

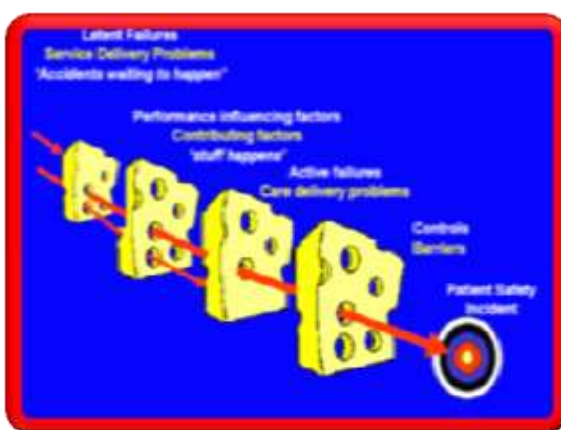


دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

کتابچه درسهای آموخته شده رخدادهای وقایع ناخواسته

سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱



تهیه و تنظیم:

مدیریت نقرات و اعتباربخشی (واحد رسیدگی به وقایع ناخواسته درمانی)

بهار ۱۴۰۲



فهرست مطالب

۳.....	مقدمه.....
۴.....	راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار.....
۶.....	راهنمای شناسایی صحیح بیمار.....
۹.....	راهنمای پیشگیری از جا گذاشتن هرگونه device در بدن.....
۱۱.....	راهنمای پیشگیری از ترک بدون اطلاع بیمار.....
۱۲.....	راهنمای پیشگیری از سوختگی بدن بال اقدامات درمانی.....
۱۳.....	راهنمای پیشگیری در اشتباه تزریق دارو.....
۱۶.....	راهنمای پیشگیری از واکنش همولیتیک بعلت تزریق خون اشتباه.....
۱۷.....	راهنمای پیشگیری از مرگ/عارضه مادر و نوزاد بدن بال زایمان.....
۲۰.....	راهنمای پیشگیری از مرگ/عارضه در حین عمل جراحی.....
۲۵.....	سناریو رخدادهای وقایع ناخواسته سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۰.....



مقدمه:

ایمنی بیمار جزء یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد. ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، ایمنی بیمار اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه و مرتبط با مراقبت است. آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغمازی از بیماران در مواجهه با سیستم های بهداشتی بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند و مشکلی بر مشکلات آنها افزوده می شود. در این راستا اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان مهیا نباشد و فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی امری بیهوده است.

در مسیر حرکت به سوی یک نظام سلامت ایمن تر، تغییر فرهنگ در مورد خطاها به فرهنگی که در آن خطاها نه به عنوان شکست های فردی بلکه بعنوان فرصت هایی برای ارتقاء و بهبود این نظام و جلوگیری از آسیب و زیان ها تلقی گردند. ایجاد فرهنگ ایمنی احتمالاً مشکل ترین چالش سازمان های ارائه کننده مراقبت سلامت در امر ارتقای جنبه های ایمنی در نظام مراقبت سلامت است. این امر مستلزم تغییر دیدگاه از حالت متمرکز فردی به دیدگاه وسیع تر مبتنی بر پایایی نظام می باشد.

از خصوصیات بارز فرهنگ ایمنی بیمار مواردی از قبیل: عدم پنهان سازی خطاها و آشکارسازی آن ها، آموزش کارکنان در زمینه امنیت و ایمنی بیمار، وجود سیستم گزارش دهی انواع خطاها، استفاده از سیستم گزارش دهی در جهت بهبود فرآیندها، وجود کار تیمی، ارتباطات شفاف بین واحدها و بخش ها و همکاری آنها با یکدیگر، در جهت منافع بیمار و توجه رهبری سازمان به امنیت می باشد. لذا یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد.

فرهنگ ایمنی بیمار باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد. به همین دلیل پیشگیری از آسیب های مرتبط با مراقبت های بهداشتی، درمانی بعنوان یک اصل کلیدی و کلی در مراقبت از بیمار مطرح می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی از جمله تحلیل ریشه ای، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی خطاها پرداخته و تمرکز اصلی این روش بر اصلاح فرآیند در سازمان و رویکرد عاری از سرزنش باشد. درس های آموخته شده از وقایع ناخواسته درمانی بعنوان شواهدی در برنامه ریزی، بازنگری برنامه و فرآیندها جزئی از فرهنگ جاری سازمان می باشد.

کتابچه تنظیم شده، به راهکارهای اصلاحی جهت پیشگیری از بروز برخی از رخدادهای ناخواسته درمانی و همچنین سناریوهای خطاهای رخ داده طی سال ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ و درس آموخته های گرفته شده، جهت بهره مندی همکاران/مخاطبان عزیز پرداخته است.



راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار

۱. ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...)
۲. مشخص بودن دقیق حدود فعالیت بیمار در پرونده (حد RBR)
۳. آموزش و نظارت به بیماران و همراهان جهت تهیه / استفاده از دمپایی های مناسب
۴. ارزیابی بیماران نیازمند استفاده از وسایل کمکی و تسهیل در دسترسی بیماران به واکر، ویلچر، عصا و...
۵. بالا بودن حفاظ تخت بیماران بصورت مداوم و نظارت بر این امر بصورت مستمر در طول شیفت
۶. ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده
۷. قرار دادن وسایل مورد نیاز بیماران در دسترس و آموزش خدمات/کمک پرستاران در این خصوص
۸. ارزیابی ایمنی بخش های بالینی/پاراکلینیکی و... از لحاظ پیشگیری از سقوط بیماران :
 - زنگ اخبار پرستار سالم در بخش های بالینی
 - برانکارد و ویلچرهای با چرخ های سالم و مجهز به نرده کنار تخت و کمر بند ایمنی
 - رفع لغزندگی و مشکلات رمپ (نصب ترمز گیر ، تغییر ساختار رمپ و)
 - بررسی وضعیت تخت های بیماران (سالم بودن تخت، بدسایدها و چرخ های تخت، مناسب بودن ارتفاع تخت از سطح زمین و...)
 - وجود هندریل در راهرو بخش ها، سرویس های بهداشتی، حمام و...
 - بررسی وضعیت نور سالن -اتاق بیماران و...
 - بررسی محیط از لحاظ خطرات تهدیدکننده ایمنی بیمار
 - جمع آوری وسایل اضافه از راهرو منتهی به سرویس های بهداشتی
 - ارزیابی مجهز بودن تخت بیماران به چهارپایه-صندلی راحتی-میز
 - ارزیابی واحدهای تصویربرداری (بالاخص مجهز بودن تخت ها به کمر بند ایمنی، سطح دید پرسنل از شیشه اتاقک تصویربرداری جهت اشراف کامل به بیمار و...) از لحاظ خطرات سقوط و...
۹. عدم رهاسازی بیمار در اتاق های درمان، معاینه، واحدهای تشخیصی بدون همراه/پرستار/کمک پرستار
۱۰. نقل و انتقال ایمن بیمار با همراهی پرستار بیمار توسط خدمات/کمک پرستار (بررسی وضعیت برانکارد/ویلچر قبل از قرارگیری بیمار، بالا بودن حفاظ برانکاردها، بستن کمر بند ایمنی، همراهی پرستار کنار بیمار تا زمان: انتقال کامل بیمار به تخت، وصل اتصالات و اطمینان از کارکرد اتصالات، بالا زدن بدساید تخت و ارائه شرح حال کامل به پرسنل تحویل گیرنده- در صورت انتقال جهت انجام خدمات تشخیصی، حضور پرستار کنار بیمار تا زمان بازگشت به تخت و...)
۱۱. ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) (در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب هر یک ساعت یکبار به بیمار سرکشی کنید و بررسی موارد: سطح درد بیمار، نیاز به اجابت مزاج، وضعیت دمپایی بیمار، اطمینان از قفل بودن تختها، سهولت دسترسی به زنگ احضار پرستار، بالا بودن بدساید و...)



