بالینی شکوفا می شود به صیانت از استاندارد های عالی خدمت می پردازند.

ساختار حاکمیت بالینی براساس 7 پایه بنا شده است:

* مشارکت عمومی بیماران (تعامل بیمار و جامعه)

* آموزش و یادگیری (استفاده از اطلاعات)

*مدیریت خطر

*استفاده از اطلاعات

* اثر بخشی بالینی

* ممیزی بالینی

* مدیریت نیروی انسانی (مدیریت کارکنان)

دلایل نیاز به حاکمیت بالینی :

* برای اطمینان از اینکه موضوع کیفیت مراقبتهای سلامت با استفاده از بالاترین استانداردهای مراقبت ممکن در قلب این خدمات جای دارد.

* کمک به جلوگیری از اشتباهات در مسیر ارائه خدمات

* استفاده بهینه از منابع محدود

* افزایش اعتماد عمومی به خدمات بیمارستانی

* برای تحقق مسئولیت های سازمانهای سلامت که توسط دولت برنامه ریزی شده است.

ویژگیهای نظام حاکمیت خدمات بالینی:

1- پوشش نیاز های نوین سیستم های سلامت (مدیریت خطر، پاسخگویی به استفاده کنندگان، خدمات مبتنی بر شواهد)

2- جامعیت

3- انعطاف پذیری (امکان تطابق با شرایط و سیاست های بیمارستانی در ایران، تغییرات آینده در سیاست های سلامت کشور (اعم از بالینی و غیر آن)

4- قابلیت پیاده سازی با حداقل حمایت بیرونی (امکان توانمند سازی کارکنان در جهت پیاده سازی مدل)

5- پاسخگویی به مشکلات جاری نظام ارائه خدمات (حذف فرآیندهای مزاحم)

دلایل انتخاب اعتبار بخشی:

تعریف اعتبار بخشی:

ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت با استاندارد های مشخص. استاندارد هایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار، بهبود امنیت بیمار و کارکنان تاکید دارد. اعتبار بخشی برای تشریح خدمات بهداشتی - درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود. مدلهای اعتبار بخشی هم بر دو نوع عملکردی و بخشی می باشد.

مزایا:

1- سابقه طولانی (از سال 1391)

2- مقبولیت جهانی: استفاده در بیش از 140 کشور جهان

3- تنها مدل ارزیابی خارجی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با خاستگاه سلامت

4- بیمار محوری

5- التزام به کیفیت

6- بهبود ارتباطات و همکاری سازمان

7-افزایش کار تیمی

8-افزایش اعتبار و کیفیت سطح خدمات 35

9-افزایش پاسخگویی

ارکان اعتبار بخشی:

1-کیفیت 2- ایمنی 3-بیمار محوری 4- بهره وری

مهم ترین موارد از نظر اعتبار بخشی:

1-حقوق گیرندگان خدمت 2- اورژانس ها 3-کمیتها ها 4- مدیریت و رهبری 5-بهبود کیفیت

استاندارد های اعتبار بخشی در بیمارستان های ایران:

- افزایش دقت و صحت فعالیتهای جاری بیمارستان با مستند نمودن اقدامات و به روز رسانی بر مبنای شواهد علمی

- همفکری و همکاری کارکنان

قوانین و مقررات استخدامی

کارمند: فردی است که براساس ضوابط ومقررات مربوط،به موجب حکم ویاقراردادمقام صلاحیت دارد،موسسه به خدمت پذیرفته شود.

استخدام: عبارت است ازبه کارگیری شخص حقیقی به صورت رسمی یاپیمانی یاقراردادی طبق ضوابط ومقررات مندرج دراین آئین به منظورخدمت درموسسه .

حکم سازمانی: عبارت است ازدستورکتابی مقامات صلاحیت دارموسسه که بارعایت مفاداین آئین نامه به منظوراستخدام اشخاص حقیقی صادرشده باشد.

ارتقاء: تخصیص پست سازمانی یاسطح شغلی بالاتربه کارمندبراساس ضوابط طرح طبه بندی مشاغل وارزشیابی مشاغل.

انتصاب: به کارگماردن کارمنددرپست سازمانی براساس شرایط احراز،لیاقت ،شایستگی وضوابط پیشنهادی معاونت توسعه مدیریت ومنابع وزارت متبوع مصوب هیات امناء.

انتقال: عبارت است ازجابجایی محل خدمت کارمندباصدورحکم رسمی به واحدهای تحت پوشش موسسه یا به

منظوراشتغال درسایرموسسه ها وواحدهای وابسته به وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی ویاسایردستگاه های دولتی ونهادهای عمومی غیردولتی باحفظ سوابق خدمت.

تعلیق: ناظربروضعیت کارمندی است که طبق حکم مقامات صلاحیت دارتاتعیین تکلیف وی،به موجب احکام دادگاه ویآراءمراجع قانونی ذی صلاح به طورموقت ازادامه خدمت درموسسه محروم شده باشد.

استعفاء: عبارت است ازآرائه درخواست معافیت ازادامه خدمت درموسسه توسط کارمند.

اخراج: عبارت از آن است که کارمنددراجرای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری یاآراء قانونی مراجع ذی صلاح به خدمت وی درموسسه به طوردائم خاتمه داده شود.

مرخصی استعلاجی: عبارت از آن است که کارمنددرصورت ابتلاءبه بیماری یازایمان که مانع ازانجام خدمت وی

باشد،ازمرخصی استعلاجی استفاده کند.

بازنشستگی: عبارت از آن است که کارمندطبق ضوابط ومقررات قانونی وبه موجب حکم رسمی به افتخاربازنشستگی نائل شده وازمسمتری بازنشستگی استفاده کند.

از کارافتادگی: عبارت از آن است که کارمند بنابه تشخیص پزشک معالج و تأیید کمیسیون پزشکی، توانایی کار کردن

را از دست داده و طبق مقررات از کارافتاده شده است و از مستمری از کارافتادگی استفاده می کند.

انفصال دائم: عبارت از آن است که کارمند به موجب احکام دادگاه یا آراء قانونی مراجع ذی صلاح از خدمت در موسسه یا دستگاه های دولتی محروم شود.

انفصال موقت: عبارت از آن است که کارمند موسسه به موجب احکام دادگاه یا آراء قانونی مراجع ذی صلاح و برای مدت معین از اشتغال در موسسه محروم شود.

آماده به خدمت: عبارت از آن است که کارمند طبق مفاد این آئین نامه در انتظار تعیین تکلیف یا ارجاع شغل باشد.

باز خریدی: عبارت از آن است که رابطه استخدامی کارمند با موسسه قطع و سوابق خدمت دولتی آنان باز خرید شود.

پست سازمانی: عبارت از محلی است که در سازمان ها ، وزارتخانه ها و موسسات دولتی به طور مستمر برای یک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده ، اعم از اینکه دارای متصدی یا بدون متصدی باشد .

