

کتابچه آموزشی توجیهی جدیدالورود

مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر



ویرایش ۱۴۰۴



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



" فهرست "

۴	خصوصیات شهر گرگان
۵	معرفی بیمارستان
۶	رسالت بیمارستان
۶	چشم انداز
۶	ارزشهای بیمارستان
۶	سیاست های اصلی مرکز
۶	اهداف کلان بیمارستان
۷	معرفی بخش های بیمارستان
۸	بخش ها و واحدهای پاراکلینیک و پشتیبان
۹	منشور حقوق بیمار
۱۲	راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی
۱۴	فرایند آموزش به پرسنل جدید الورود
۱۵	فرایند آموزش بیمار و همراه به صورت چهره به چهره
۱۶	فرایند آموزش به پرسنل درمانی و غیر درمانی ضمن خدمت
۱۷	شاخص ایمنی بیمار
۱۷	برنامه ریزی آموزشی بیمار
۱۸	هفت کانون دارودهی
۱۹	لیست داروهای پرخطر و هشدار بالا
۲۰	مدیریت خطر و بلایا
۲۵	مدیریت بحران
۳۲	کنترل عفونت بیمارستان
۳۶	قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین شرع مقدس
۴۴	چارت تشکیلاتی مرکز
۴۵	قوانین و مقررات اداری

خصوصیات شهر گرگان

موقعیت جغرافیایی شهر گرگان

شهر گرگان یکی از شهرهای سواحل دریای خزر و مرکز استان گلستان است. شهر گرگان در عرض جغرافیایی ۳۶° و ۴۹° و در طول جغرافیایی ۵۴° و ۳۸° و با ارتفاع ۱۵۵ متر از سطح آبهای آزاد در جنوب شرقی دریای خزر و در دامنه کوه شاهوار بر سر راه کشوری تهران به مشهد واقع شده است.

شهرستان گرگان منطقه ای کوهستانی و مرتفع است که از شمال به شهرستان گنبد و بندر ترکمن از سمت شرق به شهرستان گنبد و علی آباد و از جنوب به شهرستان های دامغان و شاهرود از مغرب به شهرستان کردکوی و بندر ترکمن و دریای خزر محدود است.

وجود راه آهن گرگان به بندر ترکمن، ساری، تهران و پیوند آن با راه آهن سراسری همچنین وجود راه آسفالتی گرگان به ساری و تهران از جانب غرب، گرگان به مشهد از جانب شرق و راه گرگان به شاهرود و نیز راه های فرعی دیگری که این شهر را به نقاط مختلف داخل و خارج از شهرستان مرتبط می کند، موجب سهولت بیشتر حمل و نقل محصولات کشاورزی و مایحتاج مورد نیاز شده و شهر گرگان را بعنوان بزرگترین شهر در استان گلستان مطرح می سازد.

خصوصیات اقلیمی شهر گرگان

شهر گرگان بعلت قرار گیری در نزدیکی دریای خزر از یکسو و وجود جبال البرز در جنوب و جنوب شرقی آن از سوی دیگر، تحت تأثیر انتقالات آب و هوایی حوزه دریای خزر قرار دارد. گرگان در فاصله ۳۶ کیلومتری از دریای خزر و ۱۸ کیلومتری از سلسله جبال البرز در دامنه شاه کوه قرار دارد. آب و هوای گرگان به دلیل مجاورت با دریا مشابه آب و هوای مازندران و گیلان، معتدل است. اما تناسبات بارندگی کمتری دارد عوامل طبیعی مانند باران، باد، تابش نور خورشید و زلزله اثر گذار بر معماری اقلیمی می باشند.

معرفی شهرستان گرگان

شهرستان گرگان مرکز استان گلستان شهری زیبا و آراسته در متن طبیعت با دیدنی های فراوان است. مساحت این شهرستان در حدود ۱۶۱۵/۲ کیلومتر مربع و جمعیت آن بالغ بر ۳۹۷۹۴۶ نفر است.

با توجه به موقعیت جغرافیای و ارتفاع زمین، آب و هوای این شهرستان متنوع است. در قله مرتفع آب و هوای معتدل و سرد کوهستانی و در قسمت کوهپایه ها و قسمت های مرکزی آب و هوای معتدل و مرطوب وجود دارد.

آثار منقول و غیر منقول متعلق به دوران پیش از تاریخ که از نقاط مختلف این شهرستان از جمله تورنگ تپه و شاه تپه و ... به دست آمده نشانگر حضور دیرینه انسان ها و تمدن در این منطقه است که تا هزاره ششم پیش از میلاد قدمت دارد.

از مهمترین اماکن تفریحی و آثار باستانی این شهرستان می توان پارک های جنگلی ناهارخوران، النگ دره، قرق، آبشار و چشمه آب گرم زیارت، بافت قدیم گرگان، کاخ آقا محمد خان قاجار، بنای قدیمی شهر گرگان از جمله خانه کبیر، تقوی و باقری، مدرسه عمادیه، مسجد جامع گرگان، بقعه امام زاده ها (نور، نه تن عبدالله و...) دهکده توریستی زیارت، تورنگ تپه و کاروانسرای قزلق، دیمه لو و رباط سفید اشاره نمود.

معرفی بیمارستان

مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۱۰ هجری شمسی با زیر بنای ۱۴۱۰۹ متر مربع و مساحت ۲۲۹۵۰ متر مربع فعالیت خود را بعنوان بیمارستان جنرال آغاز نموده و به تدریج با همت خیرین محترم استان در سال ۱۳۵۴ بخش هاشمی بیمارستان جهت درمان بیماران داخلی و قلب بدان اضافه شد. در سال ۱۳۶۷ و با توجه به نیاز مردم به خدمات دیالیز که تا پیش از این جهت دریافت آن مجبور به مراجعه به مراکز درمانی استان مازندران بودند، به همت دو تن از خیرین بخش سلامت آقایان حاج یحیی دارویی و حاج محمد بجنوردی بخش دیالیز مرکز احداث و افتتاح گردید. با توسعه فضای این ساختمان و احداث طبقه دوم، علاوه بر بخش دیالیز برخی بخش ها و ساختمانهای اداری و طی سالیان اخیر بخش آموزش بیمارستان در آن جانمایی گردید. در طی سالهای اخیر پروژه ساختمان طرح و توسعه ۵ آذر که متعاقبا به نام مرحوم دکتر شریف از پزشکان با سابقه و عضو شورای شهر گرگان نامگذاری گردید، با زیر بنای ۵۰۰۰ مترمربع و در ۴ طبقه افتتاح و مجموعاً ۹۰ تخت به تخته‌های بیمارستان اضافه شد. این مرکز آموزشی درمانی در زمینه های مختلف فوق تخصصی در رشته های نفرولوژی، روماتولوژی، گوارش، غدد، ریه، جراحی ترمیمی، جراحی قفسه صدری و ... فعال بوده و خدمات تخصصی در رشته مختلف داخلی، عفونی، جراحی عمومی، روانپزشکی، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، قلب و عروق، داخلی اعصاب، جراحی کلیه و مجاری ادراری، چشم، گوش و حلق و بینی و رادیوتراپی و سرطان شناسی و غیره، با مجموع ۴۳۴ تخت مصوب و ۳۹۱ تخت فعال در این مرکز ارائه میشود. بهره گیری از تکنیکهای تصویربرداری و تشخیصی پیشرفته نظیر دستگاه شتاب دهنده خطی و کبالت، سونوگرافی، ماموگرافی، اکوکاردیوگرافی، سی تی اسکن، داپلر ترانس کرانیال، برونکوسکوپی، آندوسکوپی، رکتوسیگموئیدوسکوپی، آرتروسکوپی، رادیوگرافی، فلوروسکوپی، سیستوسکوپی، پزشکی هسته ای، الکترو انسفالوگرافی، الکترومیوگرافی، تست ورزش، سنجش تراکم استخوانی و دستگاه آرگون پلاسما کوآگولیشن (APC) جهت درمان سریع خونریزی های دستگاه و ... باعث شده که این مرکز آموزشی درمانی به یکی از قطبهای بزرگ ارجاع بیماران در سطح استان جهت تشخیص بیماری و درمان تبدیل گردد. علاوه بر توانمندی های فوق وجود ماشینهای پیشرفته دیالیز و تخته‌های ویژه و مجهز CCU و ICU همراه با سیستم مانیتورینگ پیشرفته، خدمات شیمی درمانی، گفتار درمانی، بینایی سنجی، توانبخشی و فیزیوتراپی به همراه خدمات تخصصی و مشاوره ای جهت مداوای بیماران دیابتی در کلینیک ویژه دیابت و درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد در مرکز ترک اعتیاد، این مرکز درمانی را به کاملترین بیمارستان استان گلستان مبدل نموده است. پروژه بخش سوختگی این بیمارستان با زیربنای کلی ۵۰۰۰ مترمربع با ۹ تخت ویژه بستری سوختگی و ۶ تخت مراقبت ویژه سوختگی و ۴ تخت اورژانس و دو اتاق عمل کاملاً مجهز در هفته دولت سال ۹۵ به بهره برداری رسیده است. راه اندازی کامل این بخش باعث شده که از اعزام بیماران سوختگی که عمدتاً بدحال و رسیدگی به حال آنان بسیار ضروری است، به سایر استان ها و تهران جلوگیری شده است. مرکز تروما و اورژانس ۱۵۲ تختخوابی شهید نبوی ۵ آذر به عنوان بزرگترین پروژه طرح تحول سلامت در گلستان در سال ۹۷ با حضور رئیس جمهور افتتاح شد. این مرکز در ۷ طبقه با زیربنای بیش از ۱۱ هزار مترمربع احداث شده و دارای مرکز تصویر برداری و تاسیسات، فوریت‌های پزشکی ۱۶ تخت، اتاق عمل اورژانس، بخش احیاء، داروخانه، آزمایشگاه، ۴۸ تخت بستری اورژانس، ۴۲ تخت بستری و شیمی درمانی و سرطان، ۳۶ تخت بستری جراحی، ۱۴ تخت اتاق عمل، ۱۱ تخت بستری ICU، مراقبتهای ویژه مغزو اعصاب، فضای آموزشی و آمفی تئاتر است. ضمناً مرکز آموزشی، درمانی ۵ آذر گرگان هم اکنون در رشته های روانپزشکی، جراحی، رادیولوژی و بیهوشی در حال آموزش دستیاران تخصصی است و طی سالهای گذشته نیز سه متخصص بیهوشی از این مرکز دانش آموخته گردیده اند. اطلاعات مربوط به بخش های مختلف بیمارستان به شرح جدول ذیل می باشد.

رسالت بیمارستان

مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان به عنوان بزرگترین بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گلستان، رسالت خود را اعتلای سطح عمومی سلامت جامعه، ارتقای سطح دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، ارائه خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی به بیماران، اجرای پژوهش، آموزش و تربیت نیروی پزشکی و پیراپزشکی مورد نیاز جامعه می داند.

چشم انداز بیمارستان

ما در مرکز آموزشی درمانی پنجم آذر گرگان بر آن هستیم که با استفاده از نیروی متعهد و متخصص و با بکارگیری دانش و تکنولوژی جدید، به مجهزترین و معتبرترین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی منطقه ی شمال شرق کشور تبدیل شویم

ارزش های بیمارستان

این مرکز رسالت ارزشمند گسترش بهداشت و سلامت جامعه را در سایه ی ارزشهای متعالی نظیر: تلاش جهت جلب رضایت خداوند متعال، التزام به حفظ شعائر اسلامی، اعتقاد به آرمان های مقدس نظام جمهوری اسلامی ایران، رعایت منشور حقوق بیماران، کارکنان و پایبندی به حفظ ارزش های اخلاقی کارکنان، محقق می نماید

سیاست های اصلی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر

- ارائه خدمات با کیفیت و ایمن به بیماران، همراهان و کارکنان
- ترویج فرهنگ مشارکت گروهی و خرد جمعی در جهت بهبود مستمر فرآیندها
- آموزش و توانمند سازی کارکنان جهت ارتقاء سطح علمی و عملکردی و جایگاه علمی پژوهشی بیمارستان
- رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت موازین بهداشتی، درمانی و انطباق امور فنی با قوانین شرع مقدس و اخلاق حرفه ای در جهت افزایش رضایتمندی بیماران
- استقرار و اجرای دستور العمل کشوری مراقبت - پیشگیری - کنترل و درمان بیماریهای عفونی
- استفاده بهینه از منابع و فضای فیزیکی در راستای مدیریت خطر، حوادث و بلایا
- استفاده بهینه از منابع مالی، انسانی، فیزیکی و تجهیزاتی در جهت انضباط مالی و افزایش بهره وری با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار

اهداف کلان بیمارستان

اهداف کلان مرکز (Goals)

- هدف کلی اول (G1): ارتقاء سطح ایمنی بیماران و کارکنان و مدیریت خطر
- هدف کلی دوم (G2): بهبود مستمر کیفی خدمات
- هدف کلی سوم (G3): افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان مرکز
- هدف کلی چهارم (G4): ارتقاء مدیریت هزینه ها، افزایش درآمد و کاهش کسورات بیمارستان
- هدف کلی پنجم (G5): توسعه و ارتقاء کمی و کیفی آموزش و پژوهش در مرکز
- هدف کلی ششم (G6): مدیریت - مراقبت - پیشگیری و کنترل و درمان بیماریهای نوپدید و اجرای دستورالعملهای کشوری

معرفی بخش های بیمارستان :

نام بخش	تعداد تخت	نام بخش	تعداد تخت	نام بخش	تعداد تخت
CCU	۷	ENT	۳	جراحی فک و صورت	۲
سوختگی ICU	۶	ارتوپدی	۵۵	داخلی	۱۰
ICU D (جراحی)	۱۳	جراحی عروق	۶	عفونی	۸
ICU B (جراحی)	۱۰	توراکس	۱۲	اورژانس سوختگی (ترمیمی)	۶
ICU C (جنرال) ۳+ تا ایزوله تنفسی داخلی (ICU)	۸	جراحی عمومی	۱۸	اورژانس	۴۰
اعصاب و روان	۶۷	ارولوژی	۱۰	چشم	۵
ایزوله تنفس (فوق ریه)	۳	مغز و اعصاب	۲۲		
سوختگی	۹	انکولوژی	۴۰		
جمع			۳۶۳		

بخش ها و واحد های پاراکلینیک

پاراکلینیک		کلینیک تخصصی	
آزمایشگاه و پاتولوژی	تصویربرداری (سی تی اسکن ۱۶ اسلایس - رادیولوژی - سونوگرافی)	قلب و عروق	گوش و حلق و بینی
شیمی درمانی	شوک درمانی	ارتوپدی	اعصاب و روان
پزشکی هسته ای	شنوایی سنجی	کلیه و مجاری ادراری	هماتولوژی و انکولوژی
اکو و تست ورزش و نوار قلب	گفتاردرمانی	داخلی	بیهوشی
بینایی سنجی	ERCP	مغز و اعصاب	چشم
فیزیوتراپی	نوردرمانی	جراح عمومی	توانبخشی
رادیوتراپی	اسپیرومتری	پوست	جراحی توراکی
دانسیتومتری	لیزر چشم	جراحی ترمیمی	جراحی فک و صورت
گچ گیری	دیالیز	عفونی	تغذیه
شتابدهنده خطی	داروخانه	فوق غدد	فوق ریه
	MRI	پزشکی قانونی و مسمومیتها	گوارش
		توراکس	طب اورژانس
		روان کودک	روانپزشکی بزرگسالان
		ترک اعتیاد	پزشک عمومی