۱۲. آموزش به بیماران کووید در زمینه سرگیجه بدنال عوارض بیماری و داروها و تاکید بر عدم خروج از تخت در زمان ضعف و بیحالی
۱۳. نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و...
۱۴. آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان
۱۵. اخذ شرح حال گیری/ارزیابی دقیق و مناسب بیماران در هر شیفت و ارائه اطلاعات کامل و صحیح در تحویل های بالینی بین پرسنل
۱۶. استفاده از روش های مختلف آموزش و یادگیری در بخش های اطفال و نوزادان جهت مادران (بعنوان مثال: تهیه پوستر رنگی جهت آموزش هر چه بیشتر به مادران و نصب در اتاقها، صرف زمان بیشتر در ارائه آموزشها و ...)
۱۷. تاکید به مادران در خصوص رعایت اصول ایمنی و آموزش عوارض احتمالی سقوط از تخت در کودکان
۱۸. ضرورت توجه ویژه و سرکشی مکرر بیماران در طی شیفت شب
۱۹. آموزش اثربخش و بکارگیری مناسب از دستورالعمل های مهار فیزیکی و شیمیایی در بیماران بقرار
۲۰. توجه به سابقه بیماری زمینه ای بیمار (اخذ شرح حال کامل و دقیق توسط پزشکان) و توجه ویژه به برطرف نمودن بیقراری بیمار باتوجه به علت زمینه ای
۲۱. نقل و انتقال ایمن بیماران بین پرسنل اتاق عمل و بخش (تاکید به پرسنل اتاق عمل در خصوص آرام نمودن بیمار آژیته/بیقرار و سپس انتقال از ریکاوری به بخش)
۲۲. تاکید به مسئولین شیفت ها در خصوص نظارت بر عملکرد صحیح پرسنل زیر مجموعه
۲۳. بررسی دقیق وضعیت بیماران بخصوص بیماران بقرار، بیماران با کاهش سطح هوشیاری، بیمارانی که تحت بیهوشی - بیحسی قرار گرفته اند، داروهای کاهنده سطح هوشیاری (sedation)، مخدر یا خواب آور دریافت میکنند و...
۲۴. فیکس کردن ویلچر، تخت و برانکارد هنگام قرار گرفتن بیمار برروی آن
۲۵. کنترل به لحاظ سقوط در بیمارانیکه داروهای مصرف می نمایند که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار تاثیرگذار است، زمانیکه دارو به بالاترین اثر خود میرسد
۲۶. بررسی دقیق وضعیت بیماران بدحال، آژیته و... (بویژه در بخش های مراقبت ویژه) از لحاظ اجازه خروج از بخش جهت انجام خدمات تشخیصی توسط پزشک مسئول و ثبت اجازه خروج از بخش در پرونده بیمار و همراهی توسط کادر حرفه ای واجدصلاحیت
۲۷. حتی الامکان استفاده از گرافی های پرتابل در بیماران با سطح هوشیاری کمتر از ۱۵ و جلوگیری از انتقال بیمار به واحد رادیولوژی
۲۸. تاکید و توجه ویژه پرسنل واحدهای پاراکلینیکی در تحویل و ارائه خدمات در بیماران پرخطر/بدحال و ارزیابی مناسب بیمار
۲۹. برگزاری کمپین آموزشی راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار
۳۰. ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار قبل از انتقال بیمار جهت اقدامات پاراکلینیک



راهنمای شناسایی صحیح بیماران

۱. شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران بستری و تمامی بخشها/واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپیه و مانند آنها بر اساس دستورالعمل ابلاغی
۲. شناسایی صحیح بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح (برای مثال: نتایج تست های آزمایشگاهی، نمونه گیری ها و پروسیجرها و خدمات تصویربرداری و...) قبل از ارائه خدمت/مراقبت است.
۳. الزام الصاق دستبند شناسایی جهت کلیه بیماران بستری (تحت نظر بخش اورژانس، اقدامات روزانه، بستری بخش ها)
۴. الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/خانواده (دستبند شناسایی بیمار توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد)
۵. تایید دریافت باند شناسایی توسط بیمار در پرونده بصورت کتبی
۶. مشخصات بیماران بصورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود (حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
۷. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۸. به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید شود.
۹. آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی
۱۰. تهیه و تعویض دستبندهای آسیب دیده یا گم شده، بصورت فوری توسط مرجع ذی صلاح (منشی بخش یا ...) در حین بستری بیماران
۱۱. تحویل و امحاء دستبند شناسایی بیماران در هنگام ترخیص توسط پرسنل بخش
۱۲. انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال در تمامی بخش های بالینی و پاراکلینیکی
۱۳. عدم استفاده از شماره اتاق و تخت بیمار بعنوان شناسه شناسایی بیماران
۱۴. آگاهی کارکنان مرتبط (در تمامی بخش های بیمارستان) از دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی/غیرتهاجمی
۱۵. آموزش و تاکید به تمام پرسنل بخصوص پرسنل واحدهای پاراکلینیکی جهت انجام صحیح فرایند شناسایی فعال (خود اظهاری توسط بیمار) و کنترل دستبند شناسایی بیماران درتمام مراحل پروسیجرهای تشخیصی و درمانی (شناسایی صحیح بیماران بر اساس ضوابط ایمنی بیمار در زمان پذیرش، فراخوان و هدایت به اتاقهای تصویر برداری و قبل از انجام هرگونه اقدام به تصویر برداری)
۱۶. لزوم انجام پروسیجر صحیح بر روی عضو صحیح از بیمار صحیح در بخش تصویربرداری
۱۷. برخی حیطه های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود و نیاز به توجه بالاتری دارند
 - ✓ دارو دهی به بیماران
 - ✓ فلبوتومی
 - ✓ ترانسفوزیون خون
 - ✓ اقدامات تهاجمی
 - ✓ اعمال جراحی