شرایط عمومی استخدام در موسسه:

* داشتن حداقل سن بیست سال تمام و حداکثر چهل سال و برای دارندگان مدرک تحصیلی دکتری و بالاتر چهل و پنج سال

* داشتن تابعیت ایران

* انجام خدمت دوره ضرورت یا معافیت قانونی دائم برای مردان

* عدم اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر و روانگردان

* نداشتن سابقه محکومیت جزایی موثر

* دارا بودن مدرک تحصیلی دانشگاهی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی معتبر

* داشتن سلامت جسمانی ، روانی و توانایی انجام کاری که برای آن استخدام می شوند بر اساس دستورالعمل مصوب از سوی هیات امناء موسسه

* اعتقاد به دین مبین اسلام یا یکی از ادیان شناخته شده در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

* التزام به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

استخدام

رابطه استخدامی در موسسه به سه شکل است :

* استخدام رسمی

* استخدام پیمانی برای مدت معین

* استخدام قراردادی برای مدت معین

کارمند رسمی در یکی از حالات ذیل از خدمت در موسسه خارج می گردد:

* بازنشستگی و یا از کارافتادگی کلی طبق قوانین ذی ربط

* قبول استعفاء

* باز خریدی

*اخراج یا انفصال به موجب احکام مراجع قانونی ذی ربط

*فوت

انتصاب :

انتصاب و ارتقاء شغلی کارمند باید با رعایت شرایط تحصیلی، تجربی و موفقیت در دوره های آموزشی ضمن خدمت

مورد لزوم، پس از احراز شایستگی و عملکرد موفق در مشاغل قبلی آنان صورت گیرد.

دوره خدمت در پست های مدیریتی موسسه چهار ساله و تمدید آن دوره بلامانع است.

حقوق و مزایا

نظام پرداخت کارمندان موسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در مواد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می گیرد.

تبصره: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگیها، حداکثر در پنج رتبه: مقدماتی، پایه، ارشد، خبره، عالی طبقه بندی میشوند.

فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا :

برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر می باشند حداکثر تا 25٪ امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل حداکثر تا 20٪ حقوق ثابت هر کدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت خواهد شد.

فوق العاده ایثارگری :

متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا 1550 امتیاز بهره مندمی شوند.

فوق العاده سختی شرایط محیط کار: فقط به کارمندانی که در شرایط غیر متعارف محیط کار مجبور به انجام وظیفه می باشند، حداکثر تا 1500 امتیاز و در بیمارستان های روانی و بیمارستان های سوختگی تا 3000 امتیاز طبق دستورالعمل پیوست، تعلق می گیرد.

فوق العاده حق اشعه: فقط کارمندانی که در شرایط محیط کار با اشعه در ارتباط هستند، بنابه تشخیص کمیته تخصصی موسسه و دستورالعملی که از سوی وزارتخانه ابلاغ می شود، حداکثر تا 3000 امتیاز تعلق می گیرد.

کمک هزینه عائله مندی و اولاد: به کارمندان مرد شاغل، بازنشسته و از کار افتاده مشمول این قانون که دارای همسر می باشند معادل 810 امتیاز بابت کمک هزینه عائله مندی و به ازاء هر فرزند معادل 210 امتیاز به عنوان کمک هزینه اولاد قابل پرداخت است.

فوق العاده شغل: برای مشاغل تخصصی، متناسب با سطح تخصص و مهارت ها، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها و شرایط بازار کار برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر 700 امتیاز و برای مشاغل هم سطح کارشناسی حداکثر 1500 امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر 2000 امتیاز تعیین می گردد.

فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغلی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعت اداری به صورت تمام وقت، مستمر و گردش ملزم به انجام وظیفه می باشد.

تبصره: نرخ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری کارمند موسسه به شرح ذیل محاسبه می شود:

مبلغ (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت)

÷

176

=

ماده 58- میزان عیدی پایان سال کارمندان موسسه حداقل برابر مصوبات عمومی دولت که از سوی وزارتخانه اعلام می شود خواهد بود.

ماده 59 - حداقل حقوق ثابت و مزایای مستمر کارمندان موسسه در هر سال از سوی وزارتخانه اعلام خواهد شد.

ماده 69- موسسه موظف است عملکرد سالانه مدیران و کارمندان را برادر دستور العمل ابلاغی از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع ارزیابی نموده و نتایج آن را در پرونده پرسنلی و نرم افزار کارگزینی ثبت و به ذی نفعان منعکس نماید.

مرخصی ها

انواع مرخصی ها:

* مرخصی استحقاقی

* مرخصی استعلاجی

* مرخصی بدون حقوق

آئین نامه اداری و استخدامی:

ماده 19: کارمندان رسمی، پیمانی و قراردادی دانشگاه، سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوطه را دارند. تبصره: حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

کارکنان قرارداد تبصره 4 ماده 2 باستناد قانون کار 9 روز از مرخصی آنان در یکسال تقویمی قابل ذخیره می باشد.

ماده 17: کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوطه استفاده نمایند.

ماده 17: بازخرید مرخصی استحقاقی ذخیره شده با درخواست کارمند در طول هر دوره ده ساله خدمتی، فقط برای یکبار در هر دوره و در صورت وجود اعتبار و پس از تصویب در هیات رئیسه دانشگاه بالمانع می باشد. این میزان مرخصی بازخرید شده از مجموع ذخیره مرخصی استحقاقی کارمندان کسر می گردد.

ماده 11: به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند.

الف) ازدواج دائم کارمند

ب) ازدواج فرزند کارمند

ج) فوت بستگان درجه یک شامل: همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر و برادر

تذکر: ارائه مستندات مربوطه به کارگزینی الزامی بوده و فقط از تاریخ فوت یا ازدواج به مدت 7 روز می باشد. ضمناً مرخصی مذکور قابل ذخیره یا بازخرید نمی باشد.

تذکر 7: در صورتی که برخی از کارکنان از ابتدای سال 1391 در موارد فوق از مرخصی استحقاقی در این مدت 7 روز استفاده نموده اند از میزان مرخصی سالانه آنان کسر گردد.

ماده 17: کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند،

مجاز خواهند بود فقط یکبار در طول خدمت از یک ماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.

ماده 17: کارمندان موسسه می توانند از مرخصی کمتر از یک روز که جزئی از مرخصی استحقاقی می باشد، استفاده کنند. حداکثر مرخصی ساعتی قابل استفاده

در هر روز به میزان نصف ساعت کاری روزانه است. در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده، یک روز مرخصی استحقاقی محاسبه می شود.

تذکر: سقف مدت مرخصی موضوع این ماده از دوازده روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد. لذا مجوز استفاده از مرخصی فوق الذکر در صورت استحقاق و نظر موافق مدیر بالمانع می باشد.

ماده 11: تعطیلات رسمی بین مرخصی های استحقاقی، جزء مرخصی محسوب نمی شود.

تبصره: مشاغل شیفیتی از این قانون مستثنی می باشند.

ماده 17: کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول خدمت خود با موافقت دانشگاه حداکثر 7 سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل کارمندان و یا نیاز دانشگاه باشد، تا مدت دو سال دیگر قابل افزایش خواهد بود. احتساب مدت مرخصی بدون حقوق کارمندان که بابت ادامه تحصیل اعطاء می شود، از لحاظ بازنشستگی با

پرداخت کسور مربوط توسط کارمندان (اعم از سهم مستخدم و کارفرما) طبق دستورالعملی خواهد بود که توسط هیأت امناء وزارت بهداشت تصویب می شود.

تبصره 9: مدت مرخصی بدون حقوق مورد استفاده کارمندان رسمی آزمایشی به عنوان طول دوره مورد نیاز خدمت آزمایشی جهت تبدیل وضع آزمایشی به رسمی محسوب می شود.

تبصره 7: کارمندان می توانند با رعایت ماده 31 قانون برنامه پنجم توسعه با موافقت دانشگاه برابر دستورالعملی که به تصویب هیأت رئیسه می رسد، از مرخصی بدون حقوق، بدون محدودیت زمان استفاده نمایند. این مرخصی مشمول مازاد بر سال های اعالم شده در ماده 71 می باشد. ضمناً دستورالعمل این تبصره پس از تصویب هیأت امنای وزارت بهداشت، قابل طرح در هیأت رئیسه دانشگاه می باشد.