واحدهای پشتیبان		
مدیریت پرستاری	مدیریت	امور مالی (حسابداری)
منابع انسانی	واحد اطلاعات و فناوری سلامت	بهبود کیفیت
واحد اطلاعات و فناوری	حراست	تجهیزات پزشکی
بهداشت حرفه ای	بهداشت محیط	اعتباربخشی
تغذیه	مددکاری	خدمات
امور دارویی	روابط عمومی	دفتر آموزش
اسناد پزشکی	امور حقوقی	امور قراردادها
تاسیسات	امور رفاهی	

اهمیت رعایت حقوق گیرندگان خدمت و طرح انطباق (منشور حقوق بیمار)

رضایتمندی بیماران، یکی از مشخصه های اثربخشی خدمات بیمارستان محسوب میشود. لازمه دستیابی به رضایتمندی بیماران، رعایت حقوق بیماران است. امروزه، علیرغم تلاشهای پزشکان و کارکنان بخش بهداشت و درمان و وجود امکانات وسیع، میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است. عوارض ناشی از اقدامات پزشکی، که منجر به دادخواهی بیماران میشود، تأثیر عمیق و جدی بر زندگی فرد و خانواده بیمار داشته و تأثیر طولانی و نامطلوبی بر شغل و زندگی اجتماعی وی باقی می گذارد و حتی این امر سبب اضطراب، استرس، افسردگی و انزوای بیمار میگردد. بدون شک، بخش عمده ای از رضایتمندی بیماران در مراکز درمانی، مربوط به رعایت حقوق آنان توسط کارکنان مراکز درمانی و کمک به آنان برای برآورده ساختن نیازهایشان می شود. با در نظر گرفتن منشور حقوق بیماران، میتوان از بیماران مراقبت های مؤثرتری را به عمل آورد. دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی خواستار رعایت و اجرای منشور حقوق بیماران هستند و انتظار دارند ضمن برآورده شدن نیازهای بهداشتی و درمانی آنها به حقوقشان احترام گذاشته شود. منشور حقوق بیمار موجب بهبود روابط بین بیمار و کارکنان بهداشتی و درمانی میگردد. آگاهی بیماران از حقوق خود باعث افزایش کیفیت مراقبت ها شده و هزینه ها را کاهش میدهد. مسأله قابل توجه دیگر این است که آگاه نمودن بیماران و سهیم کردن آنها در تصمیم گیری و محترم شمردن حقوقشان، به بهبودی آنها سرعت می بخشد، دوران بستری در بیمارستان را کاهش داده و از صدمات روحی و جسمی جبران ناپذیر جلوگیری مینماید. عدم رعایت حقوق بیماران میتواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین کارکنان مراقبتهای بهداشتی - درمانی و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات و مراقبتهای مؤثر از بیماران شود. رعایت منشور حقوق بیمار موجب بهبود سریع در روابط بیمار و کارکنان بهداشتی و درمانی میگردد. ارتباط موفق منجر به اجرای کامل دستورات پزشکی توسط بیمار، افزایش کیفیت مراقبتها شده و از میزان شکایت بیماران از پزشکان به طور قابل ملاحظه ای می کاهد. یکی از صاحب نظران (هاتون) در این زمینه مینویسد برای تثبیت حقوق بیماران و تقویت مشارکت آنان در تصمیم گیریهای بهداشتی مربوط به خودشان، به تلاش و پیگیری بیشتری نیاز است. به عقیده وی حقوق بیمار به تنهایی با تکیه بر مبانی اخلاقی قابل دستیابی نبوده و با تدوین قوانین و دستورالعملها، باید مکانیسمهایی برای کنترل و پایش مداوم این حقوق را فراهم کرد. راید و مکلا در بررسی که با یک دیدگاه جهانی به منظور مقایسه وضعیت حقوق بیماران در چند کشور از جمله فنلاند، لیتوانی، مالزی، آفریقای جنوبی و انگلستان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که حقوق بیماران در کشورهای مختلف تحت تأثیر زمینه های اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و فرهنگی آنها متفاوت است. توسعه و اجرای قوانین مربوط به حمایت از این حقوق نیز توابعی از همین شرایط هستند. بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی چه به لحاظ فیزیکی (جسمی) و چه به لحاظ روانی، اجتماعی و اقتصادی در معرض خطر قرار داشته و این عامل توجه خاص مجامع بین المللی حقوق بشر به مفهوم حقوق بیمار می باشد. امروزه حفاظت از حقوق مشتری (که در سیستم خدمات بهداشتی بیمار / مددجوست) جزئی از عدالت اجتماعی و احترام به حقوق بشر است در واقع قایل شدن حقوق برای بیماران بیانگر پایه ای برای عدالت و مشارکت در خدمات بهداشتی است. باتوجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهمترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهمترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول می داند. نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت است. مراکز ارائه خدمات سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق و مسئولیت های گیرنده خدمت، خانواده ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشد. به عنوان یکی از مهم ترین ارکان ارایه خدمات سلامت، بیمارستان ها باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها و کلیه مراکز ارایه خدمات سلامت باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آن احترام گذارند. در سایه تعامل مناسب ارایه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود. منشور حقوق بیمار شامل موارد زیر است:

1- دریافت اطلاعات

۱-۱ منشور حقوق گیرنده خدمت در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار دارد.

۱-۲ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول

ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار، دانشجو (با ذکر رشته و پایه تحصیلی) و ارتباط حرفه‌ای آنها با یک دیگر، اطلاع رسانی می نماید.

۱-۳ بیمارستان با رعایت مقررات پوشش مصوب وزارت بهداشت، شناسایی رده های مختلف کارکنان را برای گیرندگان خدمت تسهیل مینماید.

۱-۴ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص روشهای تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص، سیر بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز تمام اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری گیرنده خدمت به نحو مطلوب و به میزان کافی، در زمان مناسب و متناسب با شرایط گیرنده خدمت به شیوه ای ساده و قابل درک، اطلاع رسانی مینماید.

۱-۵ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان، اطلاع رسانی مینماید

۱-۶ بیمارستان در زمان پذیرش به گیرنده خدمت و مراجعان درباره خدمات بیمارستان اعم از درمانی و غیردرمانی، ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی، بیمه های طرف قرارداد بیمارستان و ضوابط آن، همچنین سیستمهای حمایتی اطلاع رسانی مینماید.

۱-۷ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص تمام اقدامات پژوهشی مرتبط اطلاع رسانی مینماید.

۱-۸ بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان می دهد که تصمیم گیری مبنی بر شرکتی اعدم شرکت در هرگونه پژوهش، تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.

۱-۹ بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که قوانین و مقررات مربوط به رعایت کدهای ملی اخلاق در پژوهش در رابطه با تمام طرحهای تحقیقاتی که با موضوعات انسانی سروکار دارد، رعایت میشوند.

۱-۱۰ بیمارستان به گیرنده خدمت درخصوص خط مشی حفاظت از اموال گیرنده خدمت اطلاع رسانی مینماید.

۲- مطلوبیت خدمات سلامت

۲-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت، خدمات سلامت مناسب ارائه مینماید.

۲-۳ بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تأمین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه مینماید.

۲-۴ بیمارستان، در صورتیکه ارائه خدمات سلامت مناسب در موارد اورژانس مقدور نباشد، پس از ارائه خدمات سلامت ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز را فراهم مینماید.

۳- گروههای آسیب پذیر

۳-۱ بیمارستان از گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، گیرندگان خدمت مجهول الهویه، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیتهای در معرض خطر، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت مینماید.

۴- گیرنده خدمت در حال احتضار

۴-۱ بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبتهای محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه مینماید.

۴-۲ بیمارستان شرایطی فراهم مینماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.

۵-محرمانه بودن اطلاعات

۵-۱ بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که تنهاگیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۵-۲ بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار میدهد.

۶-حفظ حریم خصوصی

۶-۱ بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه مینماید.

۶-۲ بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم مینماید.

۶-۳ بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکانپذیر باشد. (رعایت طرح انطباق در مراکز سلامت)

۶-۴ در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نبایدمانعی برای کمک رسانی فوری بهگ یرنده خدمت و مصدومی نباشد.

۶-۵ بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت مینماید.

۷-همراه گیرنده خدمت

۷-۱ بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه میدهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فر دم معتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورتهای پزشکی باشد).

۸- پاسخ به نیاز های عبادی و اعتقادی گیرنده خدمت

۸-۱ بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواستهای گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی اعتقادی را دارد و به آن عمل مینماید.

۹-آموزش

۹-۱ گیرنده خدمت آموزشهای ضروری برای استمرار درمان را دریافت مینماید

۸-انتخاب آزادانه و مشارکت

۱۰-۱ بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب مینماید.

۱۰-۲ بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظرخواهی کند.

۱۰-۳ بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت در مورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم گیری است ثبت می نماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی، به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار میدهد.

۹-خط مشی ها و روش ها

۱۱-۱ بیمارستان خط مشی ها و روشهای شفاف و روشنی شامل موارد ذیل تدوی نموده و اجرا مینماید:

حفاظت گیرنده خدمت در برابر حملات فیزیکی و صدمات روحی

پذیرش همراه و فراهم نمودن امکانات رفاهی لازم

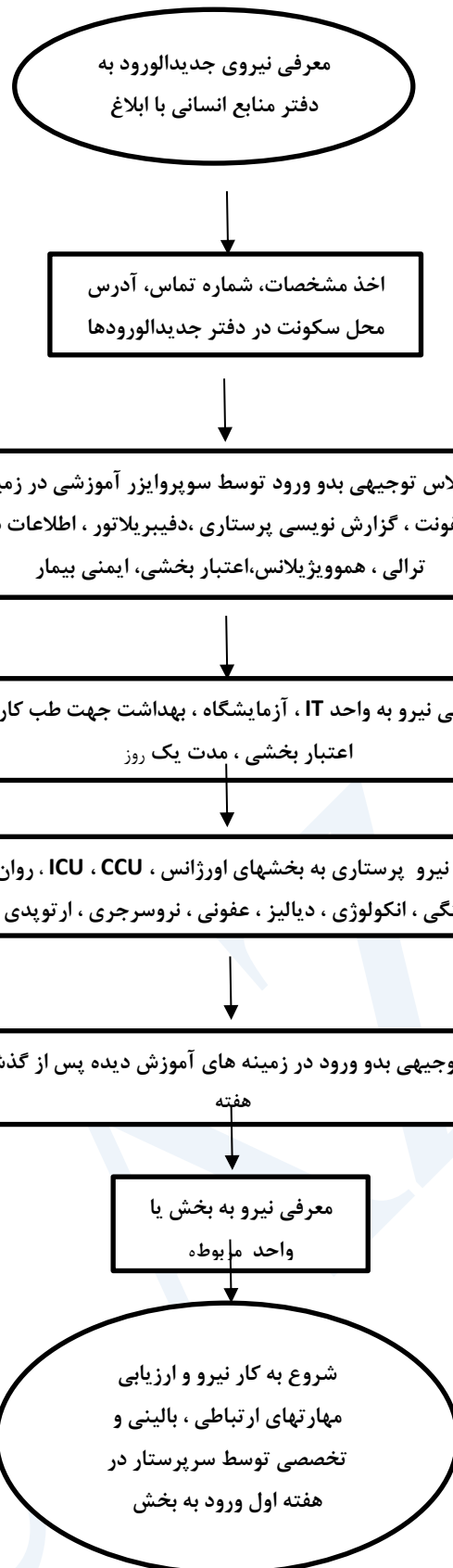
نظارت بر خارج ساختن عضو از اهداکننده و انتقال آن