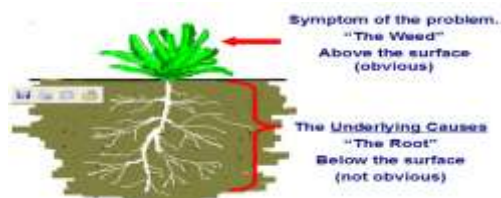
- ✓ اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی (مانند تصویربرداری ها)، ثبت و گزارش نتایج (بیشترین علت خطا در سه ماهه اول در مراکز درمانی البرز بوده است)
- ✓ ترخیص نوزادان
- ✓ خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها
- ✓ انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تمت گاید، دیالیز و سایر)
- ✓ ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند بهکارگیری نیروها از سایر بخشها در قالب اضافه کار)
- ✓ بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه
- ✓ بیماران تازه وارد اورژانس

روش شناسایی صحیح فعال بیماران

- از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید
- پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید
- اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید
- به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط بصورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

- دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله از بیمار درخواست نماید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی، بیمار صحیح را شناسایی نمایند.
- در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر/ عمل جراحی، در صورتیکه بیمار هوشیار است: از بیمار درخواست شود که نام و نام خانوادگی، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل خود را به زبان آورد. جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خود اظهاری تطبیق داده شود- نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خود اظهاری وی تطبیق دهید.
- استفاده از چک لیستهای قبل از عمل (رعایت دستورالعمل های ایمنی بیمار در تحویل/تحويل بیمار به اتاق عمل)
- انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل با حضور پرستار و رعایت اصول ایمنی صورت میپذیرد
- رعایت فرآیندهای تأیید کننده (مانند چک لیست جراح، به منظور اجتناب از خطاهای ناشی از بیمار اشتباه، طرف اشتباه بدن و پروسیجر اشتباه)
- تحویل ایمن بیماران در اتاق عمل جراحی و اخذ شرح حال گیری کامل و بررسی دقیق پرونده و نتایج پاراکلینیکی و... مطابق دستورالعمل های ابلاغی (انطباق مشخصات هویتی بیمار طبق دستبند شناسایی با پرونده بیمار و محتویات و ضمایم همراه (مانند گرافیها) با انجام شناسایی فعال



- ضرورت رعایت اصول عمومی جراحی ایمن (تایید بیمار، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذتصمیم به عمل بیمار تا هنگام انجام عمل جراحی - علامت گذاری صحیح موضع عمل - کسب اطمینان از وجود برگه رضایت آگاهانه بیمار به نحوی که بیمار آگاهی کامل نسبت به جراحی، موضع جراحی، عوارض و... دارد
- شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت قبل از انجام پروسیجرهای پاراکلینیکی، تهاجمی و غیرتهاجمی
- لزوم عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل، حین و پس از پروسیجر جراحی منطبق بر " دستورالعمل جراحی ایمن "

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

- الزام وجود خط مشی و ضوابط مکتوب و مدون در ارتباط با نحوه نام گذاری و مدیریت نمونه های خونی و سایر نمونه ها
- برچسب کلیه نمونه ها بایستی واجد نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد بیمار یا مددجو، نام بخش، شماره پذیرش / شماره پرونده و نام آزمایشات مورد درخواست باشد و از برچسب ها در بالین بیماربر روی لوله های نمونه چسبانیده شوند.
- الزامیست در بیماران بستری برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار صورت گیرد.
- برگه درخواست آزمایشات بایستی در قبال شناسه های اصلی بیمار کنترل شود و پس از کسب اطمینان از نوع آزمایشات درخواستی برچسب مشخصات بیمار به لوله/ ظرف نمونه گیری به نحوی الصاق شود که از بروز اشتباه پیشگیری نماید و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.
- برچسب مشخصات مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری چسبانده شود.
- در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها، بهتر است نمونه گیری مجدد انجام شود و فرآیندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.



راهنمای پیشگیری از جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و ... در بدن بیمار

به منظور پیشگیری از جای ماندن ابزار و ... در زخم های جراحی:

۱. در اعمال جراحی شکمی، خلف شکمی، لگن و سینه ای: شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزنها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هرگونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است). شمارش در شروع و خاتمه هر پروسیجر (قبل از بستن ناحیه جراحی/زخم)
۲. ثبت صحیح و دقیق شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش در برد اتاق جراحی، گزارش پرستاری و پرونده بیمار (شرح عمل جراحی)
۳. بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی (شمارش ها باید بصورت دوفره انجام گیرد)
۴. تاکید و نظارت مستمر و دقیق بر عملکرد تیم های جراحی در اتاق های عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن
۵. نصب الگوریتم/چک لیست جراحی ایمن در معرض دید پرسنل اتاق عمل (پزشکان و کادر بالینی اتاق عمل) جهت یادآوری مستمر و بهره برداری. (مطابق مرحله آخر جراحی ایمن (اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)، با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح، صحت تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن، مشخص و تایید میگردد)
۶. جستجوی منظم زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی
۷. شمارش برای هرگونه پروسیجری که احتمال احتباس اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی در حفره بدن بیمار می رود. شمارش در شروع و خاتمه هر پروسیجر
۸. خودداری از خروج لوازم از اتاق جراحی تا خاتمه عمل و اعلام/انجام خاتمه جراحی زمانی که شمارش صحیح اعلام سوزن، گازها، لوازم انجام و اعلام گردد.
۹. پیشنهاد میگردد در صورت امکان از سیستم های معتبر و خودکار شمارش اسفنج ها نظیر بارکد و... استفاده گردد (استفاده از اسکنرهای الکترونیکی و سیستم های ردیاب گاز و پنبه به منظور جلوگیری از به جا ماندن وسایل جراحی در بدن بیمار)
۱۰. تاکید و آموزش برقراری ارتباط موثر، تبادل صحیح اطلاعات و انجام کار تیمی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن در اتاق های جراحی/انجام پروسیجرهای تهاجمی
۱۱. ضرورت عملکرد دستیاران تخصصی (در سالهای مختلف) در مراکز آموزشی-درمانی مطابق کوریکولوم آموزشی و نظارت و پایش اعضاء محترم هیات علمی و معاونین درمان و آموزش مراکز بر این امر
۱۲. ثبت دقیق و صحیح ناحیه (سمت) انجام پروسیجر در برگه شرح عمل جراحی توسط پزشک مربوطه
۱۳. ثبت دقیق و صحیح خارج سازی کاتتر در پرونده توسط رزیدنت/پزشک مربوطه
۱۴. اخذ رضایت آگاهانه قبل از انجام پروسیجرهای تهاجمی مطابق دستورالعمل
۱۵. نظارت اعضاء هیات علمی در مراکز آموزشی درمانی بر عملکرد دستیاران تخصصی و انجام پروسیجرهای تهاجمی مطابق کوریکولوم آموزشی توسط دستیاران با نظارت و اطلاع اتندهای مربوطه
۱۶. خارج سازی کاتترهای اپیدورال، گایدوایر و... مطابق دستورالعمل توسط پزشک معالج و جلوگیری از خارج سازی کاتترهای خارج از شرح وظایف توسط کارشناسان پرستاری، بیهوشی، اتاق عمل و...
۱۷. ضرورت برجسب گذاری کاتترهای پرخطر (مانند کاتترهای شریانی، اپیدورال و...)
۱۸. آموزش اثربخش و رعایت دستورالعمل ایمنی مراقبت از اتصالات کاتترها و لوله ها جهت کلیه پرسنل درمانی
۱۹. تاکید و نظارت جدی بر عدم استفاده از تلفن همراه در اتاق های جراحی