تبصره 7: کارمندان دانشگاه که همسر ایشان جهت مأموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شود، می توانند حداکثر به مدت 7 سال (بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

ماده 11: کارمندان در صورت ابتال به بیماری که مانع از انجام خدمت می شود تا سه روز با گواهی پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد دانشگاه و مازاد بر سه روز تا سقف چهارماه با تأیید شورای پزشکی، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند. تبصره: در صورت نیاز به استفاده بیش از چهارماه، تأیید مجدد شورای پزشکی الزامی است.

ماده 78: حداکثر مدت استفاده از مرخصی استعلاجی در طول یک سال تقویمی چهارماه خواهد بود. در صورت نیاز به استفاده بیش تر از مرخصی استعلاجی، به تشخیص شورای پزشکی دانشگاه، از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشد.

تبصره: کارکنان مشمول صندوق تأمین اجتماعی، تابع مقررات همان صندوق خواهند بود.

ماده 79: حقوق و مزایای کارمند در ایام مرخصی استعلاجی تا بهبودی کامل یا از کارافتادگی کلی، حداکثر به مدت یکسال به میزان حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر که حسب مورد به کارمند داده شده است، قابل پرداخت می باشد. برای مدت مازاد بر یک سال، فقط حقوق ثابت (مشمول بر حق شغل، حق شاغل، فوق العاده مدیریت و تفاوت تطبیق) قابل پرداخت خواهد بود. ضمناً عائله مندی و اولاد نیز پرداخت می گردد.

ماده 77: به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل، شش ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط تعلق می گیرد که در هر صورت از شش ماه بیش تر نخواهد بود.

تبصره 9: مدت مرخصی زایمان برای زایمان های دوقلو، هشت ماه و برای زایمان های سه قلو و بالاتر، یک

سال تعیین می گردد.

تذکر: پرداخت حقوق و مزایای مرخصی حمل های دوقلو (هشت ماه) جهت کارکنان مشمول صندوق تأمین اجتماعی در دست بررسی و پیگیری است. لذا در حال حاضر فقط شش ماه حقوق و مزایا، قابل پرداخت از سوی تأمین اجتماعی می باشد.

تبصره 7: مدت مرخصی استعلاجی بانوانی که در طول دوران بارداری با تأیید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، از سقف مرخصی زایمان آنها کسر نخواهد شد.

تبصره 7: به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نمایند، مدت پانزده روز مرخصی اضطراری مراقبت از همسر تعلق می گیرد. این مرخصی قابل ذخیره و باز خرید نمی باشد.

تذکر 9: ارائه مستندات مربوطه به کارگزینی الزامی بوده و فقط از تاریخ تولد کودک تا 15 روزگی کودک می باشد. ضمناً مرخصی مذکور قابل ذخیره یا باز خرید نمی باشد.

تذکر 7: در صورتی که برخی از کارکنان از ابتدای سال 91 در موارد فوق از مرخصی استحقاقی در این مدت 15 روز استفاده نموده اند از میزان مرخصی سالانه آنان کسر گردد.

تبصره 1: مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزند آن ها مرده به دنیا می آید، دو ماه خواهد بود.

تبصره: به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن 71 ماهگی فرزند، روزانه یک ساعت مرخصی

شیردهی تعلق می گیرد. قابل ذکر است این مرخصی برای کلیه کارکنان زن حامل فرزند تک، دوقلو، سه قلو و بالاتر یکسان است.

مرخصی شیردهی برای کلیه کارکنان شیفتی و غیرشیفتی با هر تعداد وضع حمل به مدت یک ساعت می باشد.

ماده 77: کارکنان مشمول صندوق تأمین اجتماعی، از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تأمین اجتماعی می باشند و دانشگاه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.

ماده 71: ساعت کار کارمندان دانشگاه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد. تنظیم ساعت کار یا شیفت های موظف کارمندان به عهده بالاترین مقام دستگاه می باشد.

تبصره 9: تمامی کارمندان موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری و خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد، بر اساس اعلام نیاز دستگاه، مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار و یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کار یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود. دستورالعمل این تبصره توسط هیأت امنای وزارت بهداشت تصویب می شود.

تبصره 7: کارمندان می توانند ساعات کار خود را با موافقت دانشگاه، حداکثر به مدت سه سال تا یک چهارم و یا یک دوم (صرفاً برای کارمندان زن بر اساس قانون نیمه وقت بانوان) تقلیل دهند. میزان حقوق و مزایا، نحوه محاسبه سوابق خدمت و سایر امتیازات این قبیل کارمندان متناسب با ساعت کار آنان تعیین می گردد.

لیکن کسور بازنشستگی این قبیل کارمندان در طول مدت خدمت پاره وقت بر اساس حقوق و فوق العاده های کامل کسر خواهد شد و این گونه سوابق در

محاسبه سنوات خدمت الزم برای بازنشستگی تمام وقت محسوب می شود. دستورالعمل این تبصره توسط هیأت امنای تصویب می شود.

ماده 71- کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط

را دارند. حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

ماده 72- کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند.

ماده 74- به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان موسسه در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی

سالانه را دارند. مرخصی مذکور قابل ذخیره یا باز خرید نمی باشد.

الف) ازدواج دائم کارمند

ب) ازدواج فرزند کارمند

ج) فوت بستگان درجه یک شامل: همسر - فرزند - پدر - مادر - خواهر - برادر

ماده 75- کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یک بار از یک ماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.

پاس ساعتی

ماده 76- کارمندان موسسه می توانند از مرخصی کمتر از یک روز که جزئی از مرخصی استحقاقی می باشد، استفاده کنند. حداکثر مرخصی ساعتی به میزان نصف ساعت

کاری روزانه است. در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده، یک روز مرخصی استحقاقی محاسبه می شود.

1 - مرخصی کمتر از یک روز (پاس ساعتی) جزو مرخصی استحقاقی است .

2 - به هر میزان ساعت استفاده از مرخصی کمتر از یک روز در طی سال ، می بایست در پایان سال از جمع مرخصی استفاده شده مستخدم کسر و نهایتاً طی فرم «وضعیت مرخصی استفاده شده مستخدم» به وی ابلاغ گردد.

3 - کسر نمودن مرخصی کمتر از یک روز از ساعات اضافه کار کارکنان و عدم لحاظ آن جزو مرخصی استحقاقی کارکنان فاقد وجاهت قانونی و خلاف مقررات است .

4 - حداقل مدت برای استفاده از مرخصی کمتر از یک روز ، یک ساعت است.

5 - حداکثر مدت مرخصی کمتر از یک روز ، دوازده روز (12 روز) در سال است .

6 - کارگزینی واحد ها موظفند : در صورتی که حجم مرخصیهای ساعتی مستخدم به 10 روز کاری اداری بالغ گردد . مراتب را به مدیر و مسئول واحد محل

خدمت مستخدم اعلام نمایند تا کنترل لازم در مورد عدم تجاوز مرخصی کمتر از یک روز مستخدم از مدت پیش بینی شده در ماده 2 آیین نامه مرخصیها

(12 روز اداری) به عمل آید.

7 - جهت استفاده از مرخصی مذکور تکمیل و تایید ع 23 (8-52) مربوط به درخواست مرخصی کمتر از یک روز الزامی است .

ماده 77- تعطیلات رسمی بین مرخصی های استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود.