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی

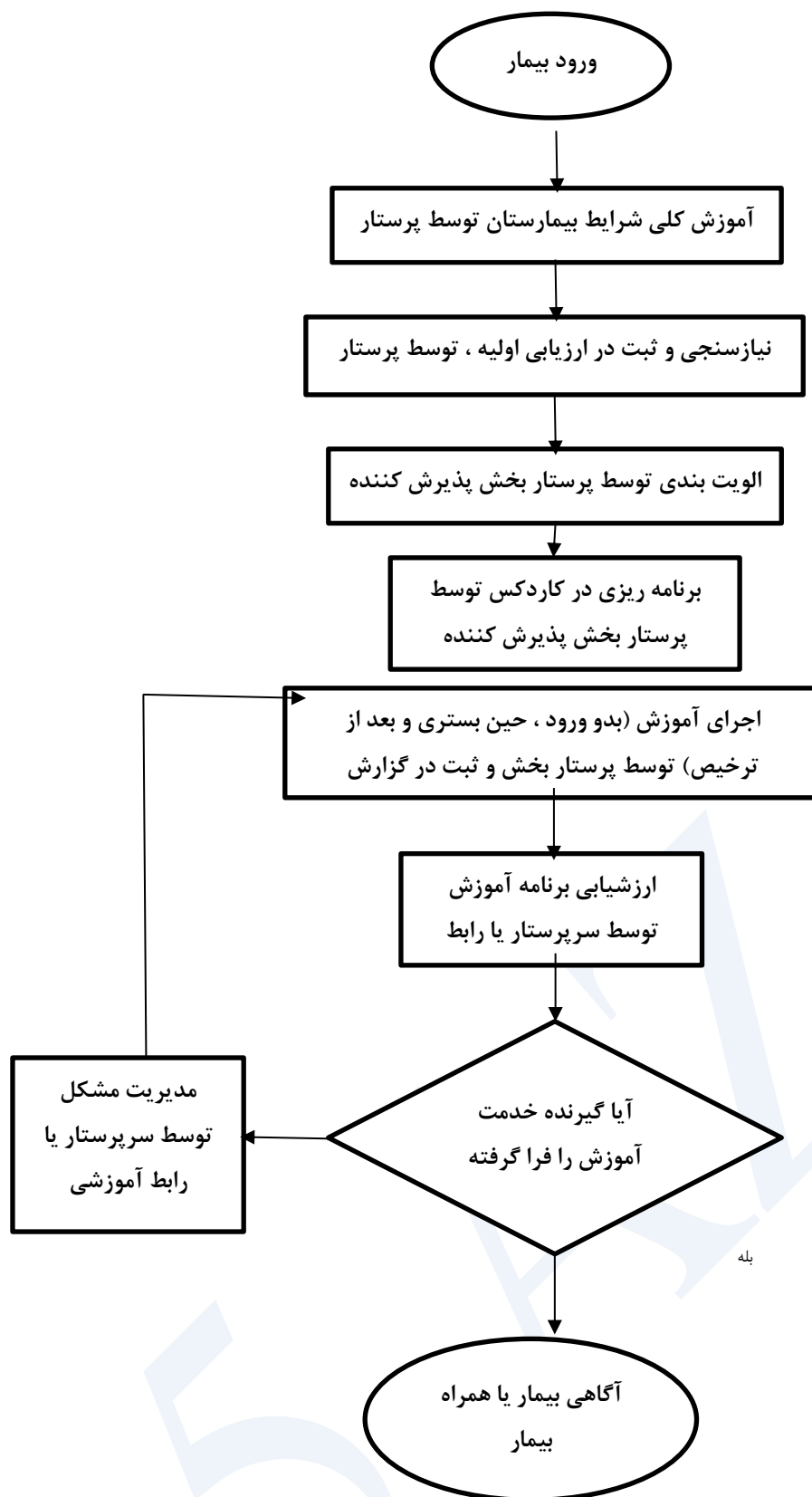
اغلان حرفه های پزشکی و وابسته، در طول تاریخ همواره پرچمداران اخلاق حرف های و الهام بخش توسعه ی اخلاقی جوامع بوده اند. هنجارهای اخلاق حرفه ای پزشکی، طی هزاران سال در بستر تاریخ و در اسناد تاریخی فراوان از جمله در سوگندنامه های پزشکی، بالیده و تکامل یافته اند؛ سوگندنامه هایی که طی سده های متمادی، پرآوازه ترین نوشتارهای این حوزه بوده اند. همه ی این سوگندنامه ها، پندنامه ها و دستورالعمل ها به فراخور زمان و پیچیدگی های موجود در حرفه ی پزشکی، کوشیده اند افزون بر برشمردن فضایل اخلاقی مورد انتظار از شاغلان حرف پزشکی و وابسته، استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی مورد نیاز حرفه مندان پزشکی را به نحوی اختصاصی، به اطلاع آن ها برسانند. از سوی دیگر، اعلام عمومی پایبندی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به این استانداردهای حرفه ای، مبنای ایجاد اعتماد بی نظیر مردم به درمانگران خود بوده و مسند پزشکی را از نظر جایگاه اجتماعی، در مرتبه ای ویژه قرار داده است. این اسناد علاوه بر این که شاغلان این حوزه را به رعایت دقیق تر هنجارهای اخلاق عمومی، مکلف می کند، در جایگاه یک راهنمای عمل تخصصی، تکالیف و ویژگی های اخلاقی این گروه را نیز برای آنان برمی شمرد و تلاش می کنند به سؤالات ایشان پاسخ دهند؛ به گونه ای که گاه آن چه رعایت آن برای عموم مردم جامعه، امری ستودنی اما غیرتکلیفی است، برای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، هنجاری لازم الاتباع تلقی می شود که تخطی از آن، مستوجب سرزنش اخلاقی و حرفه ای است. امروزه عوامل متعددی موجب شده نیاز به معرفی استانداردهای جدید و روزآمد اخلاقی به فعالان این حوزه، بیش از پیش احساس شود. پیشرفت های علمی و فناورانه در روش های پیش گیری، تشخیص، درمان و توانبخشی بیماران و دیگر دریافت کنندگان خدمات سلامت، موجب پی ش آمدن موقعیت ها و پرسش های جدید و فراوانی شده که پیش از این، در تاریخ اخلاق پزشکی سابقه نداشته است. مطرح شدن مفاهیم جدیدی مانند «مرگ مغزی» و «پیوند اعضا»؛ امکان تشخیص بیماری ها و ناهنجاری ها، پیش از تولد؛ گسترش چشم گیر فناوری های ژنتیک و امکان پیش بینی ابتلا به بیماری ها با استفاده از اطلاعات ژنتیک و ایجاد امکان اصلاح ژنوم انسانی در مراحل آغازین و بسیاری تحولات علمی و فناوری دیگر، به ایجاد پرسش هایی بنیادین در حوزه ی مراقبت های پایان حیات، سقط جنین و دست کاری ژنوم انسانی انجامیده است. تثبیت «حق سلامت» برای همه ی شهروندان و تکلیف اخلاقی دولت ها برای تأمین نیازهای مربوط به سلامت، موجب ایجاد نظام های بزرگ و پیچیده ی سلامت شده است که گسترش فناوری های پزشکی، هر روز بر این پیچیدگی، می افزاید. ایجاد این نظام های بزرگ و پیچیده ی سلامت، با اجزای متنوع آنها (شامل صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی، سیاست مداران و سیاستگذاران سلامت و مدیران رده های مختلف)، موقعیت شاغلان حرف پزشکی و وابسته را از ارائه کنندگان مستقیم و فردی خدمات سلامت، به افرادی که در چهارچوب نظام سلامت و در تعامل با دیگر ذی نفعان به فعالیت می پردازند، تغ ییر داده است. این تغ ییر موقعیت نیز برای این گروه، الزامات جدید اخلاقی را به همراه داشته و نیاز به ارائه ی استانداردهای جدید اخلاقی، برای کمک به شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برای تنظیم روابط خود با ارکان مختلف نظام سلامت را به ضرورتی ویژه بدل کرده است. تخصصی و فوق تخصصی شدن ارای هی خدمات سلامت، تغییری دیگر است که برای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برخی الزامات ویژه ی اخلاقی را پدید میآورد. این پدیده ایجاب می کند گروه یادشده، برای تعامل با دیگر متخصصان، همکاران و اعضای تیم های درمانی و بخش های مختلف دولتی و غی ردولتی نظام سلامت، هنجارهایی دقیق و اختصاصی در اختیار داشته باشند. تغییر الگوی بیماری ها از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن، افزایش میانگین طول عمرانسا نها و پیرتر شدن جوامع در دهه های اخیر نیز به تغ ییر جدی در نحوه ی ارتباط شاغلان حرف پزشکی و وابسته، با بیماران انجامیده و پیامدهای فراوان اخلاقی را در پی داشته که از تداوم طولانی ارتباط بیماران با شاغلان حرف پزشکی و وابسته، سرچشمه گرفته است. در تغ ییری دیگر، افزایش نقش و به رسمیت شناخته شدن حقوق آحاد مردم در ادار هی امور جامعه، از طریق گسترش مشارکت سیاسی و مدنی و تغ ییرات اجتماعی از جمله افزایش سطح سواد و آگاه یهای عمومی، موجب افزایش مطالب هگری اجتماعی در سطوح

مختلف شده است؛ از جمله: برای استیفای حقوق خود در جایگاه بیمار و مشارکت طلبی روزافزون در گرفتن تصمیمات مربوط به سلامت فردی و اجتماعی. موقعیت شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به مثابه ی نخستین گروه پاسخگو به این مطالب هی عمومی، لزوم بازنگری جدی در رویکرد پدرسالارانه و ایجاد یک ساختار پزشکی با رویکرد بیمار محور را، که خود، لازم هی ایجاد یک نظام کارآمد و به روز سلامت پزشکی است، اجتناب ناپذیر م یکنند. مدیریت این تحول غیرقابل اجتناب، به وسیله ی سازمان های حرفه ای، نیازمند ارائه ی هنجارها و استانداردهای جدید اخلاقی برای یاری رساندن به شاغلان حرف پزشکی و وابسته، برای عبور آرام و منطقی از این برهه ی تاریخی در روند تکامل و پیشرفت نظام سلامت است. شورای عالی نظام پزشکی در راه انجام وظیفه ی ذاتی خود که بر پایه تضمین رعایت حقوق متقابل شاغلان حرف پزشکی و وابسته از یک سو، و دریافت تکنندگان خدمات سلامت از سوی دیگر استوار شده است، با استفاده از اختیارات تفویض شده، بر اساس قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی (که طی آن این شورا مرجع بازنگری «آیین نامه ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته» قرار داده شده است)، همچنین، با عنایت به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و دیگر قوانین وضع شده در کشور، بر لزوم پایبندی به اخلاق حسنه در همه ی عرصه های زندگی آحاد جامعه و نیز تأکید بر جایگاه بی بدیل اخلاق در اسناد بالادستی حوزه ی سلامت، (به ویژه قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و سیاست های کلی کشور در حوزه ی سلامت)، اولین نسخ هی «راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» را که دربردارنده ی راهنماهایی برای کمک به تصمی مگیری اخلاقی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در نقشها و شرایط مختلف حرفه ای، ب هویژه هنگام مواجه شدن با موقعیت های پیچیده ی اخلاقی است، را در تیرماه ۱۵ / ۴ / ۱۳۹۶ به تصویب رساند. با توجه به اینکه در مصوبه ی تیرماه ۱۳۹۶ ۶ تاریخ رسمی لازم الاجرا شدن این راهنما از یک سال پس از تاریخ تصویب پی شبینی شده بود، متن مصوب قبلی اصلاح و تکمیل شد و در یک مجموعه، شامل ۱۳ فصل و ۱۴ ماده، مجدداً در تاریخ ۱۸ / ۵ / ۹۷ به تصویب شورای عالی نظام پزشکی رسید و بر اساس مصوبه ی مورخ ۲۰ / ۲ / ۹۷ از تاریخ ۱۵ / ۷ / ۱۳۹۷ برای همه ی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، لازم الاجرا است. هر گونه تخطی از تکالیف یادشده در این راهنما، میتواند مصداق رفتار خلاف شئون پزشکی موضوع ماده ی ۶ آیین نامه ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته، به شمار آید. بر این اساس رسیدگی به موارد تخلف از مفاد این سند در چهارچوب مقررات ناظر بر دادسراها و هیأت های انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای مستقر در سازمان نظام پزشکی انجام می گیرد. برای بهبود هر چه بیشتر فرایند رسیدگی و با توجه به حساسیت موارد موضوع این راهنما تشخیص مصداق تخطی از مفاد راهنما بر عهده ی کمیسیون کارشناسی اخلاق پزشکی مستقر در نظام پزشکی مراکز استا نها و کمیسیون مرکزی مستقر در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران خواهد بود. از این رو لازم است هیأت های انتظامی بدوی و تجدید نظر در همه شهرها و مراکز استا نها در صدور رای نظر کمیسیون کارشناسی اخلاق پزشکی مستقر در نظام پزشکی مرکز استان را اخذ کنند و آن را مبنای صدور رای قرار دهند. کمیسیون کارشناسی مرکزی مستقر در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به همین روش مرجع کارشناسی هیأت عالی انتظامی نظام پزشکی است. در عین حال کمیسیون کارشناسی مرکزی علاوه بر مسؤولیت نظارت و ایجاد هماهنگی بین کمیسیون های استانی، وظیف هی ایجاد وحدت رویه در آرای آنها را تا حد ممکن بر عهده دارد. "راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران"، در بردارنده ی مجموعه ی ارزش ها، هنجارها، اصول و قواعد اخلاقی است که بر اساس اصل کرامت ذاتی انسان و نیز مبانی و ارزش های اسلامی و ایرانی، تدوین شده است و همه ی شاغلان به حرف پزشکی و وابسته در جایگاه اعضای سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و نیز مدیران و مسؤولان، باید آن را راهنمای عمل خود قرار دهند و برای تضمین رعایت حداکثری آن در فعالیت پزشکی خود و دیگر شاغلان به حرف پزشکی و وابسته، منتهای تلاش خود را به عمل آورند. راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شامل ۱۳ فصل می باشد. فصل اول کلیات و جایگاه سند، فصل دوم تکالیف عام، فصل سوم ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت، فصل چهارم اولویت منافع بیمار، فصل پنجم رعایت انصاف و بی طرفی، فصل ششم صداقت و درستکاری، فصل هفتم احترام به حق انتخاب دریافت کنندگان خدمات سلامت، فصل هشتم رازداری و حریم خصوصی، فصل نهم مدیریت خطاهای پزشکی، فصل دهم ارتباط با دیگر همکاران، فصل یازدهم مسؤولیت های اجتماعی و سازمانی حرفه مندان، فصل دوازدهم پوشش حرفه ای در محیط های بالینی، فصل سیزدهم آموزش و پژوهش های پزشکی می باشد.

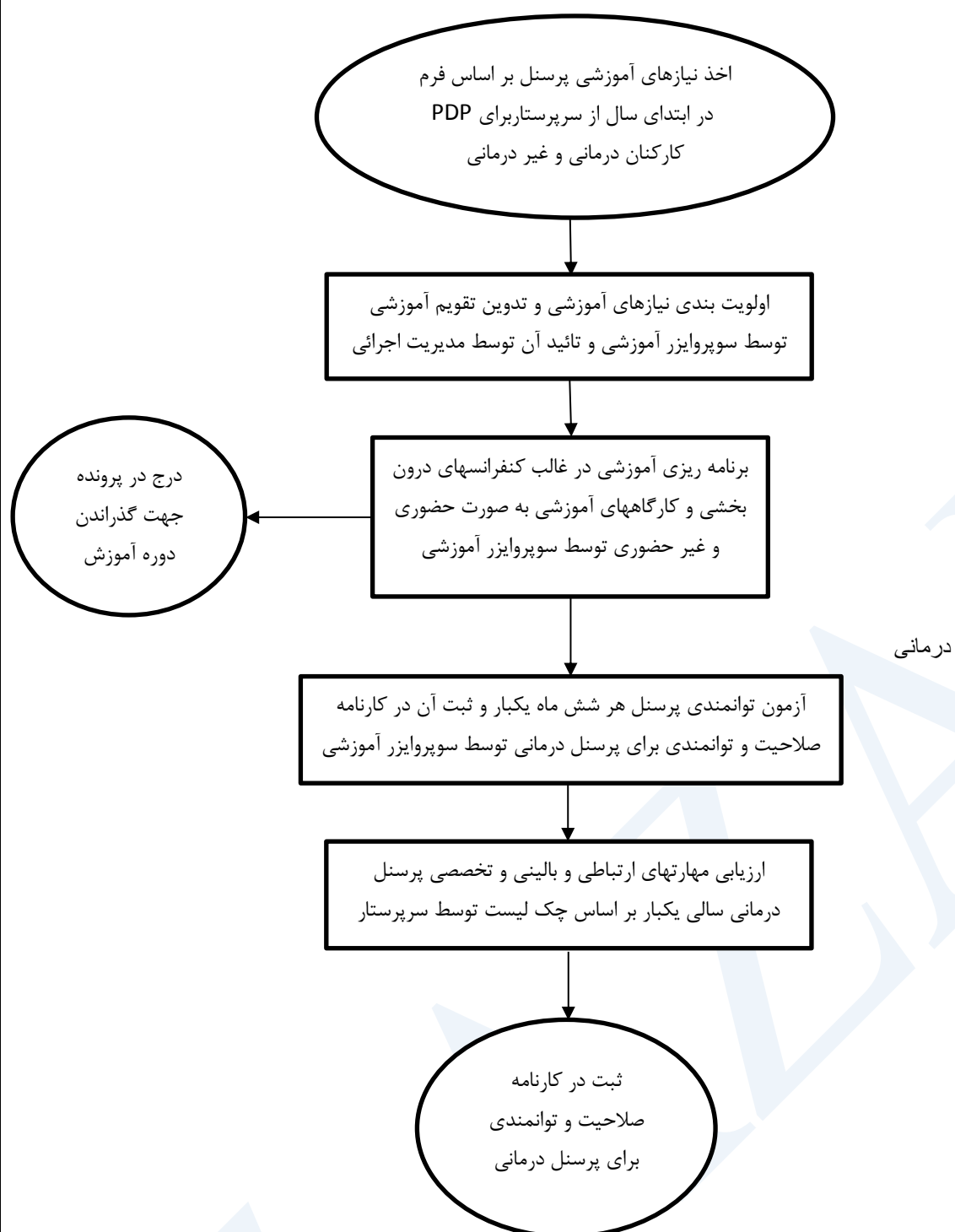
فرآیند آموزش به پرسنل جدیدالورود



فرآیند آموزش به بیمار و همراه بیمار به صورت چهره به چهره



فرآیند آموزش به پرسنل درمانی و غیر درمانی ضمن خدمت:



شاخص های ایمنی بیمارستان کدامند؟

- - سقوط از تخت (تنها در مواردی که منجر به فوت یا عارضه جدی (منجر به طولانی شدن زمان بستری) شود
- - زخم بستردرجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار (حین بستری ایجاد شود)
- - نرخ کنترل عفونت
- - عوارض بیهوشی
- - عوارض انتقال خون
- - عارضه جدی مرتبط با تزریق گروه خون اشتباه در فراورده های خونی به بیمار
- - جدا شدن زخم محل عمل جراحی
- - خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی
- - جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی
- - پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی
- - نرخ مرگ و میر در عوارض بیمارستانی پس از زایمان
- - ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- - عفونت زخم های جراحی
- - نرخ مرگ و میر در اثر MI و عمل جراحی بای پس
- - ترومای زایمان طبیعی با ابزار و بی ابزار
- - میزان بروز شوک آنافیلاکسی ناشی از مصرف دارو خطاهای دارویی _ عوارض جانبی که نیاز به مداخله دارند
- - عارضه جراحی بر روی عضو اشتباه جاماندن جسم خارجی در بدن
- - فرار بیمار بیش از ۴ ساعت طول بکشد
- - خودکشی یا اقدام به خودکشی بیمار

برنامه ریزی آموزش بیماران

ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود

- ۱- معرفی و آشنایی با فضای فیزیکی بخش
- ۲- رعایت نکات ایمنی بیمار (پیشگیری از خطر سقوط از تخت)، محل پله اضطراری های بخش، نحوه استفاده از اهرم هایی تخت (بدساید، ترمز چرخ)
- ۳- منشور حقوق بیمار
- ۴- فرایند رسیدگی به شکایات
- مطرح کردن انتقادات و شکایات بصورت شفاهی به سرپرستار/مسئول شیفت
- مطرح کردن انتقادات و شکایات بصورت کتبی در صندوق انتقادات و پیشنهادات
- ۵- حضور همراه و ساعات ملاقات
- ۶- رعایت اصول بهداشت (زباله های عفونی / غیر عفونی)
- ۷- معرفی پزشک و پرستار و ...
- ۸- اهمیت دستبند شناسایی
- ۹- آشنایی با زنگ اخبار و کاربرد آن (نحوه احضار پرستار)
- ۱۰- ساعت سرو غذا
- ۱۱- نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش (تلفن و ...)