۲۰. نظارت بر برنامه اعمال جراحی اتاق های عمل (مطابق دستورالعمل) در سه شیفت صبح و عصر و شب، جلوگیری از شلوغی بیش از حد اتاق عمل در برخی شیفت ها که میتواند منجر به افزایش خطاهای جراحی و به خطر افتادن ایمنی بیمار شود (لزوم فعال نمودن اتاق های جراحی مطابق دستورالعمل)

۲۱. نظارت بر زمان تحویل و تحویل بیماران به اتاق عمل و جلوگیری از انتقال بیماران در زمان تعویض شیفت های بالینی (مگر در موارد اورژانسی)

۲۲. چینش مناسب نیروهای اتاق های جراحی قبل از شروع اعمال جراحی و...



راهنمای پیشگیری از مفقود شدن بیمار در زمان بستری بیش از ۴ ساعت / ترک بدون اطلاع بیمار

۱. همراهی پرستار/کمک پرستار با بیمار جهت انجام خدمات تشخیصی خارج از بخش
۲. ضرورت نظارت مسئول شیفت و سوپروایزران بالینی بر نحوه نقل و انتقال بیماران جهت انجام اقدامات تشخیصی
۳. لزوم حضور مداوم پرسنل حفاظت فیزیکی در بخش اورژانس و توجه و دقت بالا به ورود/خروج بیماران با کنترل برگه پذیرش/ترخیص
۴. آموزش اثربخش کلیه کارکنان بالینی/غیربالینی و رعایت دستورالعمل های ایمنی در زمان ترخیص بیماران
۵. پیگیری بیماران با مشکلات مالی در پرداخت هزینه های بیمارستان توسط واحد مددکاری
۶. نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی بر خروجی های بیمارستان (بالاخص در شیفتهای شب)
۷. نظارت دقیق پرسنل بخش بر حضور بیماران در بخش
۸. تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز
۹. شناسایی افراد پرریسک برای مراقبت های بیشتر
۱۰. کنترل منظم بخش های اورژانس
۱۱. ارتباط مناسب و تعامل با بیمار و همراهان او
۱۲. آشنا کردن بیمار و همراه به سیاست ترخیص به میل شخصی
۱۳. ثبت دقیق اطلاعات بیمار برای کاهش ریسک فرار یا دسترسی داشتن به او پس از فرار
۱۴. حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان
۱۵. نظارت دقیق بر عدم هرگونه تعجیل در ترخیص بیماران که منجر به ترخیص غیرایمن میشود
۱۶. انجام واکد راندهای موثر و صحیح ایمنی بیمار در تمامی بخش های بالینی و پیاده سازی صحیح استانداردهای ایمنی
۱۷. لزوم مجهز نمودن تمامی پنجره ها به حفاظ جهت جلوگیری از فرار و سقوط بیماران
۱۸. آموزش عملیاتی و اثربخش انجام صحیح ارزیابی اولیه و کامل بیماران جهت گروه پرستاری
۱۹. تدوین و ابلاغ دستورالعمل نحوه ارزیابی، اقدام و ... درخصوص بیماران با احتمال/سابقه فرار- ترک بدون اطلاع
۲۰. بستری بیماران آسیب پذیر در اتاق های نزدیک استیشن پرستاری و پایش مستمر بیماران
۲۱. آموزش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت خروج از بخش و بیمارستان
۲۲. نظارت بر افراد ملاقات کننده بیماران با مشکل اعتیاد و دارای ریسک فاکتورهای احتمال فرار
۲۳. اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکل اعتیاد در بخش به کارکنان حراست و سوپروایزر بالینی
۲۴. بازدید های دوره ای توسط واحد نگهبانی از کلیه بخش ها و کنترل حضور بیماران در بخش



راهنمای پیشگیری از سوختگی بدن بال اقدامات درمانی مانند الکتروود اطاق عمل و...

۱. نظارت بر تمیز بودن قلم کوتر چند بار مصرف (اطمینان از اثرات چسبندگی بافت های قبلی)
۲. انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محل های استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت، حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و...)
۳. نظارت بر اتصال محکم و ثابت پلیت با پوست
۴. بررسی دستگاه کوتر بصورت دوره ای توسط تجهیزات پزشکی و شرکت مربوطه (کالیبراسیون دستگاه کوتر)
۵. بررسی دستگاه الکتروکوتر و لوازم آن قبل از عمل جراحی، جهت اطمینان از صحت کارکرد رابط ها و اتصالات استفاده از قلم کوتر
۶. نظارت بر تمیز نمودن سطح پلیت و اطمینان از خشک بودن پلیت قبل از استفاده
۷. بازبینی و کنترل سیستم ارت توسط شرکت مربوطه مطابق دستورالعمل
۸. تعمیر یا تعویض کیلیپس اتصال به تشک ارت اتاق عمل های جراحی مطابق دستورالعمل
۹. استفاده از شان ضد آب یا دروشیت مناسب زیر برزنت (اطمینان از خشک بودن ملحفه ها و دروشیت های مورد استفاده برای بیمار)
۱۰. استفاده از رینگ ژله ای مناسب جهت زیر دستها و پا های بیمار
۱۱. کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب
۱۲. بررسی تاریخ انقضا پلیت ها و مارک آنها
۱۳. در صورت بروز صدمه به پلیت یا قلم کوتر باید فوراً از ناحیه عمل جراحی خارج شود و وسیله سالم جایگزین گردد
۱۴. بررسی کنسول برق اتاق عمل ها بطور دوره ای - بررسی و اصلاح سیستم تنظیم دمای اتاق عمل توسط مسئول واحد تاسیسات
۱۵. تعویض شان های اتاق عمل
۱۶. استفاده از پلیت های با مرغوبیت بالای چسب
۱۷. پیشنهاد تهیه و استفاده از دستگاه های کوتر مدرن (در صورتیکه پلیت از بدن جدا شده باشد با آلام کاربر را متوجه میسازند)
۱۸. ایزوله کردن بیمار از قسمت های فلزی تخت
۱۹. اطمینان از خروج کلیه وسایل فلزی و زیورآلات بیمار در اتاق عمل
۲۰. استفاده صحیح از قلم کوتر مطابق دستورالعمل شرکت سازنده
۲۱. آموزش و تاکید مجدد دستورالعمل محل مناسب شیو قبل از عمل جراحی ابلاغی به کلیه کادر پرستاری و اتاق عمل
۲۲. نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل جهت عدم گذاشتن پلیت کوتر روی محل شیو نشده طبق دستورالعمل ابلاغی فوق (انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محل های استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت، حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و...)
۲۳. ابلاغ مجدد دستورالعمل تحویل و تحول صحیح بیماران و نظارت بر فرآیند تحویل و تحول بیماران در اتاق عمل
۲۴. تاکید مجدد بر کنترل محل شیو قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مربوط و در اتاق عمل توسط تکنسین قبل از انتقال به تخت جراحی و گذاشتن کوتر
۲۵. امتحان و کنترل دستگاه کوتر از نظر سلامت الکتریکی (بررسی سیمها و مسیر آنها تا دستگاه از نظر وجود صدمه ، بریدگی ، پوسیدگی و تحویل موارد خطرناک جهت تامین جایگزین به مسئول اتاق عمل و تحویل وسیله سالم)
۲۶. نظارت بر عملکرد پرسنل اتاق عمل
۲۷. مدیریت اعمال جراحی در اتاق عمل در تمامی شیفت های بالینی
۲۸. تهیه و استفاده از ابزار گرم کننده ایمن و استاندارد برای نوزادان حین جراحی