دستورالعمل مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان :

ماده 1: مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان، موافقت موسسه با تقاضای کارمندان جهت استفاده از مرخصی بدون حقوق خارج از محدودیت های زمانی

مندرج در ماده 78 آئین نامه اداری استخدامی است که از تاریخ اجرای حکم کارگزینی شروع و تا زمان حصول شرایط بازنشستگی برابر ضوابط صندوق بازنشستگی مربوطه تداوم خواهد داشت.

ماده 3: بهره مندی از مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان منوط به استفاده از کلیه مرخصی های استحقاقی ذخیره شده فردمی باشد.

ماده 7: پاداش سنوات خدمت به این قبیل افراد در صورت تقاضای شخص، به ازای هر سال خدمت به میزان یک ماه آخرین حقوق و مزایای مستمر سنوات دولتی مندرج در حکم کارگزینی قابل پرداخت می باشد.

ماموریت آموزشی

تبصره 3- کارمندان موسسه که همسر ایشان جهت ماموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شوند، می توانند حداکثر به مدت 6 سال (بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

مرخصی استعلاجی

ماده 79- کارمندان موسسه در صورت ابتلاء به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا سه روز با گواهی پزشک معالج

و تأیید پزشک معتمد موسسه و مازاد بر سه روز تا سقف چهار ماه با تأیید شورای پزشکی، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند.

تبصره: در صورت نیاز به استفاده بیش از چهار ماه تأیید مجدد شورای پزشکی الزامی است.

ماده 82- به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل نه ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط تعلق می گیرد که در هر صورت از نه ماه بیشتر نخواهد بود.

تبصره 1: به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نماید مدت پانزده روز مرخصی اضطراری مراقبت از همسر تعلق می گیرد. این مرخصی قابل باز خرید و ذخیره نمی باشد.

تبصره 2: مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیای آید دوماه خواهد بود.

تبصره 3: به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن 24 ماهگی فرزند، روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق می گیرد.

ماده 83- کارکنان مشمول صندوق تامین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تامین اجتماعی می باشند و موسسه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.

ماده 87- ساعات کار کارمندان موسسه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد. تنظیم ساعت کار با شیفت های موظف کارمندان به عهده موسسه می باشد.

ماده 88- کارمندان موسسه در انجام وظایف و مسئولیت های قانونی در برابر شاکیان مورد حمایت قضائی می باشند و موسسه مکلف است به تقاضای کارمندان برای دفاع از انجام وظایف آنها با استفاده از کارشناسان حقوقی خود یا گرفتن وکیل از کارمندان حمایت قضائی نماید.

ماده 94- کارمندان موسسه مکلفند در حدود قوانین و مقررات، احکام و اوامر رؤسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نمایند، کارمندان حکم یا امر مقام مافوق را ب

ر خلاف قوانین ومقررات ادارى تشخيص دهند، مکلفند کتبا "مغايرت دستور را بقوانين ومقررات به مقام مافوق اطلاع دهند. در صورتى که بعد از اين اطلاع، مقام مافوق کتبا "دستور خود را جهت اجراء تائيد کرد، کارمندان مکلف به اجراء دستور صادره خواهند بود و از اين حيث مسئوليتى متوجه کارمندان نخواهد بود و پاسخگويى بامقام دستور دهنده است.

ماده 95- خروج از تابعيت ايران وقبول تابعيت کشور بيگانه موجب انفصال خدمت از موسسه خواهد بود.

بازنشستگى وتامين اجتماعى

شرائط بازنشستگى کارمندان در موسسه به شرح ذيل است:

الف) موسسه مکلف است کارمندان خود را که سى سال سابقه خدمت دارند بازنشسته نمايد.

ب) موسسه مى تواند کارمند خود را با داشتن حداقل شصت سال سن وحداقل بيست و پنج سال سابقه خدمت با حداقل بيست و پنج روز حقوق بازنشسته نمايد.

ماده 98- موسسه موظف است کارمندان داراى شصت و پنج سال سن وحداقل بيست و پنج سال سابقه خدمت را بازنشسته کند. سقف سنى براى متصديان مشاغل داراى مدرک تحصيلى کارشناسى ارشد به بالا حسب نياز موسسه هفتاد سال مى باشد.

ماده 104 - کارمندان مشمول صندوق هاى بازنشستگى در موسسه تابع بندهاى زير خواهند بود:

الف) شاغلين وبازنشستگان برابر ضوابط مى توانند والدين تحت تکفل خود را در صورتى که تحت پوشش يکى از بيمه هاى درمانى نباشند، تحت پوشش بيمه خود قرار دهند.

ب) فرزندان اناث مشروط بر آن ورثه قانونى باشند، در صورت نداشتن شغل ياشوهر و فرزندان ذکور مشروط بر آن که ورثه قانونى باشند تا بيست سالگى و در صورت اشتغال به تحصيلات تا بيست و پنج سالگى از کمک هزينه اولاد، بيمه ويامستمرى والدين خود برخوردار مى شوند.

مقررات مختلف

ماده 106- کارمندان رسمى ، پيمانى ويا قراردادى حسب نوع استخدام در يکى از حالات ذيل قرار خواهند داشت:

الف) اشتغال در واحد سازمانى مربوط

ب) مرخصى استعلاجى ، استحقاقى وبابدون حقوق

ج) آماده به خدمت

د) انتقال ياماموريت به موسسه ها وسایردستگاه هاى اجرائى ديگروياماموريت آموزشى

ه) انفصال موقت يادائم وبياخراج به موجب احکام قطعى مراجع قضائى وباهيات هاى رسيدگى به تخلفات ادارى

و) استعفاء وباز خريدى به موجب احکام مذکور دراين آئين نامه وقانون رسيدگى به تخلفات ادارى

ز) غيبت موجه و غير موجه

ح) بازنشستگى واز کار افتادگى

(م) فسخ قرارداد کارمند پیمانی

تبصره: در ایام انفسال موقت، تعلیق و غیبت تا تعیین تکلیف کارمند، پرداخت هرگونه وجهی به ایشان ممنوع است.

ماده 114 - کارمند رسمی می تواند بادرخواست کتبی از خدمت درموسسه استعفا کند. در هیچ مورد، استعفا ی کارمند رافع تعهدات اودر برابر موسسه نخواهد بود. استعفا از تاریخی تحقق می یابد که موسسه به صورت رسمی با آن موافقت نماید. موسسه مکلف است ظرف یک ماه از تاریخ وصول استعفا، رد یا قبول آن را کتبا "اعلام دارد. چنانچه تا پایان یک ماه رد یا قبول استعفا ابلاغ نگردد، این امر در حکم قبول استعفا تلقی خواهد شد.

تعاریف واصطلاحات

- واحد آموزش و توانمندی سازی منابع انسانی:

یکی از واحدهای معاونت توسعه مدیریت و منابع موسسه است که سطح دانش و مهارتهای شغلی مناسب برای کارمندان را در راستای انجام وظایف، ماموریت ها و دستیابی به اهداف موسسه، تعیین می نماید.

- دوره آموزشی بلند مدت :

آموزش هایی است که مدت آن بیشتر از یکسال بوده و برای افزایش دانش و مهارتهای فرد جهت ایفای نقش های جدید ارائه می گردد.

- دوره آموزشی کوتاه مدت:

آموزش هایی است که مدت آن کمتر از یکسال بوده و محتوای آموزشی مشخص و از پیش تعیین شده ای با استفاده از امکانات آموزشی به منظور ایجاد مهارت، افزایش دانش و یا تغییر نگرش به فراگیران انتقال داده می شود.