- توضیحات و آموزشهای لازم توسط پرستار به بیمار در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ملاک ارزیابی: بررسی مستندات (فرم گزارش پرستاری) و مصاحبه با بیمار و همراهان
- ۱۲- هزینه های قابل پیش بینی درمان
- ۱۳- توضیح قوانین بخش مربوطه
- ۱۴- رضایت آگاهانه برای اقدامات تهاجمی (توضیحات و آموزشهای لازم توسط پزشک به بیمار به صورت شفاهی و کتبی انجام گیرد).

• هفت قانون دارودهی

- 1) داروی صحیح
- ۲) راه صحیح
- ۳) زمان صحیح
- ۴) دوز صحیح
- ۵) بیمار صحیح
- دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارودهی اضافه شده، عبارت است از:
- ۶) مستند سازی صحیح
- ۷) حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

لیست داروهای پرخطر که نیازمند به لیبل قرمز است ولیست داروهای که نیازمند لیبل ستاره داراست (برروی ظرف دارو و خود دارو)

لیست داروهای ستاره دار	
ردیف	نام دارو
۱	اپی نفرین
۲	آتروپین
۳	لیدوکائین
۴	گلوکونات کلسیم
۵	سولفات منیزیم
۶	آمیودارون
۷	لابتالول
۸	دوپامین
۹	دوبوتامین
۱۰	آدنوزین
۱۱	دیگوکسین
۱۲	نیتروگلیسرین
۱۳	وراپامیل
۱۴	میدازولام
۱۵	فنی توین
۱۶	هالوپریدول
۱۷	کلرید پتاسیم
۱۸	نیتروپروساید پتاسیم
۱۹	پروپرانولول

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

لیست داروهای با هشدار بالا نیازمند لیبل گذاری قرمز فقط بر روی ظرف دارو

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	میدازولام	11	فنو باربیتال تزریقی
۲	لابتالول	12	مورفین تزریقی و خوراکی
۳	دیگوکسین	13	پنتازوسین تزریقی و خوراکی
۴	وراپامیل	14	پتیدین تزریقی
۵	آمیودارون	15	ترامادول تزریقی و خوراکی
۶	دوبوتامین	16	فنتانیل تزریقی
۷	دوپامین	۱۷	آتراکوریوم تزریقی
۸	دکستروز 20%	۱۸	سیس آتراکوریوم تزریقی
۹	دکستروز ۵۰%	۱۹	سوکسینیل کولین تزریقی
۱۰	آدنوزین	۲۰	بویپواکائین تزریقی

مدیریت خطر حوادث و بلایا

انواع حریق :

تعریف حریق : حریق یک واکنش گرمازا است که در آن مواد قابل احتراق در حضور مقدار متناسب اکسیژن هوا و حرارت به وجود می آید .

شعله ها به وسیله احتراق تولید می شوند و این شعله ها چیزی نیستند جز سوختن گازهای حاصل از تبخیر مواد قابل اشتعال که بوسیله حرارات ناشی از انجام واکنش احتراق به وجود می آید ، به عبارتی دیگر آتش از ترکیب سریع اکسیژن با جامدات ، مایعات و گازهای سوختنی در درجه حرارتی خاص که درجه اشتعال نامیده میشود به وجود می آید.

* آتش سوزی هر آن ممکن است اتفاق افتد و ظرف چند دقیقه جان و مال افراد را به خطر اندازد در حالی که ۷۵٪ آتش سوزی ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند.

* آتش سوزی ها در هر کشوری آثار مخرب خود را دارد . در ایران چند آتش سوزی بزرگ رخ داده است که نمیتوان آن ها را در تاریخ فراموش کرد. از آتش سوزی های مهم ایران:

✓ آتش سوزی گمرک جلفا در ۱۶ مرداد ۱۳۵۵

✓ آتش سوزی سینما رکس آبادان در مرداد ۱۳۵۷

✓ آتش سوزی راه آهن نیشابور در ۲۹ بهمن ۱۳۸۲

✓ آتش سوزی مسجد ارگ در ۲۶ بهمن ۱۳۸۳

✓ آتش سوزی مدرسه شین آباد در ۱۵ آذر ۱۳۹۱

✓ آتش سوزی بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان در ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی پتروشیمی بوعلی سینا در بندر امام خمینی خوزستان در ۱۶ تیر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی برج سلمان مشهد در ۲۰ تیر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی هتل هرمز بندر عباس در ۹ مرداد ۱۳۹۴

✓ آتش سوزی پاساژ قائم خرم آباد در ۹ مهر ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی ساختمان پلاسکو در ۳۰ دی ۱۳۹۵

✓ آتش سوزی جنگل های ارسباران در ۳۰ مرداد ۱۳۹۸

* اگر تاکنون دچار آتش سوزی نشده ایم تصور نکنیم هیچگاه دچار حریق نخواهیم شد یا نیازی به پیشگیری نداریم.

* صرف بیمه کردن ساختمان و مؤسسات، تلفات جانی و عوارض روانی ناشی از حریق هیچگاه قابل جبران نمی باشد. همواره فرهنگ سازی در زمینه نحوه پیشگیری و مبارزه با حریق الزامی و اجتناب ناپذیر است.

عوامل بوجود آورنده حریق:

✓ عدم رعایت نکات ایمنی.

✓ عوامل اقتصادی اجتماعی فرهنگی.

✓ عوامل طبیعی و فیزیکی : آتش فشان - زلزله - صاعقه

مثلت آتش: از بهم پیوستن سه ضلع اکسیژن ، حرارت و مواد قابل اشتعال ، حریق صورت میگیرد.



مواد در طبیعت از نظر فیزیکی به سه دسته تقسیم میشوند:

(۱) جامد: مثل چوب

(۲) سیالات: روان ها

(۳) گازها

سیالات خود به دو دسته زیر تقسیم میشوند:

(۱) مایعات : مثل آب ، بنزین

(۲) گازها : مثل اکسیژن، CO 2

مواد از لحاظ قابلیت احتراق به 3 دسته زیر تقسیم میشوند:

(۱) مواد قابل انفجار : مانند باروت

(۲) مواد قابل احتراق : مانند چوب ، کاغذ

(۳) مواد غیر قابل احتراق : مانند آجر ، سنگ

*آتش (FIRE) : فرایند تبدیل ماده به کربن، گرما و نور را آتش گویند.

هرگاه سه عنصر حرارت یا جرقه (HEAT) مواد سوختنی (FUEL) و اکسیژن یا هوا (AIR) در یک زمان و یک مکان با هم جمع شوند آتش پدید می آید که به مثلث آتش معروف است.

در مورد مایعات بجای مثلث آتش ، مربع آتش گفته اند . یعنی جمع شدن یکجا : مواد سوختنی ، حرارت یا جرقه ، اکسیژن و زنجیره ی مولکولی مواد.

انواع تجهیزات اطفاء حریق :

(۱) تجهیزات خاموش کننده (Fire equipment)

(۲) تجهیزات هشدار دهنده (Fire detector)

(۳) تجهیزات پیش گیری کننده (Fire protection)

قسمتهای مختلف یک خاموش کننده :

- ✓ گاتریج : کپسولی کوچک فلزی است که در آن گاز ازت یا تحت فشار بسیار زیادی نگهداری می شود.
- ✓ پین ایمنی : این پین به منظور جلوگیری از فعال شدن کپسول به صورت سهوی در یک سوراخ قرار دارد بنابراین در مواقع استفاده باید آن را از جای خود بیرون آورد.
- ✓ دسته نگهدارنده : با استفاده از دسته ، کپسول را بلند و جابجا می کنیم.
- ✓ ضامن یا اهرم : با فشار دادن این ضامن پس از بیرون آوردن پین ، محتویات کپسول با سرعت از شیلنگ و نازل به بیرون پرتاب میشود.
- ✓ گیج یا فشارسنج : این وسیله تنها در بعضی کپسولها بکار میرود و نشان دهنده میزان فشار گاز درون گاتریج است . گیج از یک صفحه با دو رنگ سبز و قرمز و یک عقربه تشکیل شده است رنگ سبز نشان دهنده شارژ بودن کپسول و رنگ قرمز نشان دهنده خالی بودن کپسول است اما اگر عقربه روی رنگ قرمز سمت راست سبز باشد کپسول بیش از استاندارد شارژ میباشد.

ایمنی و تقسیمات آن:

ایمنی: عبارت است از میزان درجه دور بودن از خطر، واژه (Hazard) که در تعریف علمی ایمنی آمده است، در واقع شرایطی است که دارای پتانسیل رساندن آسیب به کارکنان، تجهیزات و ساختمانها، از بین بردن مواد یا کاهش کارایی در اجرای یک وظیفه از پیش تعیین شده میباشد . هنگامی که خطر (Hazard) وجود دارد امکان وقوع اثرات منفی یاد شده وجود خواهد داشت.

کلمه (Danger) گویای قرار گرفتن در معرض یک (Hazard) است، به این ترتیب ایمنی متضاد (Danger) بوده است، و در صدد حذف خطرات بالفعل موجود در محیط می باشد . ایمنی به طور صد در صد وجود ندارد و عملاً هم هیچگاه حاصل نخواهد شد بدین خاطر است که گفته می شود ایمنی، حفاظت نسبی در برابر خطرات است.

انواع ایمنی:

- (۱) ایمنی حریق
- (۲) ایمنی زلزله
- (۳) ایمنی کار با تجهیزات برقی
- (۴) ایمنی چیدمان وسائل منزل
- (۵) ایمنی در رانندگی با وسایل نقلیه
- (۶) ایمنی در محل کار
- (۷) ایمنی در مواجهه و یا مجاورت با موادی که به هر نحوی ممکن است برای انسان مضر باشند و...
- (۸) مدیریت خطر
- (۹) پیشگیری و کنترل خطرات
- (۱۰) پیشگیری و کنترل حریق

پیشگیری:

عبارت است از مجموعه اقداماتی که در ذهن تصور می کنیم تا با عملی نمودن آنها مانع از بروز حوادث و یا کاهش خسارات گردیم.

منظور از ایمن و غیر ایمن چیست؟

یک مکان، یک کار معین و یا یک دستگاه زمانی ایمن در نظر گرفته می شود که احتمال خطر مرگ، مجروح شدن و یا ابتلا به بیماری برای کسانی که در آنجا بوده یا با آن دستگاه کار می کنند در حد قابل قبول پایین باشد. به طور کلی، میتوان چنین گفت که میزان خطر قابل قبول با پایین آمدن سطح ایمنی، افزایش یافته و با افزایش سطح ایمنی کاهش می یابد.

حیطه فعالیت ایمنی امروزه گسترش یافته و به شاخه ها و به گرایشهای گوناگون دانشگاهی گسترش یافته است که عبارت است از:

*حادثه ناشی از کار ملزم به تکمیل فرم حوادث شغلی میباشد.

فرم گزارش حادثه ناشی از کار واحد بهداشت حرفه ای

(این فرم، مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشی از کار می باشد و در اولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل می گردد) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

محل مراجعه: خانه بهداشت کارگری ایستگاه بهگر مرکز بهداشت کار - HSE مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت روستایی ایستگاه بیمارستان دولتی بیمارستان / کلینیک خصوصی مطب درمانگاه تامین اجتماعی درمانگاه پزشکی قانونی سایر نام: روستایی: خانهدار: ایستگاه: بیمارستان: کلینیک:

مشخصات محل وقوع حادثه: نام کارگاه/واحد شغلی:		نام کارفرما/مدیر:		تعداد کل شاغلین: نفر نشانی کارگاه:	
مشخصات فرد آسیب دیده: نام و نام خانوادگی:		سن: (به سال)		تحصیلات: بیسواد ☐ اول - پنجم ابتدایی ☐ سیکل ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم و بالاتر ☐	
کد ملی سرپرست خانوار: کد ملی: آدرس محل سکونت:		جنس: مرد ☐ زن ☐		متوسط میزان درآمد ماهیانه: (به ریال) سن (به سال):	
عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
مشخصات حادثه: تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳ ساعت وقوع: محل دقیق حادثه:					
عضو آسیب دیده	گردن	اندام فوقانی	تنه	اندام تحتانی	چند نقطه از بدن
سر	گلو	دست	قفسه سینه	پا	صدمات عمومی
جمعجمه	مهره های گردن	انگشتان دست	ستون فقرات	انگشتان پا	سیستم عصبی
گوش		مچ دست	پشت	ران	سیستم گوارش
چشم		بازو	شکم	زانو	سیستم تنفسی
دهان		شانه	لگن	مچ پا	دستگاه گردش خون
صورت		ساعد	سایر...	اندام تناسلی	محل نامشخص ☐
سایر...		سایر ...		سایر...	
علت آسیب:					
۱- سقوط فرد از ارتفاع (نردبان، ساختمان، داربست، ماشین آلات، وسایل نقلیه، درخت و غیره) / سقوط به عمق (چاه، کانال، حفرة و غیره) ☐ ۲- برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد ☐ ۳- گیر کردن فرد بین شیئی ثابت و متحرک یا دو شیئی متحرک ☐ ۴- فشار بیش از حد بر فرد (اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلند کردن بار سنگین، هل دادن، کشیدن بار) ☐ ۵- تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ ☐ ۶- تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی) ☐ ۷- مسمومیت حاد شغلی ☐ ۸- پرتوگیری حاد ☐ ۹- سایر موارد ☐ ذکر علت آسیب شرح واقعه (به اختصار):					
نتایج:					
۱- ارائه کمک های اولیه سرپایی و بازگشت به کار مصدوم ☐ ۲- ارائه خدمات اولیه و ارجاع ☐ محل ارجاع ۲- ارائه خدمات پزشکی و گواهی استعلاجی سه روز و بیشتر ☐ ۴- بستری بدون عمل جراحی ☐ ۵- عمل جراحی ☐ ۶- فوت ☐					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:					
سمت:					
امضا:					