راهنمای پیشگیری از اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق و...

۱. اخذ شرح حال گیری دقیق و مناسب، انجام تلفیق دارویی و درج صحیح /واضح آن در پرونده بیمار در هنگام پذیرش توسط پزشک معالج و ... مطابق دستورالعمل های وزارتی
۲. توجه به اخذ شرح حال دقیق از بیماران آگاه، همراهان مطلع وآگاه بیمار درخصوص سوابق داروهای مصرفی بیمار، سوابق حساسیتی بیماران توسط پزشکان وپرستاران و یا مراجعه به سوابق موجود در پرونده بیماران در مراکز درمانی محل وقوع عارضه حساسیتی قبلی
۳. آموزش اثربخش و تاکید بر کادر درمانی درخصوص ضرورت توجه دقیق به نام فرآورده، تاریخ انقضاء، میزان دارو و روش استفاده مندرج بر روی بسته بندی، ویال، آمپول و سایر اشکال دارویی (در تمامی مراحل تجویز، تزریق و دارودهی)
۴. تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی در هربار تجویز و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و... بویژه در ترالی اورژانس که محتوی داروهای باهشدار بالا و اشکال مشابه در فواصل بسیار نزدیک بهم قرار دارند.
۵. رعایت و نظارت جدی بر اجرای صحیح بخشنامه برچسب گذاری و استفاده از داروهای باهشدار بالا و مشابه
۶. نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در بخش
۷. شناسایی داروهای با هشدار بالا در فرمولاری بیمارستان
۸. برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ترالی های اورژانس، محل های نگهداری دارو در بخش، اتاق های عمل و غیره (برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع) مطابق دستورالعمل های وزارتی)
۹. کنترل مجدد داروهای با هشدار بالا
۱۰. عدم قراردادن الکترولیت های باغلظت بالا با اشکال مشابه در استوک پرستاری (الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد) بر روی آن نصب شود (در بخش های ویژه الکترولیت های با غلظت بالا موجود در بالین و یونیت بیمار را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده و تجویز آن ها را با روش چک مستقل دو گانه انجام گردد)
۱۱. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه میباشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود
۱۲. دسترسی کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای هشدار بالا مانند اشکال دارویی، دوزها، طریقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای دارویی
۱۳. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)
۱۴. ثبت خوانا، دقیق و کامل دستورات دارویی در پرونده توسط پزشکان -درج دقیق و واضح دستورات دارویی جدید و تغییرات ایجادشده نسبت به دستور دارویی قبلی در پرونده بیمار، جلب توجه پرستاران به دستورات جدید در پرونده با هایلایت نمودن دستورات دارویی جدید توسط پزشکان، همچنین اجتناب از اختصارنویسی و خط ناخوانا و نوشتن ناواضح نام برند در دستورات دارویی
۱۵. توجه دقیق به چک دستورات پزشک، مطابقت دستورات پرونده با کاردکس دارویی و چک کاردکس دارویی با داروهای بیمار توسط کادر پرستاری (چک کردن مشخصات بیمار و کاردکس دارویی در بالین بیمار در زمان دارو دهی و در صورت امکان انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس دارویی توسط پرستار دیگری بازخوانی شود
۱۶. چک مجدد دستورات دارویی پرونده ناخوانا و شک برانگیز با پزشک معالج، قبل از ثبت در کاردکس - اصلاح مجدد دستورات ناخوانا در پرونده بیماران توسط پزشک معالج



۱۷. نظارت دقیق سرپرستان بر تطابق دستورات دارویی ثبت در پرونده با کاردکس دارویی بیماران
۱۸. تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی (نام دارو، دوز دارو، روش استفاده مندرج بر روی دارو، تاریخ انقضاء و ...) در هر بار نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، تجویز و دارودهی توسط کادر درمانی در بخش ها و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و... (به ویژه در ترالی اورژانس که محتوی داروهای با هشدار بالا و اشکال مشابه در فواصل بسیار نزدیک به هم قرار دارند)
۱۹. الصاق برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست (در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نباید هرگز در حالت آزاد قرار گیرد)
۲۰. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود
۲۱. ارائه آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی
۲۲. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی بویژه درخصوص داروهای باتلفظ مشابه و باهشدار بالا (در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تایید دستور داده شده استفاده شود)
۲۳. عدم استفاده از داروهای فاقد برچسب مشخصات/ برچسب مشخصات مخدوش
۲۴. ویال پتاسیم را در تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) و ترالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبد های قرمز متناسب نگهداری نموده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب شود
۲۵. رعایت اصول دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار:
 - داروی صحیح
 - راه صحیح
 - زمان صحیح
 - دوز صحیح
 - بیمار صحیح
 - مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار بستری
 - درج شفاف نام و جزئیات تماس پزشک تجویز کننده نسخه دارویی
 - آموزش به بیمار/همراه وی در ارتباط با دستوردارویی داده شده (حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده)
۲۶. پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی
۲۷. بازنگری فهرست داروهای مشابه در فواصل دوره ای منظم و نصب فهرست/یادآور در بخش های بستری (تهیه لیست داروهای مشابه با ذکر تمام مشخصات دارو شامل نام، شکل و دوز دارو، شرکت سازنده و تصویر داروهای مشابه در مراکز درمانی و بررسی و بازنگری دوره ای آنها و همچنین تهیه پوسترهای رنگی از داروهای مشابه موجود در بیمارستان و آموزش های مستمر پرستاران و کارکنان داروخانه در خصوص افزایش دقت به نام فرآورده مندرج بر روی بسته بندی داروها در زمان تحویل دارو و دارو دهی به بیماران، با توجه به اینکه بیشترین موارد پتانسیل وقوع اشتباهات دارو پزشکی مربوط به شباهت ظاهری و نام گذاری برخی فرآورده ها عنوان شده است)
۲۸. برچسب گذاری داروهای مشابه (زردرنگ) و داروهای پرخطر (قرمز رنگ) به نحوی که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد
۲۹. جداسازی داروهای با هشدار بالا در طبقات مخصوص داخل یخچال به نحوی که با سایر داروها اشتباه نشود (بالاخص در یخچال های کوچک)
۳۰. عدم استفاده از انبارش دارویی بر حسب حروف الفبا