- آموزش پودمانی:

- آموزش مدیران:

- آموزش های بدو انتصاب

- دوره های آموزش الزامی

- دوره های آموزشی اختیاری

- آموزش مداوم جامعه پزشکی

- شناسنامه آموزشی:

کاربری الکترونیکی است که تمامی اطلاعات آموزشی هریک از کارمندان موسسه اعم از اطلاعات پرسنلی، آموزش های مورد نیاز، آموزش های گذارنده شده و معادل سازی فعالیت های علمی مرتبط با شغل کارمند (تألیف، تحقیق، ترجمه و تدریس و...) در آن ثبت و نگهداری می گردد و در ارتقاء انتصاب و ارزشیابی عملکرد کارمندان مورد استفاده قرار می گیرد.

- گواهینامه آموزشی:

برگه ای است که در پایان دوره آموزشی درازاء کسب نمره قبولی به هریک از شرکت کنندگان اعطاء می شود. این برگه حاوی اطلاعات شخصی شرکت کننده، عنوان

دوره، سمینار و...، شماره مجوز برگزاری، زمان برگزاری، مدت و نمره کسب شده است که با امضای بالاترین مقام آموزشی منابع انسانی موسسه معتبر خواهد بود. درج نمره قبولی در گواهینامه های آموزشی همایش ها و سمینارها الزامی نیست.

-گواهینامه نوع اول : به گواهینامه ای اطلاق می گردد که پس از اتمام هر دوره آموزشی، به شرکت کنندگانی که

در ارزشیابی آن دوره موفق شده اند اعطا می گردد.

-گواهینامه نوع دوم : به گواهینامه هایی اطلاق می گردد که با گذراندن دوره های آموزشی و دریافت گواهینامه های نوع اول و انجام فعالیت های علمی مرتبط با شغل کارمند (تالیف، تحقیق، ترجمه و تدریس ...) بادر نظر گرفتن حدنصاب ساعات آموزشی مورد نیاز، پس از تأیید کمیته آموزش به فراگیران اعطاء می گردد و دارندگان آن می توانند از مزایای استخدامی آن نظیر دارندگان مدارک تحصیلی فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکترادر شرایط احراز مشاغل مربوط در چارچوب رعایت تمامی قوانین و مقررات مربوطه برخوردار گردند.

تبصره 1: سقف ساعات آموزشی سالانه برای کارمندان جهت برخورداری از تمامی امتیازات آموزشی، مطابق با مفاد مربوط به اعطاء گواهینامه نوع دوم این دستورالعمل (دارندگان مدارک تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم یا گواهینامه مهارتی حداکثر 150 ساعت، دارندگان مدارک تحصیلی لیسانس یا گواهینامه تخصصی حداکثر 130 ساعت و دارندگان مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر یا گواهی نامه تخصصی - پژوهشی سطح یک و دو حداکثر 120 ساعت) خواهد بود و دوره های مازاد بر آن مورد پذیرش و قابل ذخیره سازی برای سال های بعد نخواهد بود.

ماده 29. گواهینامه مهارتی

شرایط لازم برای اخذ گواهینامه مهارتی:

1) دارا بودن مدرک تحصیلی دیپلم متوسطه

2) طی 900 ساعت آموزش مصوب با شرایط زیر: * حداقل 2/3 (دو سوم) آموزش های شغلی باشد. * 900 ساعت آموزش حداقل در 6 سال طی شود. * احتساب حداکثر 150 ساعت آموزش در طول یک سال

ماده 30. گواهینامه تخصصی

شرایط لازم برای اخذ گواهینامه تخصصی:

1) دارا بودن مدرک تحصیلی فوق دیپلم یا گواهی نامه مهارتی

2) طی 750 ساعت آموزش کوتاه مدت مصوب با شرایط زیر: * حداقل 3/4 (سه چهارم) آموزش های شغلی یا آموزش مدیران باشد.

* 750 ساعت حداقل در 5 سال طی شود. * احتساب حداکثر 150 ساعت آموزش در طول یک سال

ماده 31. گواهینامه تخصصی - پژوهشی سطح یک

شرایط لازم برای اخذ گواهینامه تخصصی - پژوهشی :

1) دارا بودن مدرک تحصیلی لیسانس یا گواهی نامه تخصصی

2) طی 650 ساعت آموزش کوتاه مدت مصوب با شرایط زیر: * حداقل 3/4 (سه چهارم) آموزش ها در زمینه آموزش های شغلی یا آموزش مدیران باشد. * 650 ساعت آموزش حداقل در 5 سال طی شود * احتساب حداکثر 130 ساعت آموزش در طول یک سال

3) اجرای یک یا چند طرح تحقیقاتی در زمینه شغل مورد تصدی معادل 100 ساعت و تأیید آن توسط کمیته علمی، یا طی 100 ساعت آموزش تخصصی ویژه اخذ گواهی نامه تخصصی - پژوهشی

4) شرکت در آزمون جامع و کسب حدنصاب 70٪ آزمون

شرایط لازم برای اخذ گواهینامه تخصصی - پژوهشی سطح دو :

1) دارا بودن مدرک تحصیلی فوق لیسانس یا گواهی نامه تخصصی - پژوهشی سطح یک

2) طی 600 ساعت آموزش کوتاه مدت مصوب با شرایط زیر: * حداقل 3/4 (سه چهارم) آموزش ها در زمینه آموزش های شغلی یا آموزش مدیران باشد. * 600 ساعت آموزش حداقل در 5 سال طی شود. * احتساب حداکثر 120 ساعت آموزش در طول یک سال

- انجام یک طرح تحقیقاتی در زمینه شغل مورد تصدی و تأیید آن توسط کمیته علمی

- داشتن حداقل دو خدمت بر جسته شامل: پیشنهاد، ابتکار، تالیف، ترجمه کتب و مقالات و مستندسازی تجربیاتی که موجب افزایش بهره وری کار و بهبود عملکرد فردی و سازمانی گردد.

- برخورداری از امتیاز 85 به بالا در ارزشیابی عملکرد 5 سال منتهی به صدور گواهینامه

- شرکت در آزمون جامع و کسب حدنصاب 70٪ آزمون

فرمول محاسبه کارانه پرستل بیمارستان حضرت رسول (ص) شهرستان جواز رود:

(قبول مسئولیت + اضافه کار + مدرک تحصیلی + سنوات) × ضریب کارایی × ضریب حضور

• ضریب حضور: به ازای هر روز کاری 3/3٪ امتیاز

• ضریب کارایی: 0 تا 4 امتیاز (بر اساس نظر مترون و سرپرستار بخش)

• سنوات: به ازای هر سال سابقه کاری، 0/1 امتیاز (بعنوان مثال 10 سال سابقه = 1 امتیاز)

• مدرک تحصیلی:

فوق لیسانس 3 امتیاز

لیسانس 2/5 امتیاز

فوق دیپلم 2 امتیاز

دیپلم 1/5 امتیاز

کمتر از دیپلم 1 امتیاز

* اضافه کار: * قبول مسئولیت:

0 تا 20 ساعت 0/5 امتیاز مدیر بیمارستان 2 امتیاز

21 تا 40 ساعت 1 امتیاز مترون 1/5 امتیاز

41 تا 60 ساعت 1/5 امتیاز سوپروایزر 1/25 امتیاز

61 تا 82 ساعت 2 امتیاز سرپرستار 1 امتیاز

100 تا 120 ساعت 3 امتیاز مسئول شیفت 0/25 امتیاز

120 تا 175 ساعت 4 امتیاز

قوانین و مقررات انضباطی بیمارستان

*ساعت کار مشمولین قانون ارتقاء بهره وری :

صبح کار 7:45 الی 14:00

عصر کار 13:45 الی 20:00

شب کار 19:45 الی 8:00 صبح روز بعد

ساعت کار سایر نیروهای شیفت در گردش :

صبح کار 7:45 الی 14:00

عصر کار 13:45 الی 20:00

شب کار 19:45 الی 8:00 صبح روز بعد

ساعت کار کادر اداری:

ساعت 7:30 الی 14:00

*برای استفاده از مرخصی استحقاقی یک هفته قبل از تنظیم برنامه ماهیانه بخش باید به سرپرستار یا مسوول واحد اطلاع داده شود.