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کتات
مرکز آموزشی و درمانی ۵ آذر تهران

فرم گزارش شبه حادثه

گزارش شبه حادثه			
تاریخ تکمیل:		نام بخش / واحد:	
تاریخ وقوع شبه حادثه:			
تکمیل توسط شبه حادثه دیده	نام و نام خانوادگی:	سابقه کار:	
	سن:	شغل:	
	تحصیلات:	نوع فعالیت:	
	محل وقوع شبه حادثه:	زمان وقوع رویداد:	
	شرح شبه حادثه:		
کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل توسط	تجزیه و تحلیل علل شبه حادثه:		
	اقدامات کنترلی جهت پیشگیری از وقوع مجدد:		

امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای:

امضاء فرد حادثه دیده:

ایمنی در محیط کار:

ایمنی شرایطی است که منابع انسانی را از عوامل مضر می تواند سلامتی آنان را به خطر اندازد، مصون می دارد در سازمانها ادارات و مراکز صنعتی مسئولیت عمده ایمن سازی محیط کار به عهده مدیران سطح بالای آنها است. البته اهمیت همکاری کلیه کارکنان در محیط امن را نمی توان نادیده گرفت. بعبارت دیگر ایمنی کار عبارت است از : فراهم آوردن موجباتی که از بیماریها و حوادث ناشی از کارهای صنعتی و تجاری و ... جلوگیری می کند. یعنی هر چه تعداد حوادث کمتر باشد می توان گفت که ایمنی بیشتری در آن محیط وجود دارد. حوادث معمولاً نتیجه شرایط و یا عملیات نامطمئن و نا ایمن می باشند. شرایط نا ایمن شامل استفاده از تجهیزات بد طراحی شده و غیر مجهز، محیط پر خطر به عنوان نمونه، لیز بودن زمین بدلیل ریختن آب، ابزار و تجهیزات قدیمی و مستهلک، عملیات نامطمئن و نا ایمن از سوی کارکنان و بدلیل استفاده نامناسب از ابزار و تجهیزات است. باید توجه داشت که تمام عملیات غیر ایمن منتهی به حادثه نمی شود و تمام حوادث به آسیب و صدمه ختم نخواهد شد بسیاری از مسئولین رسیدگی و بررسی حوادث معتقدند که اکثر حوادث در نتیجه خطای انسانها بوجود می آیند. البته حوادثی نیز بدلیل نقص ابزار و تجهیزات یا محیط کاری نا ایمن رخ داده است. اما در بیشتر موارد به مزایای ایمنی ابزار و تجهیزات و محیط مطمئن از سوی کارکنان توجهی نشده، یا توصیه های ایمنی و احتیاط های لازم نادیده گرفته شده اند.

روش های طبقه بندی حوادث:

حوادث را می توان به روشهای گوناگونی طبقه بندی نمود:

- ۱) حوادث ناشی از خطاهای انسانی (خستگی، بی دقتی، شوخی و...)...
- ۲) حوادث ناشی از نقص فنی تجهیزات (نقص الکتریکی، نقص مکانیکی و...)...
- ۳) حوادث ناشی از شرایط محیطی و طبیعی مانند: عدم روشنایی کافی، تهویه نامناسب، سر و صدا، زلزله، صاعقه و...

روشهای پیشگیری از حوادث:

- (۱) وضع مقررات قانونی
- (۲) تعیین اصول و میزان ها
- (۳) بازرسی ها
- (۴) تحقیقات فنی
- (۵) تحقیقات پزشکی
- (۶) تحقیقات روانشناسی
- (۷) تحقیقات کاری
- (۸) آموزش و راهنمایی
- (۹) تشویق و تنبیه
- (۱۰) استفاده از سوابق برای تجزیه و تحلیل حوادث و در نظر گرفتن اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه

تعریف بحران و اندیکاسیون های اعلام بحران:

ویژگی های بحران:

- (۱) بحران عموماً غیر قابل پیش بینی است ؛ یعنی نمی توان پیش بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می افتد.
- (۲) بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند ، به محض وقوع بحران نیازمند کمک می شوند.
- (۳) ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند.
- (۴) در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود و اطلاعات مورد نیاز تصمیم گیرندگان ناقص است.
- (۵) زمان موجود برای پاسخ دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم گیری را به تعجب و حیرت وا می دارد.
- (۶) محدودیت و فشردگی زمان ، غافلگیری ، استرس و مخدوش شدن اطلاعات

مدیریت بحران:

فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران می گویند. مدیریت بحران ، علمی کاربردی است که به وسیله ی مشاهده ی سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها ، در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله ی آنها بتوان از بروز بحران ها پیشگیری نمود ؛ و یا در صورت بروز بحران در خصوص کاهش اثرات آن آمادگی لازم امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود.

امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها ، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی ونا کافی بودن قوانین و مقررات موجود ، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت ها بحران و روحیه ی تعاون و نوع دوستی در جامعه ، و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود . باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت.

وظایف و ویژگیهای مدیر بحران:

- (۷) آمادگی کامل برای هر گونه پیشامد
- (۸) پی ریزی دفاتر مطالعاتی ملی، منطقه ای و هماهنگ سازی آنها به نحوی که از دوباره کاری پرهیز شود
- (۹) تهیه بانک اطلاعاتی روز آمد برای استفاده هر چه بهتر آن
- (۱۰) استفاده از سیستم هشدار دهنده خطر گرچه هزینه بالایی را می طلبد

۱۱) تفکیک وظایف واحدهای امداد رسانی و انجام رزمایش های عملیاتی سالانه

۱۲) ایمن سازی شبکه ها و شریانهای حیاتی که شامل آب ، برق، سوخت ، ارتباطات جاده ای مخابراتی برج کنترل فرودگاهها و سدها و ... به دلیل اینکه شرایط منطقه پس از بحران نابسامان است در کوتاهترین زمان نمی توان به ترمیم این شبکه پرداخت زیرا این کار خود خسارات زیادی را به بار می آورد و از سرعت عمل امداد می کاهد

۱۳) تقویت بیمه در مناطق حادثه خیز حتی به صورت اجباری می توان ابعاد بحران را کاهش دهد ، چرا که با توجه به ابعاد حادثه ، پرداخت خسارت خود عامل بزرگی در رفع بحران است

۱۴) آگاهی افکار عمومی یکی دیگر از وظایف مدیر بحران است ؛ تا وقتی مردم قدم در این راه نگذارند تلاش دولتها بی فایده است .

۱۵) شناسایی انواع بحرانها ، ارزیابی ریسک و الویت بندی آنها

۱۶) تعیین ارتباطات بحرانی

۱۷) تعیین راهبردهای برخورد با رسانه ها

۱۸) تشکیل گروه مدیریت بحران و تهیه برنامه مدیریت بحران

۱۹) پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران

۲۰) تعیین روشهای مداخله در بحران

۲۱) تعیین روشهای سالم سازی

۲۲) برنامه ریزی ، سازماندهی و کوشش در جهت استفاده بهینه از منابع

اصول بحران:

اولین گام از مراحل بحران تعیین شرایط حادثه و وضعیت بیمارستان پس از قرار گرفتن در وضعیت نامتعادل حادثه می باشد. از این رو هر گونه اطلاع از وقوع خطر بسیار حیاتی و موثر در کاهش آسیب ناشی از حادثه و بحران وقوع آن می شود. سطوح بحران در واقع همان مراحل تغییر وضعیت قرار گیری بیمارستان در شرایط بحران میباشد.

بحران خفیف	بحران متوسط			بحران شدید			بحران خیلی شدید
ورود همزمان ۳ الی ۵ مصدوم به اورژانس	ورود همزمان ۶ الی ۱۰ مصدوم به اورژانس			ورود همزمان ۱۱ الی ۲۰ مصدوم به اورژانس			ورود همزمان بیش از ۲۰ مصدوم به اورژانس
توسط پزشک و پرسنل اورژانس با قطع خدمات دهی عادی، سرویس دهی می شود. سوپروایزر وقت در اورژانس حاضر خواهد شد. در این صورت نیاز با اعلان کد CPR اعضاء گروه کد نیز حاضر خواهند شد.	نام بخش	تعداد نیرو	وسایل و تجهیزاتی که پرسنل باید به همراه خود بیاورند	نام بخش	تعداد نیرو	وسایل و تجهیزاتی که پرسنل باید به همراه خود بیاورند	در هر بخش فقط یک نفر باقی مانده و بقیه پرسنل حاضر در بیمارستان باید جهت امداد رسانی در اورژانس حضور یابند. حضور مسئولین کلینیک ی بخش ها یا STAF آن ها الزامی است. فعال شدن کد از طریق سوپروایزر و فعال شدن چارت HICS یا جانشین های آن ها از طریق مرکز تلفن انجام می شود. در صورت نیاز از دیگر بیمارستان ها درخواست امداد رسانی پس از هماهنگی با مرکز EOC دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گلستان صورت پذیرد.
اعلام گزارش کتبی شرح حادثه، تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران	اعلام گزارش کتبی شرح حادثه، تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران	متوسط توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران	اعلام گزارش کتبی شرح حادثه، تعداد مصدوم و ساعت اعلان بحران	شدید توسط سوپروایزرین محترم به دبیر کمیته بحران طبق فرم شماره (۱) بحران	حضور یک متخصص داخلی یا بیهوشی در زمان بحران ۲ و ۳ در اورژانس تا پایان بحران ضروری است.	✓ اعلام کد در هر یک از مراحل به عهده پزشک اورژانس و بر اساس تعداد بیماران و وخامت حال آنها و گستردگی حادثه می باشد و اطلاع به سوپروایزر و مرکز تلفن صورت خواهد گرفت.	✓ در کد بحران (۱) ترجیحا مسئولین بیمارستان در جریان قرار خواهد گرفت ولی کد بحران (۲) و (۳) الزاما باید ریاست بیمارستان و جانشین وی و دبیر کمیته ی بحران در جریان قرار بگیرد. در کد بحران (۳) چارت HICS فعال می شود.

موارد قابل گزارش بیمارستان ۵ آذر از طرف سوپروایزر شیفت به مرکز هدایت عملیات دانشگاه EOC :

۱) حوادث ترافیکی با بیش از ۵ نفر مصدوم و یا ۳ نفر فوتی

۲) مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده علائم بیماری مشابه به بیش از یک نفر

۳) مشاهده ی علائمی از هرگونه همه گیری مانند اپیدمی و آندمی

۴) وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت

۵) سقوط بهمن، سیل ، طغیان رودخانه و طوفان

۶) مسمومیت با گازها به صورت گروهی

۷) بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک

۸) حوادث تروریستی

۹) هرگونه نشست سیاسی ، شورش ، تحصن و تجمع بیش از هزار نفر مانند وقایع ورزشی

(۱۰) هرگونه رویداد هوایی مانند سقوط هواپیما و بالگرد

(۱۱) کلیه بحران های داخلی بیمارستان

(۱۲) هرگونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار یا پشتیبان

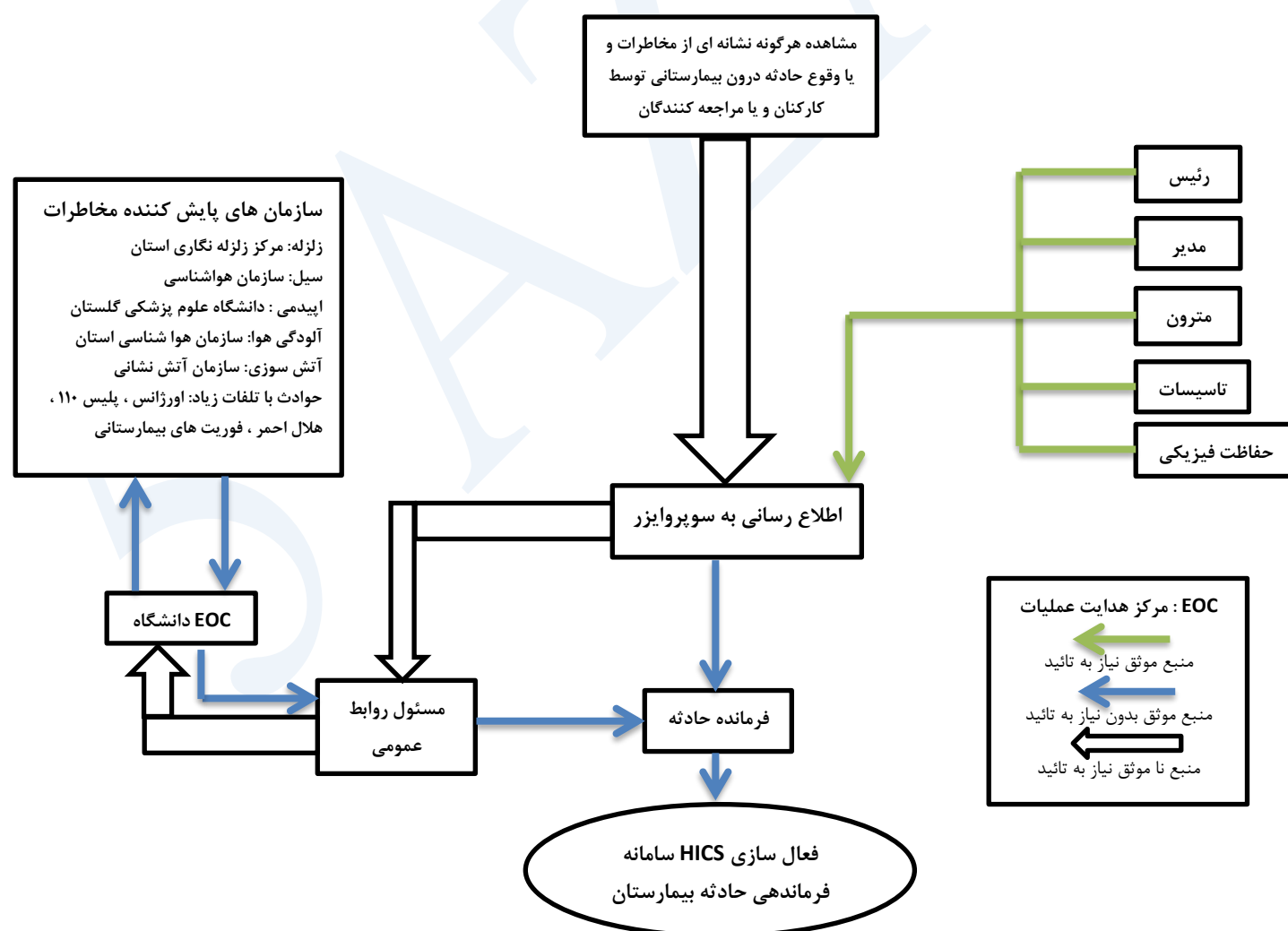
*کد بحران و کد تخلیه فقط با دستور ریاست و جانشین وی فعال می شود و کد آتش نشانی پس از اطلاع به سوپروایزر با شماره گیری ۳۵۹۰ از طرف سوپروایزر فعال می گردد.