۳۱. تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظتهای مختلف به صورت حفاظت شده
۳۲. تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان
۳۳. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی
۳۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۳۵. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظتهای دارویی
۳۶. آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوتهای مورفین و هیدرومورفین ارائه
۳۷. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه/ بخشهای بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
۳۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتها
۳۹. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد دوم
۴۰. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکال و بلو موضعی عصب انفوزیه میشود
۴۱. تهیه و آماده سازی داروها در داروخانه بصورت بیمار محور و با رعایت دقیق نحوه انجام بسته بندی مجدد تحت نظارت داروساز و پرهیز از ارسال گلوبال دارو به بخش (نظارت بر نسخه پیچی بصورت بیمارمحور و ... - راهاندازی سیستم یونیک دوز و آماده سازی داروها در داروخانه برای هر بیمار)
۴۲. انجام آموزش های مستمر و اثربخش در زمینه دارویی (در مورد داروها، داروها با اسامی و اشکال مشابه، داروهای هشدار بالا و پرخطر، اصول صحیح دارودهی و ...) به کلیه کادر ذیربط بالاخص کارکنان جدیدالورود (بخش ها و داروخانه)
۴۳. تدوین و بروزرسانی دستورالعمل درمان اولیه و فوری حساسیت دارویی بیماران، ویژه کادر درمانی - آموزش و اطلاع رسانی دستورالعمل مذکور به کلیه پرسنل به نحو مطلوب
۴۴. ضرورت آشنایی و آموزش لازم، کافی و مستمر کادر درمانی (بالاخص پرستاران) با انواع واکنش های افزایش حساسیتی و عوارض ناخواسته دارویی و نحوه مدیریت و اقدامات اولیه پرستاری و اطلاع رسانی به پزشکان معالج در اسرع وقت
۴۵. راه اندازی سیستم هشدار مربوط به سوابق حساسیت دارویی بیماران در سامانه پرونده الکترونیک بیماران به منظور توجه ویژه کلیه کادر درمانی ذیربط در زمان نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، دارودهی توسط کادر پرستاری در بخش ها، مشخص شدن سوابق در مراجعات بعدی و ... (دسترسی داروسازان به سامانه پرونده الکترونیک بیماران)
۴۶. نظارت ویژه و دقیق سوپروایزران بالینی، سرپرستاران، مسئولین شیفتها، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و ... بر ارائه خدمت کادر حرفه ای (بالاخص کارکنان جدید الورد) در داروخانه و بخش ها بستری در زمان ارائه خدمات دارویی
۴۷. لزوم نظارت بر سازمان دهی و نظم تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) مطابق دستورالعمل های وزارتی
۴۸. در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت را در حین هر گونه خدمات دارویی (مستقیم و غیر مستقیم) و اجتناب از ایجاد وقفه در حین کار کادر ذیربط
۴۹. شناسایی اشتباهات دارویی پرتکرار در هر بیمارستان و مرکز درمانی دارویی، و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب پیشگیرانه از وقوع آنها
۵۰. آگاه سازی بیماران و همراهان وی و ثبت مکتوب عوارض ناخواسته و حساسیت های دارویی رخ داده در مراکز درمانی و ارائه مکتوب گزارش آن در زمان ترخیص به بیماران، باهدف پیشگیری از وقوع مجدد عوارض جدی تهدیدکننده حیات به علت عدم آگاهی بیماران از سوابق حساسیت های دارویی و تجویز و مصرف مجدد داروهایی که بیمار سابقه واکنش های حساسیتی به آنها را داشته و...



راهنمای پیشگیری از واکنش همولیتیک بعلت تزریق گروه خون اشتباه و... در فرآورده های خونی

۱. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
۲. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۳. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۴. بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۵. بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی
۶. بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشی پیش از تزریق خون و فراورده های خونی
۷. نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار (پایش دقیق بیمار حین دریافت خون و نظارت مسئول شیفت بر این امر)
۸. توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لام با بانک خون
۹. قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار
۱۰. اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویزیلانس
۱۱. ثبت، مستندسازی و گزارش نویسی صحیح و کامل توسط کادر پرستاری
۱۲. ثبت دقیق و صحیح درخواست/زرزرو میزان و نوع فرآورده خونی (کم لکوسیت، اورژانسی و...) در پرونده توسط پزشک معالج
۱۳. آموزش اثربخش و در فواصل دوره ای منظم هموویزیلانس جهت کادر درمانی
۱۴. نظارت بر فرآیند تحویل/تحويل نمونه خون و فرآورده های خونی از/به آزمایشگاه و بخش ها
۱۵. تاکید و نظارت مسئول فنی آزمایشگاه بر چک دقیق فرم درخواست خون تکمیل شده از بخش، توسط پرسنل بانک خون و تحویل صحیح و در زمان مناسب کیسه خون
۱۶. تاکید و نظارت مسئول شیفت در بخش های بالینی بر تکمیل دقیق فرم های درخواست خون (ثبت دقیق نوع فرآورده، تعداد، سابقه تزریق قبلی، سابقه واکنش های آلرژیک، سوابق بیماری، ساعت ارسال فرآورده و...)
۱۷. الزام ارزیابی دقیق و شرح حال گیری کامل بیمار توسط پزشک و پرستار قبل از ترانسفوزیون خون
۱۸. ضرورت رعایت زمان ترانسفوزیون خون در بیماران مطابق دستورالعمل هموویزیلانس
۱۹. ضرورت پیگیری وضعیت بالینی بیمار و ویزیت بر بالین در صورت هرگونه واکنش به تزریق خون
۲۰. نگهداری خون و انواع فراورده های خونی در شرایط و دمای مناسب در بانک خون، اتاق عمل و بخشها مطابق دستورالعمل های ابلاغی
۲۱. انجام ا حمل و نقل خون و فراورده های خونی از سازمان انتقال خون و در داخل بیمارستان در همه مراحل با رعایت زنجیره سرد و ایمن



راهنمای پیشگیری از مرگ یا عارضه مادر/نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین

۱. ضرورت شناسایی صحیح مادران نیازمند به مراقبت ویژه (مطابق دستورالعمل های ابلاغی) در بدو ورود به بیمارستان در مرحله تریاژ و یا حین مراقبت
۲. تریاژ صحیح مادران باردار و اولویت بندی مادران نیازمند به مراقبت ویژه جهت ویزیت، معاینه و تکمیل فرم تریاژ
۳. کنترل دقیق و توجه ویژه به علائم حیاتی مادران
۴. پیش بینی اقدامات فوری در مواجهه با مادران نیازمند به مراقبت ویژه براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
۵. انجام بلافاصله مراقبتهای لازم بارعایت اولویت
۶. حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران نیازمند به مراقبت ویژه (در بیمارستانهای آموزشی انجام مشاوره های تخصصی به ترتیب اولویت حضور توسط رده های آموزشی فوق تخصص، متخصص زنان و یا بالاترین رده دستیار حاضر زنان صورت پذیرد) (حضور فعال متخصص زنان در اورژانس و تعیین تکلیف به موقع بیماران)
۷. انجام ویزیت بر بالین بیماران و خودداری از دستورات تلفنی بالاخص در مادران نیازمند به مراقبت ویژه
۸. انجام مشاوره های اورژانس و غیراورژانس مطابق دستورالعمل مشاوره های بالینی باحضور بر بالین متخصص های رده های مختلف جهت مادران نیازمند به مراقبت ویژه (درخواست کلیه مشاوره های مورد نیاز جهت مادران نیازمند به مراقبت ویژه بصورت اورژانسی)
۹. حضور فعال تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح در شبانه روز اعم از روزهای تعطیل و غیر تعطیل برای زایمانهای نیازمند به مراقبت ویژه اعم از موارد قابل پیش بینی و غیر قابل پیش بینی
۱۰. مراقبت و پایش بارداری های نیازمند به مراقبت ویژه به صورت مستمر در مراحل قبل، حین و پس از ختم بارداری بر اساس "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی"
۱۱. ویزیت حداقل روزانه متخصص زنان مقیم/ آنکال از مادر نیازمند به مراقبت ویژه و ثبت دستورات پزشکی در پرونده
۱۲. تحویل و تحول مادر نیازمند به مراقبت ویژه توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبتهای کاری به هم رسته شغلی مربوط (با حضور بر بالین بیمار به هم رسته خود انجام شود)
۱۳. در زمان تحویل، مادر توسط تحویل گیرنده بطور کامل معاینه و ارزیابی شده و نتیجه معاینات در پرونده ثبت شود. همچنین توصیه میشود مادران نیازمند به مراقبت ویژه در اتاقی مشرف به ایستگاه پرستاری و مجهز به فیتال مانیتورینگ، اکسیژن و ساکشن مستقر شوند و مراقبتهای مامائی توسط مامای با سابقه بالاتر انجام شود.
۱۴. ضرورت آگاهی پرستاران تریاژ و پزشکان اورژانس بیمارستان به دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان
۱۵. انجام اولین ارزیابی مادر توسط پزشک متخصص زنان/ ماما در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، بدلیل مشکلات بارداری/ غیربارداری
۱۶. ثبت صحیح نتیجه معاینات در فرم تریاژ، فرم شرح حال و برگ دستورات پزشک در پرونده بیمار (مادران سطح ۴ و ۵ تریاژ، نتیجه معاینات در فرم تریاژ و سطوح ۱، ۲ و ۳ در فرم شرح حال و ثبت دستورات پزشک در پرونده)
۱۷. ارائه مراقبتهای حین زایمان در هر اتاق LDR انحصاراً برای هر مادر، توسط یک ماما و با امکان حضور همراه
۱۸. ارائه مراقبتهای معمول لیبر و زایمان در مراحل اول، دوم، سوم زایمان برای تمامی مادران باردارکم خطر و پرخطر طبق آخرین ویرایش راهنمای ارائه خدمات مامائی (مراقبتهای معمول شامل چک علائم حیاتی، ضربان قلب جنین، بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینات واژینال، چک انقباضات رحمی براساس راهنمای خدمات مامائی ویرایش سوم. آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پارتوگراف و تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر در فاز فعال زایمانی توسط ماما/ پزشک طبق راهنمای ابلاغی ضروری بوده و پایش دو ساعت اول پس از زایمان تا زمان ترخیص شامل چک علائم حیاتی، خونریزی و وضعیت انقباض رحمی در ساعت اول هر ربع ساعت، ساعت دوم هر نیم ساعت، ساعت سوم هر یک ساعت تا ۴ ساعت و سپس هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص الزامی است. مراقبت از مادر در بخش، پس از زایمان شامل ارزیابی خونریزی و محل برش اپی زیاتومی، خروج از تخت به محض مناسب شدن حال مادر، تغذیه، اطمینان از تخلیه مثانه، توجه به علائم خطر مادر است و...)