*برای استفاده از مرخصی استعلاجی باید بلافاصله مرخصی استعلاجی به اطلاع سرپرستار بخش یا مسوول مافوق رسانده شود و سپس به تایید پزشک معتمد بیمارستان و در صورت لزوم به تایید سایر مراجع ذیصلاح نیز برسد.

*استفاده از پاس ساعتی فقط در موارد ضروری و با اطلاع سوپروایزر و سرپرستار بخش یا مسوول واحد امکان پذیر می باشد و برگه پاس باید دارای امضای سوپروایزر و مهر خدمات پرستاری باشد.

*پاس اول وقت در کلیه شیفت ها ممنوع می باشد و در صورت ضرورت باید حتما به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شود. (به ساعت مجاز ماهیانه استفاده از پاس ساعتی توجه شود زیرا هر 8 ساعت پاس ساعتی یک روز از مرخصی سالیانه کسر خواهد شد).

*هر گونه تغییر یا جابجایی در برنامه ماهیانه فقط در موارد ضروری و با درخواست کتبی و موافقت مسئول بخش باید انجام شود.

*تنظیم ساعت استفاده از پاس شیر باید با نظر سرپرستار بخش مسوول واحد انجام شود.

*اجرا و احترام به دستورات مافوق الزامی می باشد.

امکانات رفاهی:

مزایای شغلی :

رایگان نمودن فرانشیز خدمات سرپایی ، درمانی و پاراکلینیکی

امکان بستری رایگان پرسنل و خانواده درجه 1

پرداخت هزینه مهد کودک برای فرزندان اول و دوم

پاداش ها :

پرداخت ماهیانه کارانه

اضافه کردن نمره ضریب کیفی

K ترجیحی

تشویقی رئیس شبکه و بیمارستان درج در پرونده در صورت عملکرد مطلوب

پرداخت پاداش مالی در صورت فعالین موثر ثمر در ارزشیابی ها

امکانات رفاهی :

امکان عضویت در صندوق شماره 1 و 2 و دریافت وام بدون بهره

استفاده از بیمه تکمیلی درمانی خانواده و پرسنل رسمی و پیمانی

امکان استفاده از پارکینگ اختصاصی پرسنل

امکان عضویت در شرکت تعاونی مصرف کارکنان شبکه بهداشت و درمان

بخش دوم

بخش نامه ها دستورالعمل ها و آیین نامه ها

دستورالعمل تخفیف خدمات ارائه شده در بیمارستان

در این مرکز تخفیف به بیماران صرفا توسط ریاست و مدیر بیمارستان انجام می شود .

دستورالعمل تحویل و تحول بالینی بخش و بیماران

یکی از مهم ترین اقدامات بالینی که نقش بسیار مهمی در پیگیری امور درمان و ایجاد ارتباط بین کارکنان مراقبت کننده دارد گزارش تعویض شیفت است که به شکل راند بالینی بخش و بیماران در کنار تخت و گزارش موارد محرمانه در ایستگاه پرستاری انجام می شود.

در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از تا چند دقیقه متغیر بوده است. گزارش تعویض شیفت بصورت شفاهی و براساس پرونده بیمار در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران و ایستگاه پرستاری (ذکر موارد محرمانه، راهنمایی و تذکرات مسئول و...) داده می شود و دفاتر موجود (گزارش پرستاری، تجهیزات، مخدر و...) تحویل و امضا می گردد.

راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد:

* راند بالینی به مراقبت کنندگان اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند. در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشدار دهنده ای از سوی بیماران یاد آوری شود.

* با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی را دارند این مساله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با دقت و کفایت انجام شود.

* در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت بالینی یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت دریافت شده توسط بیمار را نیز به ما می دهد و هم چنین این امکان را به بیمار می هد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نمایند.

* یکی از اثرات مهم دیگر آن برقراری ارتباط درمانی، روانی روحی با بیماران و استقرار سیستم آموزش به بیمار می باشد.

روش کار:

- کلیه کارکنان پزشکی، پرستاری و پاراکلینیک 20-30 دقیقه زمان قانونی، جهت تحویل و تحول بالینی بیماران و بخش را رعایت و اجرا نمایند.
- بمنظور اجرای دقیق تحول و تحویل بالینی ضروری است کلیه کارکنان شیفت قبل و بعد در هنگام تغییر شیفت مشترک به مدت 30 دقیقه در بخش حاضر و نسبت به تحول و تحویل بخش و بیماران اقدام نمایند.
- براساس این دستورالعمل حضور به موقع همکار شیفت بعد، مجوزی برای خروج همکار حاضر در شیفت نمی باشد.
- براساس قانون، مدت زمان منظور شده برای تحویل بخش و بیماران جز ساعت حضور نیروها محسوب و برای آن دسته از افرادی که تاخیر ورود یا تعجیل در خروج دارند برابر قانون اقدام می گردد.
- میزان محاسبه شیفت با احتساب زمان تحول و تحول، 6 ساعت و 30 دقیقه می باشد.
- تحول بالینی شامل موارد زیر است: تحویل بالینی بیماران براساس پرونده و کاردکس، مطابقت کاردکس با پرونده، تحویل گزارشات و مستندات ثبت شده یا قابل پیگیری در پرونده پزشکی بیمار، تحویل بالینی تجهیزات پزشکی و ترالی اورژانس، داروهای مخدر، بهداشت و نظافت بخش و ...

فرایند تحول و تحویل تجهیزات پزشکی در بخشهای مختلف بیمارستان در راستای اجرای حاکمیت بالینی

- ثبت کلیه تجهیزات پزشکی موجود در بخش در دفتر چک لیست وسایل
- بررسی و اطمینان از سالم بودن هر یک از وسایل در شیفت صبح توسط مسئول بخش بصورت روزانه و ثبت در دفتر یا الصاق برچسب ok
- تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول بخش به مسئول شیفت عصر و امضای آنان ارزیابی عملکرد پرسنل و کارکرد تجهیزات پزشکی در بخشها در طول شیفت عصر توسط سوپروایزر عصر ثبت موارد خرابی تجهیزات و یا مغایرت های موجود در دفتر گزارش سوپروایزرین
- تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول شیفت عصر به مسئول شیفت شب و ثبت موارد خرابی در دفتر گزارش بخش جهت پیگیری و تعمیر ارزیابی عملکرد پرسنل و کارکرد تجهیزات پزشکی بخش ها در طول شیفت شب توسط سوپر وایزر شب
- ثبت موارد خرابی تجهیزات و یا مغایرت های موجود در دفتر گزارش سوپروایزرین
- تحویل تجهیزات و لوازم موجود در بخش بصورت سالم توسط مسئول شیفت شب به مسئول شیفت صبح
- تحویل تجهیزات و لوازم معیوب در بخش که در 24 ساعت گذشته دچار خرابی و یا عدم کارکرد شده اند، توسط مسئول شیفت شب به مسئول بخش پیگیری مسئول بخش جهت علت یابی خرابی تجهیزات و ارائه گزارش به دفتر پرستاری و کوشش در جهت تعمیر و تحویل سالم آن به شیفت عصر
- مطالعه و بررسی گزارشات سوپروایزرین و مسئولین بخش ها و پیگیری موارد خرابی تجهیزات پزشکی و علت یابی آنان توسط مترون بیمارستان برخورد قانونی با افراد خاطی و سهل انگار پیگیری، تعمیر، سرویس و یا جایگزینی تجهیزات معیوب در اسرع وقت

آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت موضوع مصوبه

شماره 222168/ت/43616 ه مورخ 11/11/88 هیات محترم وزیران

هیئت وزیران در جلسه مورخ 20/10/1388 بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کار و امور اجتماعی، رفاه و تامین اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، سازمانهای نظام پزشکی و نظام پرستاری و با استناد بند 5 قانون ارتقا بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت مصوب 1388 آیین نامه اجرایی قانون یا د شده را به شرح زیر تصویب نمود.