وضعیت زرد: (اطلاع رسانی) در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی جهت فعال سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییری نمی کند.

وضعیت نارنجی: (آماده باش) در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کمافی نبودن اطلاعات نیاز نیست. لذا بخش فرماندهی و برنامه ریزی فعال می شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کامل تر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام میپذیرد.

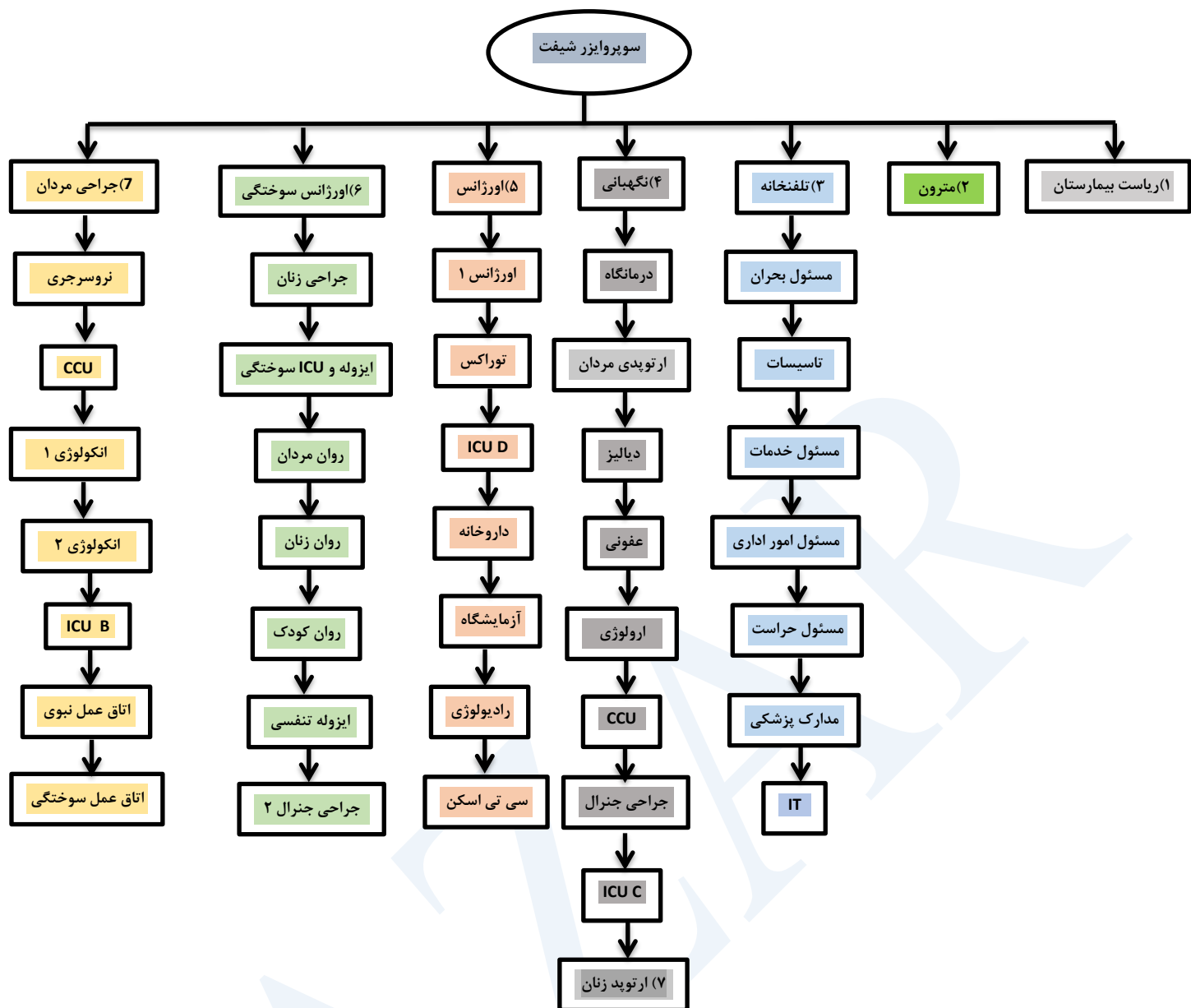
وضعیت قرمز: (فعال سازی) در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تختها و همچنین لغو عمل های الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند. EOC بیمارستان نیز فعال می شود.

سامانه هشدار سریع:



اطلاع رسانی در شرایط بحران بسیار مهم می باشد. در شرایط قطع زیر ساخت های ارتباطی اولین سیستم موثر در بیمارستان انتقال پیام توسط خود اعضا می باشد، که در فلو چارت ارتباطی بخش ها در شرایط بحران مشخص شده است.

اطلاع رسانی آبشاری:

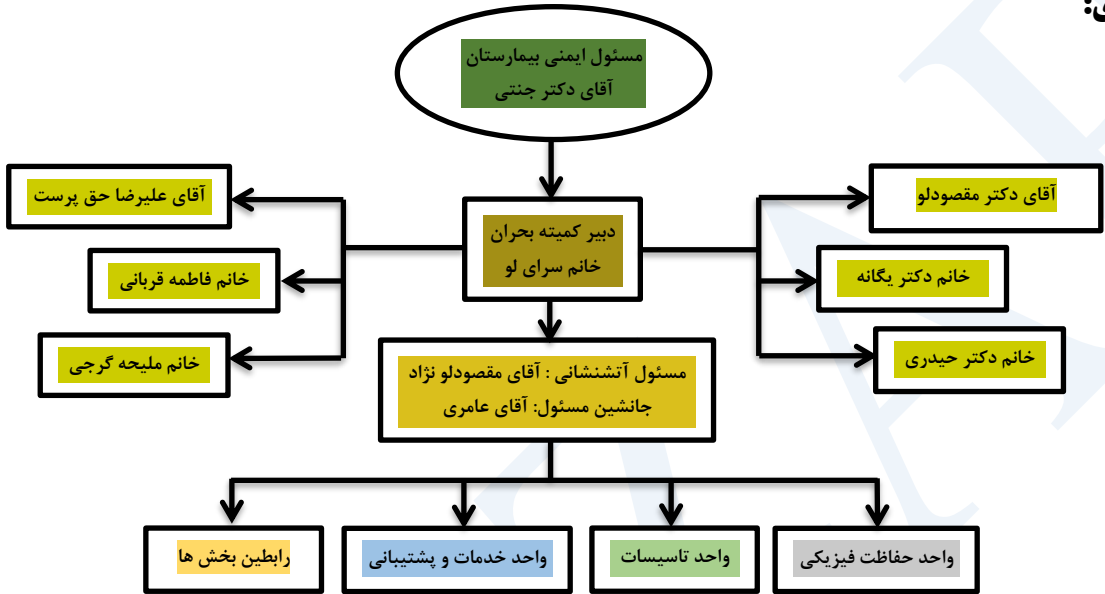


اعضای تیم ارزیابی ایمنی	عنوان سازمانی	اعضای تیم ارزیابی ایمنی	عنوان سازمانی
دکتر سید حسین حسینی	ریاست بیمارستان	محمدعلی مقصودلو نژاد	مسئول تاسیسات
دکتر محمدرضا زارع	مدیریت بیمارستان	الهه محمودی	مسئول ایمنی بیمارستان
دکتر حجت جنتی راد	مسئول فنی و مدیر درمان بیمارستان	مبینا صفاری	مسئول تجهیزات پزشکی
سید علی اکبر میراحمدی	مدیر خدمات پرستاری	محیا قوانلو	مسئول بهداشت محیط
محمود ملکش	مسئول حراست	علی قاسمی مفرد	مسئول خدمات
مژگان مزیدی	رئیس اداره بهبود کیفیت بیمارستان	رضوان امیدوار	مسئول بهداشت حرفه ای
فردیان جعفری	دبیر کمیته بحران	احمد آبسن	مسئول تدارکات
فرزانه دنیکو	کارشناس کنترل عفونت	علیرضا حق پرست	سوپروایزر اورژانس

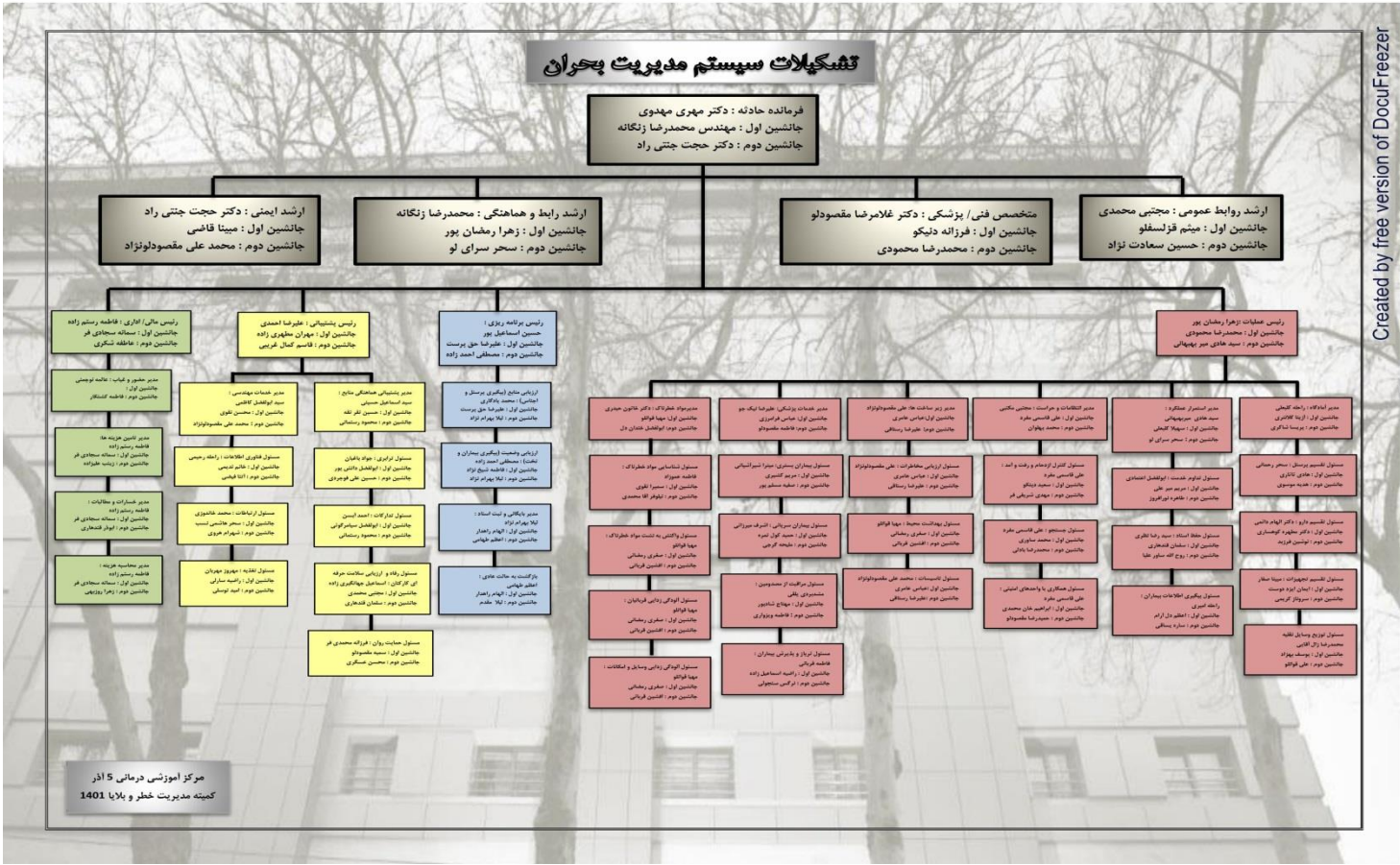
ساختار اعضاء تيم آتش نشاني (اطفاء حريق)

اسامي اعضاي تيم آتش نشاني	شماره تلفن	سمت / واحد
محمد علي مقصودلونزاد	۰۹۱۱۸۷۳۰۹۳۸	مسئول تيم آتش نشاني
عباس عامري	۰۹۱۱۳۷۳۴۱۹۷	جانشين مسئول

ساختار تيم واكنش اضطراري:

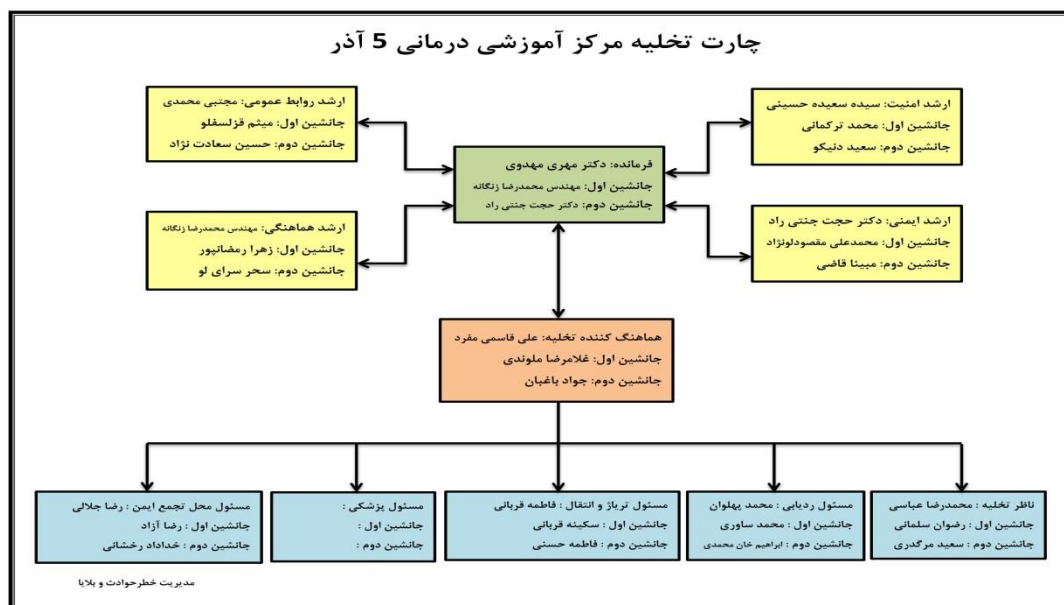


چارت بحران مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان:



کدهای مرکز آموزشی درمانی 5 آذر گرگان		
نوع کد	شماره کد	نوع اقدام
CPR	99	اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3550
تروما	44	اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3550
آمبولانس هوایی	350	اعلام کد از طریق سوپروایزر
CVA حاد	724	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
MI حاد	247	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
فوریت مامایی	215	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
شستشوی دست	55	اعلام کد از طریق سوپروایزر
بحران متوسط	331	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
بحران شدید	332	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
بحران خیلی شدید	333	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
حریق (آتش سوزی)	125	اطلاع به سوپروایزر و اعلام کد از طریق سوپروایزر
تخلیه بخش درمانی	22	اعلام کد از طریق سوپروایزر
تخلیه کل بیمارستان	100	اعلام کد از طریق سوپروایزر
انتظامات (نزاع)	110	اطلاع از طریق تلفن خانه با شماره داخلی 3590
خاتمه ی بحران	330	اعلام کد از طریق سوپروایزر

مدیریت خطر حوادث و بلایا



لیست تجهیزات و داروهای تخصصی CBRNE بیمارستانی (ویرایش اول سال ۱۳۹۹)	
ردیف	لیست تجهیزات حفاظت فردی و تجهیزات تخصصی CBRNE
1	عینک و شیلد
2	ماسک N95
3	روکشی ساقه بلند
4	لباس حفاظت فردی در مقابل عوامل مسری

ردیف	لیست داروهای CBRNE	دوز
۱	آمپول هیدروکسی کوبالامین	1000mg
۲	آمپول آمیل نیتريت (استنشاقی)	0/3 ml
۳	آمپول پرالیدوکسیم	g/10cc 200
۴	قرص یدید پتاسیم	130 mg- 65 mg
۵	اتانول ۲۰٪	300 cc
۶	شارکول (ذغال فعال)	0/4 mg/ml
۷	کپسول آبی پروس	500 mg

مکان های در نظر گرفته شده در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر جهت مخاطرات CBRN :



کنترل عفونت بیمارستان

در زمان عفونت بیمارستانی: عفونتی که به حداقل ۴۸-۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و خود پذیرش علائم آشکار عفونت مربوطه را نداشته و بیماری در دوره نهفتگی نباشد.