ماده 1: شاغلین بالینی به کارکنان رسته بهداشتی درمانی اطلاق می شود که در بیمارستانها و مراکز درمانی شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیر دولتی به بیماران بستری به طور مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، پزشکان، کاردانها و کارشناسان اتاق عمل، کادانها و کارشناسان هوشبری و شاغلین رشته شغلی فوریتهای پزشکی می باشد.

ماده 2: میزان ساعت کار کارکنان 44 ساعت در هفته می باشد و با توجه صعوبت کار، سلبقه خدمت و کار در نوبتکاری های غیر متعارف، برطبق دستورالعملی که به تفکیک مشاغل و نوع فعالیت توسط وزارتخانه های بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تعیین و ابلاغ می گردد. حداکثر تا 8 ساعت در هفته تقلیل می یابد این دستورالعمل در بخشهای دولتی (کشوری و لشکری) و غیر دولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده 3: کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی موضوع ماده 1 این آیین نامه و هم چنین کارشناسان امور روانی، مددیاران و کاردرمانگران این بیمارستانها علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه، حداکثر تا یکماه از مرخصی کار در محیط های غیر متعارف استفاده خواهند نمود. این مرخصی قابل ذخیره یا خرید نمی باشد.

تبصره: کارکنان بالینی که در بخشهای روانی و سوختگی بیمارستانهای عمومی به طور مستمر اشتغال داشته باشند مشمول مفاد این ماده خواهند بود.

ماده 4: مشاغل کارکنان بالینی بیمارستانهای روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده 16 قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخش های دولتی و غیر دولتی از جمله مشاغل سخت و زیان آور محسوب می شود.

ماده 5: ساعات کار کارکنان بالینی در بخش های دولتی و غیر دولتی در نوبت های شب و ایام تعطیل با ضریب

1/5 محاسبه می گردد مشمولین این ماده اجازه کار بیش از 12 ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز ماهانه حداکثر 80 ساعت براساس دستورالعمل ماده 2 این آیین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچ یک از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند.

تبصره: در تعویض نوبت های کاری یک ساعت صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد.

ماده 6: روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش های دولتی و غیر دولتی در واحد های مطرح در ماده 1 این آیین نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می باشد. پرداخت در روش ثابت، براساس قوانین و ضوابط مورد عمل در بخش های مذکور و پرداخت روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ تعرفه های خدمات، در بخش دولتی براساس طرح نظام نوین بیمارستانها و در بخش غیر دولتی طبق روال حاکم خواهد بود

ماده 7: مزایای این آیین نامه فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش های دولتی و غیر دولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند. مشمولین این آیین نامه موظف به ارائه ی تعهد نامه ای که طی آن فرد متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود، می باشند. متن تعهد نامه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ابلاغ خواهد شد.

دستورالعمل کسر ساعت کار کارکنان بالینی

در اجرای ماده 2 آیین نامه اجرایی قانون ارتقا بهره وری موضوع مصوبه شماره 222168/ت/43616ه مورخ 11/11/88 هیئت محترم وزیران دستورالعمل کسر ساعت کارکنان بالینی شاغل در مراکز درمانی و بیمارستانها که شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، کاردانها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان بیهوشی، ماماها و شاغلین رشته فوریت های پزشکی می باشد به شرح ذیل در چهارماده و سه تبصره تهیه و جهت اجرا ابلاغ می گردد.

ماده 1: مدت کسر ساعت کار بر مبنای سنوات خدمت کسر 5 ساعت در هفته برابر جدول شماره 1 می باشد

سنوات خدمت	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال

16 سال به بالا	1	12 تا 16	1	8 تا 12	1	4 تا 8	1	0 تا 4	-	
5		4		3		2		1		میزان کسر ساعت در هفته

تبصره: ملاک محاسبه سنوات خدمت در بخش دولتی برای کارکنان رسمی و پیمانی سنوات مندرج در احکام کارگزینی می باشد و مبنای محاسبه سنوات خدمت در بخش خصوصی و کارکنان قراردادی در بخش دولتی میزان پرداخت حق بیمه یا کسور بازنشستگی خواهد بود.

ماده 2: مدت کسر ساعت کار براساس صعوبت کار حداکثر دو ساعت در هفته و مطابق جدول شماره 2 محاسبه خواهد شد

جدول شماره 2 کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

صعوبت کار به استناد قانون نظام هماهنگ	8 تا 25	26 تا 50	51 تا 75	76 تا 100
صعوبت کار به استناد قانون مدیریت خدمات کشوری	0 تا 375 امتیاز	376 تا 750 امتیاز	751 تا 1000 امتیاز	1000 امتیاز
کسر ساعت کار در هفته	1/2 (نیم ساعت)	1	1/5	2

تبصره: در حال حاضر فوق العاده سختی کار کارکنان بالینی بر مبنای درصد های تعیین شده در نظام هماهنگ پرداخت برقرار می گردد بنابراین تا وصول دستورالعمل جدید و تعیین امتیاز فوق العاده سختی کار مشاغل در چارچوب بند 3 ماده 68 قانون مدیریت خدمات کشوری به همان مبنا قابل احتساب می باشد و پس از اعمال امتیازات فوق العاده سختی کار بر حسب امتیازات مندرج محاسبه خواهد شد. بدیهی است در صورت نیاز و تشخیص به تغییر میزان امتیازات متعاقبا مراتب تغییرات ابلاغ خواهد شد.

ماده 3: مدت کسر ساعت کار بابت کار در نوبت کاری های غیر متعارف یک ساعت در هفته تعیین می گردد و صرفا کارکنانی که بصورت نوبت کاری در گردش اشتغال دارند از کسری ساعت مذکور بهره مند خواهند شد.

تبصره: ساعت کار کارکنانی که در نوبت های شب و ایام تعطیل اشتغال دارند با ضرایب 5/1 محاسبه خواهد شد

ماده 4: مشاغل مدیران و روسای پرستاری سوپروایزرها و سرپرستاران که از جمله رشته های شغلی پرستاری محسوب می شوند حداکثر از دو ساعت کار در جدول صعوبت کار (جدول شماره 2) استفاده خواهند نمود.

اصول ده گانه قانونی، علمی و اخلاقی در گزارش پرستاری

1- **ثبت وضعیت عمومی:** شرح عملکرد سیستم های حیاتی، چگونگی خلق و خوی، هوشیاری، تفاوت علائم ذهنی و عینی

2- **ثبت داروهای تجویز شده:** رعایت 5 اصل دارو دادن صحیح، چنانچه استفاده از دارویی میسر نبود با ذکر دلیل گزارش شود.