*شایعترین عفونت های بیمارستانی عبارتند از به ترتیب:

- عفونت ادراری
- عفونت تنفسی
- عفونت خونی
- عفونت عمل جراحی (عفونت سطحی)

پنج موقعیت بهداشت دست

- الف) قبل از تماس با بیمار
- ب) قبل از اقدامات درمانی تمیز و استریل (مورد الف و ب مهم تر هستند)
- ج) بعد از تماس با بیمار
- د) بعد از تماس با وسایل و محیط اطراف بیمار
- ه) بعد از تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار

*ترتیب پوشیدن وسایل حفاظتی:

الف) شستن دستها

ب) پوشیدن گان

ج) پوشیدن کلاه

د) ماسک

ه) محافظ صورت

ی) دستکش

*ترتیب خارج کردن وسایل حفاظتی:

الف) خارج کردن دستکش

ب) خارج کردن گان

ج) شستن دست ها

د) درآوردن محافظ صورت

ه) خارج کردن کلاه

و) خارج کردن ماسک

ی) شستن دست ها

در مواجهه شغلی چه باید کرد؟

منطقه مورد نظر را زیر شیر آب گرفته تا خونریزی قطع شود سپس با آب و صابون شسته و پانسمان انجام می دهیم و به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع می دهیم در صورت نبودن ایشان اطلاع به سوپروایزر کشیک

- در هنگام نیدل استیک شدن گرفتن نمون خون از خود و بیمار الزامی می باشد
- از سایر موارد در هنگام نیدل استیک شدن تکمیل فرم **مواجهه شغلی** می باشد
- در زمان نیدل استیک شدن حتما از بیمار آزمایش **Hiv , Hcv , HbsAg** انجام شود و از خود فرد هم نمونه جهت تیتر آنتی بادی انجام شود
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **Hcv** باید ۳ تا ۶ ماه بعد از نظر **HcvAB** چک شود.
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **Hiv** اگر **Hiv** محرز باشد باید فوراً درمان سه دارویی طی ۲۴ ساعت اول شروع شود در صورتیکه **Hiv** فرد مشخص نباشد باید با متخصص عفونی مشورت شود.
- در صورت نیدل استیک شدن با فرد **HBsAg** :
- اگر واکسیناسیون کامل **HBV** نداشته باشد باید ایمنوگلوبین + یک نوبت واکسن طی ۲۴ ساعت تزریق شود.
- اگر واکسیناسیون کامل داشته باشد و تیتر آنتی بادی ۱۲ ماهه بالای ۱۰ باشد اقدامی نیاز نیست
- اگر تیتر نداشت طی ۲۴ ساعت تعیین تیتر انجام شود که اگر کمتر از ۱۰ بود یک نوبت واکسن هیپاتیت انجام شود.
- تیتر آنتی بادی بصورت سالانه باید انجام شود

*انواع شستشوی دست را نام ببرید ؟

- ✓ **Hand rub** مدت زمان آن ۲۰ تا ۳۰ ثانیه
- ✓ **Hand wash** مدت زمان آن ۴۰ تا ۶۰ ثانیه
- ✓ . هنداسکراپ : شست و شوی دست قبل از جراحی با بتادین

• فرق هندراب و هندواش

- هندراب : شست و شوی دست با الکل و مایع الکل ۲۰ تا ۳۰ ثانیه
- هندواش : شست و شوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه.
- ❖ چه مواقعی **Hand wash** انجام می شود؟
- بعد از ۸-۶ بار هندراب کردن
- در صورت آلودگی واضح در دست
- ❖ چه مواقعی هند راب انجام میشود؟ طبق دستورالعمل **who** در ۵ موقعیت هندراب انجام می شود .
- الف) قبل از تماس با بیمار
- ب) قبل از اقدامات درمانی تمیز و استریل (مورد الف و ب مهم تر هستند)
- ج) بعد از تماس با بیمار
- د) بعد از تماس با وسایل و محیط اطراف بیمار
- ه) بعد از تماس با ترشحات و مایعات بدن بیمار

*پسماندهای بیمارستانی شامل:

پسماند عفونی، غیر عفونی، تیز و برنده، شیمیایی، پسماند های پرتوساز، پسماند های حاوی فلزات سنگین

روش درست شستن دست‌ها

در ۱۰ مرحله



دست‌ها را خیس کرده و بعد آن‌ها را صابونی کنید.



کف دست‌ها را با هم بشویید.



بین انگشتان را در قسمت پشت بشویید.



بین انگشتان را از روبرو بشویید.



نوک انگشتان را در هم گره کرده و به خوبی بشویید.



شست‌ها را جداگانه و دقیق بشویید.



خطوط کف دست را با نوک انگشتان بشویید.



دور مچ هر دو دست را بشویید.



دست‌ها را با دستمال خشک کنید.



با همان دستمال شیر آب را ببندید و دستمال را در سطل زباله بیاندازید.

ترتیب استفاده

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی



در آوردن دستکش



در آوردن گان



شستن دست



در آوردن عینک یا محافظ



در آوردن کلاه یا پوشش مو



در آوردن ماسک



شستن دست



ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی



شستن دست



پوشیدن گان



پوشیدن کلاه یا محافظت موهای سر (اختیاری)



ماسک



محافظت صورت یا عینک



دستکش

قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس

متن قانون :

۱- مؤسسات پزشکی، کلیه مراکز پزشکی و وابسته به پزشکی نظیر بیمارستان، زایشگاه، آزمایشگاه، آسایشگاه، آزمایشگاه، پلی کلینیک ها، مطب پزشکان و داروخانه ها و محل کار سایر اقشار پزشکی و مؤسسات فیزیوتراپی و الکترو فیزیوتراپی، هیدروتراپی، آزمایشگاه های تشخیص و پژوهشی، درمانگاه، رادیولوژی، مراکز پزشکی هسته ای، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بخش های تزریقات و پانسمان و یا هر تشکیلاتی که به هر نام و عنوان با اجازه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایجاد شده یا خواهد شد (اعم از بخش های دولتی- خصوصی و خیریه) و واحدهای مشابه در دانشگاه های علوم پزشکی و کلیه کارکنان فنی و اداری و خدماتی آنها مشمول این قانون می گردند. تبصره- کلیه وزارتخانه ها و سازمانها و موسساتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و به امر بهداشت و درمان می پردازند موظف به رعایت مقررات این قانون می باشند.

۲- در اجرای ماده (۳) قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۹ مهر ۱۳۶۴، این وزارتخانه موظف است به منظور انطباق امور درمانی، بهداشتی و آموزش پزشکی با موازین شرع مقدس اسلام، سیاست گذاری و برنامه ریزی و تدوین آیین نامه اجرایی جهت عملی نمودن انطباق امور مذکور با موازین شرع مقدس را به انجام رساند.

۳- به منظور نیل به اهداف مندرج در مواد این قانون شورایی بنام شورای عالی انطباق در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ریاست وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می گردد. اعضای این شورا به مدت دو سال به عضویت شورا منصوب می شوند. عبارتند از :

❖ معاون امور فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان قائم مقام و دبیر شورا

❖ معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

❖ معاون امور پشتیبانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

❖ معاون امور آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

❖ معاون امور بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

❖ رئیس نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه ها

❖ یک نفر از اعضای کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر به پیشنهاد کمیسیون مزبور و انتخاب مجلس

❖ یک نفر از اعضای کمیسیون امور زنان و جوانان و خانواده مجلس شورای اسلامی به عنوان ناظر به پیشنهاد کمیسیون و انتخاب مجلس

❖ رئیس سازمان نظام پزشکی یا نماینده تام الاختیار وی

❖ مشاور وزیر بهداشت در امور زنان

❖ دو نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

❖ دو نفر از روسای دانشگاه های علوم پزشکی کشور به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تبصره ۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند نسبت به تشکیل کمیته های انطباق در استانها اقدام نماید. کمیته های موضوع این ماده موظف خواهند بود نتایج اقدامات خود را به شورای عالی انطباق در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارش نمایند.

تبصره ۲- کمیته های انطباق استانی زیر نظر رئیس دانشگاه علوم پزشکی تشکیل می شود و موظف به اجرای مصوبات شورای عالی انطباق می باشند.

۴- اعتبارات مورد نیاز این قانون در سال جاری کماکان از ردیف ۴۲۲۶۰۰ (بند "و" و تبصره "۱۰") تامین می گردد و در سال های آتی با توجه به امکانات وزارت مربوطه عمل خواهد شد.

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است آیین نامه اجرایی این قانون را به گونه ای تنظیم نماید که با ارتقاء کیفیت خدمات پزشکی، همراه و بیمار در انتخاب پزشک مختار باشد و در ارائه خدمات اورژانس حفظ حیات بیمار بالاترین اولویت را داشته باشد.

۶- روسای دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مسئولین فنی و مدیران بیمارستانها و واحدهای بهداشتی درمانی مسئول حسن اجرای این قانون در استانها بوده و با بازرسی مستمر و نیز بر اساس شکایات وارده به مراجع ذیربط به تخلفات رسیدگی میکنند.

۷- آیین نامه اجرایی این قانون حداکثر ظرف مدت ۶ ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و پس از تصویب هیات وزیران لازم الاجرا می باشد و تا ابلاغ آیین نامه جدید، آیین نامه انطباق و اصلاحیه های بعدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کماکان به قوت خود باقی است.

ابلاغ آیین نامه اجرایی این قانون در سال ۱۳۸۰ توسط محمدرضا عارف معاون اول رییس جمهور ابلاغ شد.

فصل اول

بخشهای زنان و زایمان و اطاق عمل

بخش یک : محیط فیزیکی

ماده (۱) تفکیک کامل اتاقهای رختکن آقایان از خانمها (قبل از خط امان) اعم از پزشک، پرستار و خدمه می بایست حتی المقدور اتاقهایی انتخاب گردد که به سایر فضای اتاقهای عمل اشراق نداشته باشد و افراد بتوانند هنگام تعویض لباس کلیه شئون اخلاقی و اسلامی را رعایت نمایند. (بستن درب، کشیدن پرده و یا کرکره ها)

ماده (۲) تفکیک کامل اتاقهای غذاخوری، چایخوری آقایان از خانمها در کلیه ساعات شبانه روز (اعم از پزشکان، پرستاران و کادر خدمات)

ماده (۳) مجزا نمودن اتاقهای دستشویی (اسکراب) خانمها از آقایان با توجه به تفاوت های فیزیکی ساختمان ها با ابتکار عمل لازم در حد مقدورات از قبیل استفاده از پرده پاراوان

بخش دو: پوشش کارکنان و بیماران

ماده (۴) پوشش کارکنان مرد: پوشش کارکنان مرد اطاق عمل از پزشک، پرستار و خدمه می بایست طبق ضوابط تعیین شده زیر با رنگهای مناسب تهیه گردد.

الف - شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب که مچ آن به تناسب تنگتر (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب- قد پیراهن تا روی باسن با گشادی مناسب

ج - قد آستین تا ۱۰ سانتیمتر بالاتر از آرنج

د- یقه گرد (کاملاً دور گردن) با شکافی بطول ۱۵-۱۰ سانتیمتر در جلو که تقریباً با یجافی ۵ سانتیمتر رویهم قرار گیرد .

ه- کلاه مناسب بطوریکه تمام سر و موها را بپوشاند .

و- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رینگ سفید) استفاده شود .

تبصره (۱): به منظور رعایت کامل اصول بهداشتی، آقایانی که محاسن دارند از ماسکهای بزرگتر که پوشش لازم را ایجاد می نمایند استفاده نمایند .

۵- پوشش کارکنان زن: پوشش خانمها در اطاق عمل و اطاق زایمان اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات می بایست با شرایط تعیین شده زیر تهیه گردد :

الف- شلوار بلند با گشادی مناسب که مچ پا ی آن به تناسب تنگتر باشد (حداقل ۱۵ سانتیمتر)

ب- مانتو گشاد و بلند تا سر زانو

ج- قد آستین تا مچ و سرمچ ها می بایست بصورت کشباف جمع شود .

د- یقه گرد (دور گردن با شکافی ۱۵-۱۰ سانتیمتر در جلو که با سجافی ۵ سانتیمتر روی هم قرار گیرد)

ه- مقنعه به رنگ مناسب تا روی سینه که با دکمه های مانتو ثابت شود

و- جوراب سفید ضخیم و ساده

ز- کفش مخصوص اطاق عمل (پوتین با رنگ سفید)

ماده (۶) پوشش بیماران مرد: جهت بیماران مرد باید از گان و کلاه و یا سر بند که تمام موهایشان را بپوشاند استفاده شود .

ماده (۷) پوشش بیماران زن: جهت بیماران زن از گان و روسری بزرگ و مناسب که گردن و سینه های آنان را کاملاً بپوشاند استفاده شود .

تبصره (۲): کلیه بیماران باید در تمام مراحل عمل (باستثنای مواقع ضروری) با ملحفه یا شان عمل پوشانده شوند .

بخش ۳: روش اجرایی

۱- بیماران:

ماده (۸) بیمار باید با پوشش کامل مطابق ماده ۶-۷ توسط پرستار و بیمار بر بخش با آمادگی کامل جسمی به پرستار اطاق عمل تحویل شود .

ماده (۹) پرستار اطاق عمل ضمن رعایت کلیه مقررات مربوطه و پس از گرفتن آگاهیهای لازم به منظور حمایت روحی و معطوف نمودن توجه بیمار به معنویات و اتکا به خداوند و جلب اعتماد بیمار در مورد انجام خواسته هایش او را برای انجام عملیات هوشبری با رعایت موازین شرعی آماده می سازد .

ماده (۱۰) انتقال بیمار بر روی تخت عمل بوسیله پوشش های برزنتی با میله های متحرک و یا توسط پارچه (ملحفه) انجام پذیرد. تا از تماس مستقیم پرسنل اطاق عمل با اعضای بدن بیمار پیشگیری گردد .

ماده ۱۱) در صورتیکه بیمار احتیاج به سند مثانه دارد میبایست الزاماً افراد همگن عمل سنداژ را انجام دهند. اگر فرد همگن وجود نداشته باشد لازم است توسط خود پزشک انجام شود.