3- **ثبت وضعیت دفع و جذب:** چگونگی غذا خوردن، اشتها وضعیت دفع ادرار و مدفوع گزارش شود.

4- **ثبت فعالیتها:** خواب و استراحت، استراحت نسبی، استراحت مطلق

5- **ثبت دستورات و تغییرات حاد:** کلیه دستورات پزشک اعم از کتبی، شفاهی، تلفنی باید با شرح حال در گزارش ذکر شده و بازتاب اقدام انجام شده نیز مورد توجه و گزارش گردد و در طول شیفت هر گونه تغییر قابل توجه که رخ بدهد باید بطور کامل و دقیق گزارش شده و ثبت گردد. اطلاع به پزشک اقدامات انجام شده و تاثیر آن نیز با ذکر دقیق ساعت گزارش و ثبت گردد. زیرا از نظر قانونی و حقوقی بسیار مهم تلقی می شود.

6- **ثبت موارد قابل پیگیری:** ثبت کلیه اقداماتی که در شیفتهای بعدی باید صورت پذیرد. مثل پیگیری آزمایشات، رادیوگرافی ها، مشاوره ها و ...

7- **ثبت یافته های پاراکلینیکی:** با توجه به اینکه تشخیص بیماری می تواند با یافته های پاراکلینیکی مثل گزارشات آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن و غیره صورت بگیرد لذا پرستاران موظف اند تمامی موارد خاص، مشکوک یا غیر طبیعی را در شیفت خود گزارش و ثبت نمایند.

8- **ثبت علائم حیاتی:** عملکرد سیستم های حیاتی که به وسیله ارزیابی تنفس، نبض، فشار خون، درجه حرارت محک زده می شود.

9- **ثبت برنامه آموزش به بیمار:** بیمارانی که در شیفتهای کاری در حال پذیرش، حین بستری، ترخیص یا انتقال می یابند باید با شرح حال کامل در گزارش پرستاری ثبت گردد مثل: وضع بیمار حین بستری و هنگام ترخیص، آموزش به بیمار در خصوص رژیم دارویی، رژیم غذایی، میزان فعالیت، عوارض بیماری و پیگیری مراجعات بعدی.

10- **ثبت مشخصات نویسنده گزارش:** در انتهای گزارش باید نام و نام خانوادگی، تاریخ، ساعت و امضاء و مهر دارای شماره نظام پرستاری درج گردد.

مقررات و انضباط مربوط به بخشهای بالینی

1- تحویل و تحول بیماران بر بالین انجام شود و وسایل بخش نیز در دفتر مربوطه با قید تاریخ و نام پرستار باید تحویل داده شود.

2- اطلاع رسانی به موقع و فوری به پزشک در صورت وجود هر گونه مشکل درمانی برای بیماران.

3- رفتار با ارباب رجوع باید به بهترین نحو ممکن انجام شده و به مقررات خاص ملاقات بیماران توجه گردد.

4- گزارش پرستاری در پرونده باید کامل و دقیق بوده و بخصوص گزارش پذیرش بیمار که اولین گزارش پرونده می باشد باید دارای ساعت ورود بیمار، اقدامات انجام شده، نحوه پذیرش بیمار (با برانکارد، توسط همراهیان، توسط اورژانس 115، در وضعیت ایست قلبی - تنفسی و ...) و مهور به مهر بخش با ذکر تاریخ و نام پرستار باشد. توجه شود که گزارش یک سند حقیقی و حقوقی محسوب شده و در صورت بروز مشکلات قانونی به آن استناد خواهد شد.

5- تحویل بیمار به اتاق عمل باید توسط پرسنل پرستاری انجام شود.

6- تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش ها نیز باید توسط پرسنل پرستاری و با کنترل دقیق سطح هوشیاری بیمار انجام شده همچنین برگه ریکاوری باید تکمیل بوده و دارای مهر ریکاوری باشد.

7- در هنگام پذیرش، ترخیص، انتقال و اعزام و مشاوره بیماران دقت لازم انجام شود.

8- تقسیم کار پرسنل بخش، با نظارت سر پرستار با دفتر مربوطه انجام پذیرد.

9- در ابتدای شروع به کار در هر بخش باید با موارد روتین آن بخش آشنایی لازم انجام شود (نحوه انجام انواع

آزمایشات، رادیو گرافی ها و سونو گرافی ها، آمادگی های قبل از عمل، کنترل علائم حیاتی و ...)

10- کنترل ترالی اورژانس و تجهیزات پزشکی بخش در ابتدای هر شیفت و چک کلیه وسایل آن بطور دقیق در دفتر ترالی اورژانس با ذکر نام و امضا انجام شود.

11- دارو ها و وسایل اتاق کار در ابتدای هر شیفت چک شده و در صورت وجود کمبود اقدامات لازم بعمل آید

12- کنترل و نظارت بر انجام مراقبت ها و روشهای خاص درمانی نظیر ترانسفوزیون خون، دیالیز، احیای قلبی ریوی و ...

13- نظارت بر نحوه سرو غذا جهت بیماران و توجه به رژیم های خاص غذایی با دقت کامل انجام شود.

14- کنترل و نظارت بر بهداشت بخش، وسایل، پرسنل و بیماران و همراهیان و در صورت لزوم گزارش موارد خاص به سوپروایزر کنترل عفونت.

15- رعایت اصول کنترل عفونت و استفاده از وسایل حفاظتی جهت انجام مراقبت های درمانی بخصوص در مورد بیماران مشکوک به عفونت های ویروسی و باکتریال نظیر ایدز، هپاتیت و مننژیت و ...

16- رعایت صرفه جویی در مصرف آب، برق و سایر لوازم مصرفی.

17- گزارشات پرستاری بخش ها در شیفت صبح و عصر با خودکار آبی و در شیفت شب با خودکار مشکی نوشته شود

استاندارد های پرستاری

اهداف اصلی از تدوین و توسعه استاندارد های حرفه ای پرستاری شامل موارد زیر است:

- تنظیم، هدایت و راهنمایی عملکرد پرستاری

- ارتقا عملکرد پرستاری حرفه ای

- تسهیل و بستر سازی در جهت ارزشیابی عملکرد پرستاری

- توانمند سازی بیمار /مددجو جهت قضاوت در مورد کفایت مراقبت پرستاری

بطور کلی 8 استاندارد حرفه ای برای عملکرد پرستاران تدوین شده است و برای هر استاندارد شاخص هایی در نظر گرفته شده است :

استاندارد 1- مسئولیت پذیری و پاسخگویی

استاندارد 2- تداوم در تبحر و کار آمدی

استاندارد 3- کاربرد دانش، مهارت و چگونگی انجام قضاوت

استاندارد 4- اخلاقیات حرفه ای

استاندارد 5- ارتباطات و مشارکت حرفه ای

استاندارد 6- مدیریت و رهبری حرفه ای

استاندارد 7- کیفیت مراقبت

استاندارد 8- خود کنترلی و ارزیابی عملکرد

استاندارد های فرآیند پرستاری

1- بررسی و ارزیابی

2- تشخیص و شناسایی برآیند ها

3- برنامه ریزی

4- اقدامات بالینی /اجرا

5- ارزشیابی

6- حمایت و آسایش بیمار

7- ارتباط موثر

8- حساسیت های فرهنگی

9- ثبت و گزارش نویسی

10- تحرک مددجو

11- استاندارد های تغذیه و آب و الکترولیت ها

12- بهداشت فردی

13- ایمنی و ارزیابی خطر