ماده ۱۲) در مورد بیمارانیکه لازم است از دستگاه مانیتورینگ استفاده نمایند، باید عمل گذاشتن الکترودها در مورد بیماران حتی الامکان بوسیله پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۳) تنظیم وضعیت بیمار (positioning) حتی المقدور با کمک پرسنل همگن انجام شود.

ماده ۱۴) هنگام تنظیم وضعیت بیمار و یا پرپ کردن که بدن بیمار در معرض دید قرار می گیرد الزاماً باید افرادی که حضور آنان ضروری نیست از اطاق خارج شوند.

ماده ۱۵) نواحی تناسلی بیمار هنگام تنظیم وضعیت بوسیله (شان، حوله، پد، گاز) پوشانیده شود.

ماده ۱۶) در هنگام پروپ کردن پوشانیده شدن کلیه اعضاء بدن بیمار به استثنای موضعی که لازم است پرپ شود کاملاً الزامی است و این عمل حتی الامکان توسط سیرکولر انجام شود.

ماده ۱۷) پرستار اسکراب در مورد اعمال جراحی نواحی تناسلی همگن انتخاب گردد و از حضور مستخدمین و پرسنل غیربهداشتی و درمانی غیرهمگن جلوگیری شود.

ماده ۱۸) پس از اتمام عمل جراحی و پانسمان محل عمل و برداشتن شان ها بیمار پوشیده شود و پس از اتمام عملیات هوشبری بیمار با پوشش کامل و رعایت مفاد ماده ۱۰ بر روی برانکارد به اتاق ریکاوری منتقل گردد.

ماده ۱۹) مراقبت و کنترل بیمار در اتاق ریکاوری با توجه به حالاتش (بیقراری و هذیان) حتی الامکان توسط پرستاران همگن (بویژه در مورد بیماران زن) انجام پذیرد.

ماده ۲۰) انتقال بیماران زن از اتاق ریکاوری به بخش حتماً باید به همراهی یک نفر از کادر پرستاری همگن انجام شود.

۲- کارکنان زن :

ماده ۲۱) رعایت پوشش کامل اسلامی (مانتو، شلوار، مقنعه، جوراب ضخیم و ساده) برای کلیه پرسنل اطاق عمل اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات کاملاً الزامی است استفاده از هرگونه زینت آلات و لوازم آرایش و مواد معطر و همچنین داشتن ناخن بلند و استفاده از برق ناخن اکیداً ممنوع می باشد.

ماده ۲۲) رفتار و گفتار همکاران زن بایستی بسیار متین و موقر و در حدود انجام وظایف محوله با رعایت کامل شئونات اسلامی باشد.

ماده ۲۳) با توجه به اینکه هنگام اسکراب کردن قسمت هایی از دست که نباید در معرض دید نامحرم قرار گیرد بالاجبار بایستی شسته شود همکاران زن اعم از پزشک و پرستار بایستی در محلهای پوشیده و دور از نگاه نامحرم (بستگی به موقعیت فیزیکی اطاق عمل دارد) اسکراب نمایند و آستین استریل را پوشیده و با رعایت موازین شرعی وارد اطاق عمل شوند.

ماده ۲۴) کمک کردن به جراح و کمک جراح و پرستار زن (بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق، مرتب کردن ماسک و مقنعه) بعهده همکاران زن می باشد.

ماده ۲۵) رعایت شئونات اسلامی در حین انجام اعمال جراحی (رفتار و گفتار) کاملاً الزامی است.

۳- کارکنان مرد :

ماده ۲۶) رعایت کامل پوشش اسلامی طبق ماده ۴ برای کلیه پرسنل اتاق عمل اعم از پزشک، پرستار و کادر خدمات الزامی است .
ماده ۲۷) کمک کردن به جراح و کمک جراح و اسکراب مرد (از قبیل بستن بندهای گان، دادن نوشیدنی، خشک کردن عرق و مرتب کردن ماسک) بعهده کارکنان مرد می باشد .

ماده ۲۸) رفتار و گفتار همکاران مرد باید در محدوده انجام وظایف محوله و با رعایت کامل شئونات اسلامی باشد .

ماده ۲۹) از بکار گماردن خدمه مرد در اتاقهای قبل از زایمان (Labor-Room) زایمان و بعد از زایمان باید خودداری شود و انجام امور مربوط به بیماران به عهده خدمه زن که از نیروی جسمانی بیشتری برخوردار هستند واگذار گردد.

تبصره سه : چون جایگزینی خدمتگزاران مرد فعلی بخشهای مذکور با خدمه زن مستلزم بکارگیری نیروهای تازه می باشد لذا لازم است حداکثر تا پایان سال جاری و با جابجایی های مقدوره به این مهم مبادرت گردد .

ماده ۳۰) مواد فوق الذکر به منظور رعایت موازین شرع مقدس اسلامی در اتاق های عمل و اتاق زایمان تنظیم گردیده و بکار نبردن کلمات اتاق زایمان در جایگاه های خاصی صرفا به منظور رعایت اختصار کلمه می باشد .

ماده ۳۱) نظارت و کنترل بر حسن اجرای مفاد این آئین نامه بعهده سرپرستار اتاق عمل و دفاتر پرستاری و ریاست بیمارستان ها و نهایتا حوزه معاونت فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. همچنین نظارت به حسن اجرای این آئین نامه در رابطه با بیمارستانهای خصوصی در هر استان به عهده مدیر کل سازمان منطقه ای بهداشت و درمان آن استان می باشد .

فصل دوم

مربوط به سایر مرکز درمانی :

مسائل مربوط به رادیولوژی :

به منظور انطباق مسائل فنی و تکنیکی رادیولوژی با موازین شرع مقدس لازم است موارد ذیل کاملا رعایت گردد :

در مرکز پرتونگاری (رادیولوژی) بایستی تلاش بر انجام پرتونگاری بیماران توسط افراد همگن باشد. برخی از تکنیکهایی که الزاما بایستی توسط پرسنل همگن انجام شوند عبارتند از :

الف) برخی از تکنیکها و روشها که الزاما بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس زن انجام پذیرد :

۱- باریم انمای خانم ها

۲- ماموگرافی

۳- اروگرافی خانم ها

۴- هیسترو گرافی و سالپینژوگرافی

ب) برخی از تکنیک ها و روش هایی که الزاما بایستی توسط تکنسین و یا کارشناس مرد انجام پذیرد :

۱- باریم انمای آقایان

۲- اروگرافی آقایان

۳- اپیدیدموگرافی

ج) پیشنهاد می گردد در صورتی که سونوگرافی توسط پزشک غیرهمگن انجام می شود یکی از محارم بیمار مربوطه نیز در محل انجام سونوگرافی حضور داشته باشد .

د) جهت انجام رادیوگرافی از کلیه نواحی بدن استفاده از لباس های کتانی و نخی نازک الزامی است .

ه) در صورتی که در یک رادیولوژی تعداد پزشکان و تکنسین های زن و مرد به حد کافی باشد رادیوگرافی بیماران زن الزاما بایستی توسط پزشک و تکنسین زن انجام شود و همچنین رادیوگرافی بیماران مرد الزاما بایستی توسط پزشک و تکنسین مرد انجام پذیرد.

در رادیولوژی ها اختلاط پرسنل زن و مرد بایستی به حداقل کاهش یابد .

مسائل مربوط به امور فنی فیزیوتراپی :

اصل کلی: نظر به ضرورت رعایت حدود شرعی در معاینات بیماران و ارائه خدمات درمانی توسط گروه همگن بایستی جهت گیری و برنامه ریزی ها به صورتی باشد که بتدریج به اصل مذکور جامعه عمل پوشیده شود .

۱- معاینه و درمان بیماران در صورتی که در مرکز درمانی به تعداد کافی تراپیست زن و مرد وجود داشته باشد بایستی توسط کادر درمانی همگن انجام پذیرد .

۲- در صورت ضرورت درمان توسط کادر غیرهمگن، پوشش نواحی غیر ضروری جهت درمان الزامی است و در موارد درمان با دستگاه دیاترمی، اعمال درمان در موضع بایستی با پوشش ملحفه انجام پذیرد .

۳- در موارد تمرین درمانی استفاده از دستکش توسط کادر درمانی غیرهمگن ضروری است .

۴- در موارد درمان بیماران زن توسط تراپیست مرد، وجود یکی از محارم بیمار در کابین درمان الزامی است .

۵- مسئولیت اجرای این آئین نامه در مراکز دولتی بعهدہ مدیریت موسسه خصوصی است .

مسائل مربوط به الکتروکاردیوگرافی ECG:

کلیه درمانگاه ها، کلینیک ها و بیمارستان ها موظفند که افرادی را جهت انجام E.C.G تربیت نمایند بطوریکه E.C.G بیماران زن توسط خانمها و E.C.G بیماران مرد توسط آقایان انجام شود.

تذکر :

۱- رعایت موضوع فوق در کلیه ساعات شبانه روز الزامی است .

۲- مکان انجام E.C.G طوری باید انتخاب شود مه محل تردد افراد غیرهمگن نباشد.

مسائل مربوط به آزمایشگاه ها :

رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است

۱- خونگیری از بیماران الزامی بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود .

۲- خونگیری در بخش بایستی در حفاظ پاراوان و در آزمایشگاه ها نیز در محلی که افراد غیرهمگن تردد نداشته باشد انجام گیرد کلیه آزمایشگاه هایی که تا کنون تاسیس یافته بایستی حتی المقدور محل کار خانم ها و آقایان را از یکدیگر مجزا نموده و در خصوص آزمایشگاه هایی که بعد این تاسیس می شوند پیش بینی و رعایت این مسئله الزامی است .

در کلیه آزمایشگاه ها بایستی حتی المقدور قسمت انتظار مراجعه کنندگان زن و مرد از یکدیگر مجزا باشد.

مسائل مربوط به تزریقات :

رعایت نکات ذیل در کلیه موارد الزامی است :

۱- تزریقات بیماران الزاما بایستی توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود .

۲- تزریقات بایستی در حفاظ پاراوان و یا محلی که مورد تردد افراد غیر همگن نباشد انجام شود .

رعایت موارد فوق در کلیه مراکز تزریقات و پانسمان، درمانگاه ها، کلینیک ها و بیمارستان ها الزامی است.

مسائل مربوط به امور دندانپزشکی :

اصل کلی: نظر به اهمیت ضرورت رعایت حدود شرعی در امور آموزشی و معاینات بیماران و ارائه خدمات درمانی توسط گروه همگن بایستی جهت گیری و برنامه ریزی ها به صورتی باشد که به تدریج به اصل مذکور جامه عمل پوشیده شود .

تبصره: بخش اطفال از این قاعده مستثنی است .

۱- در محیط بخش های درمانی در حین معاینه و درمان بیماران زن ملزم به استفاده از شان پرفوره می باشند .

۲- در موارد ضرورت، معاینه بیماران توسط دانشجویان غیرهمگن الزاما بایستی در مکان هایی که اشخاص ثالث حضور داشته و با تردد می نمایند انجام پذیرد .

۳- جهت رعایت موارد و بندهای فوق لازم است مسئولین پذیرش و پرستاری دقت لازم را بعمل آورند .

۴- استفاده از دانشجویان دختر و پسر از تاریک خانه رادیولوژی بایستی بصورت مجزا انجام پذیرد .

۵- مسئولیت اجرای این آئین نامه و تشخیص موارد استثنا و ضرورت های آموزشی بعهدہ مدیریت دانشکده باشد.

فصل سوم

امور آموزشی بخشهای زنان:

نظر به ضرورت رعایت حداکثر ممکن ضوابط شرعی در بخشهای بستری زنان در بیمارستانهای آموزشی، غیرآموزشی و بخش خصوصی مقرر می گردد :

۱- حذف معاینه ژنیتال در دوره کارآموزی و حذف حضور کارآموزان در اتاق زایمان و اتاق درد و بخش زنان بدیهی است گرفتن شرح حال از بیماران بستری در بخش زایمان بدون معاینه واژینال از قبیل: بیماری های طبی و حاملگی، استفراغ های شدید حاملگی، حاملگی و فشار خون بلامانع است و نیز حضور کارآموزان در درمانگاه مامایی (پرناتال) بدون معاینه واژینال برای آشنا شدن کارآموزان با سیر طبیعی حاملگی و بیماریهای سیستمیک و حاملگی نیز بلامانع است.

تبصره: دانشجویان مرد (کارآموزان مرد) لازم است کلاس های تئوری بخش زنان و زایمان را بگذرانند و در قسمت های عملی، ابتدا با مولاژ و عکس های شماتیک و سپس با فیلم و سیستم آموزشی ویدئویی برای دوره کارآموزی (انترنی) آماده شوند.

۲- منع کامل معاینه ژنیتال در درمانگاه زنان و بخش زنان توسط کارآموزان و کارورزان مرد .

۳- کارورزان مرد پس از کسب حداقل های لازم که در ذیل اشاره می شود مجاز به مشاهده و انجام زایمان و نیز مشاهده و معاینه ژنیتال نبوده و امور فوق توسط خواهران کارورز و دستیاران زن صورت می پذیرد .

الف) زایمان طبیعی و غیرطبیعی ۸ تا ۱۰ بار با نظر مربی مربوطه در طول دوره کارورزی برای کارورزان مرد .

تبصره: اگر در ۸ تا ۱۰ مورد فوق مواردی مثل خونریزی های غیرطبیعی بعد از زایمان از قبیل اینرسی، پارگی کول، پارگی واژن و یا باقی ماندن جفت و یا کورتاژ نباشد و چنین مواردی در طول مدت کارورزی پیش آید کاروز می تواند در این موارد شرکت نماید.

ب) دفعات مشاهده و کمک به عمل کورتاژ و یا عمل کورتاژ در دوره کارورزی حداکثر ۵ تا ۸ بار با نظر مربی - بسته به توانایی های کارورز توسط کارورزان مرد آنهم به منظور انجام موارد اورژانس مثل سقط جنین ناقص می باشد.

تبصره: یکی دو مورد از موارد فوق بایستی شامل خونریزی های شدید مل و یا خونریزی های شدید سقط ناقص باشد. بدیهی است قبل و یا بعد از انجام عمل کورتاژ مربی می تواند گذاشتن اسپیکلوم و معاینه واژینال را به کارورز آموزش دهد .

۴- در موارد فوق حضور بیش از یک یا حداکثر دو کارورز بر بالین بیمار ممنوع می باشد .

۵- لازم است پوشش مخصوص اطاق عمل مانند: گان و مقنعه مخصوص اطاق عمل و پوشیده بودن قسمت های دیگر بدن بیمار و پوشش سایر بیماران قبل از ورود کارورزان مرد به اطاق عمل و یا زایمان رعایت شود .

۶- در موارد فوق لازمست کارورز حتماً با حضور و راهنمایی یک دستیار زن و یا متخصص زن انجام وظیفه نمایند و به هیچ وجه حق ندارد به تنهایی بر بالین بیمار حضور یابد.

۷- ورود آقایان به اطاق هایی که بانوان در آن پوشیده نیستند با اعلام قبلی صورت پذیرد.

نمودار سازمانی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر

ریاست بیمارستان



قوانین و مقررات اداری

برای دریافت قوانین و مقررات اداری – مالی ماوس را روی کلمه "اینجا" قرار داده ، دکمه کنترل را روی صفحه کلید نگه داشته تا مکان نما به شکل دست تغییر یابد، سپس [اینجا](#) را کلیک کنید.