۱۹. ضرورت عملکرد دستیاران تخصصی (در سالهای مختلف) در مراکز آموزشی-درمانی مطابق کوریکولوم آموزشی و نظارت و پایش اعضاء محترم هیات علمی و معاونین درمان و آموزش مراکز بر این امر
۲۰. نظارت اعضاء هیات علمی در مراکز آموزشی درمانی بر عملکرد دستیاران تخصصی و انجام اقدامات درمانی توسط دستیاران با نظارت و اطلاع اتندهای مربوطه
۲۱. تحویل و تحول مادران در لیبر، حین زایمان و پس از زایمان توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبتهای کاری
۲۲. مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان تا زمان ترخیص طبق دستورالعمل راهنمای کشوری خدمات مامائی
۲۳. ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص حداقل توسط عامل زایمان یا پزشک متخصص زنان/ مامائی کشیک و سپس صدور دستور ترخیص
۲۴. ترخیص مادران سزارین شده با معاینه پزشک متخصص زنان و خودداری از هرگونه دستور تلفنی ترخیص
۲۵. شناسایی نوزادان بر اساس ضوابط مربوط:
۲۶. استفاده از مچ بند شناسایی مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر
۲۷. ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد، پس از شناسایی فعال
۲۸. نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر
۲۹. نصب مچ بند به دست و پای نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/ اتاق عمل
۳۰. انجام هر گونه اقدام مراقبتی و تحویل و تحول پس از شناسایی صحیح و فعال نوزاد
۳۱. انتقال ایمن و هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان
۳۲. ارائه مراقبت قبل از تولد و حین تولد و پس از تولد نوزاد تا زمان ترخیص براساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده
۳۳. ارزیابی نوزاد و تعیین نیاز فوری وی به احیا مطابق با آخرین الگوریتم ابلاغ شده احیا نوزاد
۳۴. حضور فوری پزشکان ذیصلاح با اولویت پزشک فوق تخصص نوزادان/ حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان/ اتاق عمل
۳۵. برگزاری دوره ای و منظم کارگاه احیا نوزاد جهت پزشکان، کادر پرستاری-مامائی و چک اثربخشی آموزش های داده شده
۳۶. رعایت جدی تر پروتکل های علمی مطابق دستورالعمل ها
۳۷. ضرورت انجام زایمان با ابزار توسط متخصص زنان مربوطه
۳۸. ضرورت چک سرویکس و کانال زایمانی، پس از زایمان با ابزار
۳۹. ضرورت اخذ شرح حال گیری کامل و معاینه دقیق طبق زمان استاندارد توسط پزشک معالج
۴۰. نظارت مسئول بخش بلوک زایمان و مسئول شیفت ها بر عملکرد کارشناسان مامائی
۴۱. نظارت بر روند ارائه خدمات در مادران نیازمند به مراقبت ویژه توسط معاون درمان مرکز
۴۲. تشکیل کمیسیون بر بالین در اسرع وقت (۶ ساعت اول بدو بستری) و در اولین فرصت زمانی بدو ورود مادر باردار مبتلا به کرونا و با بارداری نیازمند به مراقبت ویژه
۴۳. رعایت پروتکل و دستورالعمل های علمی در مادران مبتلا به کووید-۱۹
۴۴. بررسی دقیق و انجام اقدامات درمانی مناسب و به موقع توسط متخصصین بیهوشی مقیم در مادران مبتلا به کووید بستری در بخش مراقبتهای ویژه یا بستری در بخش با درخواست مشاوره
۴۵. ارتقاء فرآیند ثبت پرونده و گزارش نویسی توسط کلیه رده های درمانی
۴۶. رعایت قوانین آنکالی و مقیمی توسط پزشکان در مراکز و نظارت مسئولین بر این امر
۴۷. برگزاری دوره های آموزشی اثربخش مرتبط بابیماری کووید-۱۹ و اکسیژن درمانی با همکاری اعضاء محترم هیات علمی جهت تمامی رده های درمانی
۴۸. پیشنهاد عدم اکستوبه کردن بیماران در شیفت های عصر و شب
۴۹. ضرورت سدیشن مناسب بیماران برحسب صلاحدید پزشک و شرایط بیمار، در بیماران اینتوبه به منظور پیشگیری از اکستوبه کردن بیمار و اینتوبه شدن مکرر بیمار



۵۰. انجام مشاوره و ویزیت قبل از انتقال مادران مبتلا به کووید به اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی
۵۱. عدم ویزیت و انجام مشاوره توسط انترن و دستیاران جهت مادران نیازمند به مراقبت ویژه و انجام توسط پزشک متخصص/ دستیاران سال ۳ و ۴ باحضور اتند
۵۲. استیبل نمودن بیماران در اتاق عمل جراحی (قلبی-تنفسی و...) و سپس انتقال به بخش های بالینی
۵۳. تقویت و حضور پررنگ سوپروایزران بالینی درخصوص مادران نیازمند به مراقبت ویژه و بیماران بدحال در اجرای دستورالعمل ها و پروتکلها (پیگیری حضور پزشک بر بالین، ممانعت از دستورات تلفنی، تشکیل کمیسیون بر بالین، تسریع در پاسخدهی آزمایشگاه، تحویل به موقع فرآورده های خونی و...)
۵۴. نظارت مدیران ارشد و مسئولین بر عملکرد تیم درمان در تمامی رده ها
۵۵. رعایت دستورالعمل ارجاع/اعزام بیماران و هماهنگی و پیگیری جدی اعزام مادران نیازمند به مراقبت ویژه باستاد هدایت (در صورت نیاز به اعزام)
۵۶. آموزش اثربخش مادران و همراهان درخصوص فرآیندهای درمانی و اقدامات مراقبتی مادر و نوزاد و چک اثربخشی آموزش ها در تمامی شیفتها



راهنمای پیشگیری از مرگ/عارضه در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل جراحی

۱. نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل، با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر بودن بیماران :
 - ✚ شناسایی، طبقه بندی و اولویت بندی بیماران با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر
 - ✚ رعایت اولویت پذیرش و انجام اعمال جراحی
 - ✚ تخمین مدت زمان پذیرش بیماران و...
۲. ارزیابی و مشاوره بیهوشی بیماران قبل از انتقال به اتاق عمل در اعمال جراحی الکتیو مطابق دستورالعمل
۳. پره آب بیماران قبل از عمل جراحی بصورت صحیح و مطابق دستورالعمل
۴. اخذ رضایت آگاهانه قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل مطابق دستورالعمل های ابلاغی به نحویکه بیمار/همراه آگاهی کامل نسبت به فرآیند جراحی، عوارض و ... داشته باشد (تیم جراحی بایستی در ابتدای ورود بیمار وجود فرم تکمیل شده رضایت آگاهانه مکتوب بیمار و آگاهی بیمار از این امر را تایید کند)
۵. انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل با حضور پرستار و رعایت اصول ایمنی صورت پذیرد:
 - ✚ وجود دستبند شناسایی بیمار
 - ✚ انطباق مشخصات هویتی بیمار طبق دستبند شناسایی با پرونده بیمار و محتویات و ضمائم همراه (مانند گرافیهها) با انجام شناسایی فعال
 - ✚ تایید امضا بیمار در فرم رضایت آگاهانه موجود در پرونده بیمار
 - ✚ تحویل آزمایشات و مدارک تصویر برداری/ مشاوره ها و مستندات پرونده به اتاق عمل همراه با بیمار
 - ✚ بررسی بیماران از لحاظ وجود هرگونه عضو/اجزا مصنوعی و کاشتنی و نداشتن هرگونه آرایش و زیورآلات
 - ✚ اجرا دستورات پزشک/ پزشکان در بخش توسط پرستار مربوط
 - ✚ تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل توسط یکی از کارکنان درمانی واجد شرایط
 - ✚ انتقال بیماران از طریق ویلچر و یا برانکارد ایمن
 - ✚ حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار و رعایت شئون اخلاقی در کلیه مراحل جابه جایی و در بدو ورود به اتاق عمل و بعد از آن
 - ✚ انجام ایمن تحویل بیمار مستند و مکتوب بین پرستار تحویل دهنده از بخش و فرد واجد شرایط تحویل گیرنده بیمار در بدو ورود به اتاق عمل و...
۶. بیماران بدو ورود به اتاق عمل توسط پرستار/ کارشناس اتاق عمل/ هوشبری، پذیرش شده و مراقبتهای بیمار استمرار یابد :
 - ✚ کنترل مجدد هویت بیمار براساس اصول شناسایی صحیح بیمار
 - ✚ ارزیابی مجدد بیماران (ارزیابی مجدد بیماران از لحاظ شرایط جسمی، روانی، سوابق بیماری و دارویی، ناشتایی، شیو ناحیه عمل، اجسام کاشتنی و گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت بیهوشی در عمل جراحی و... صورت گیرد)
 - ✚ ارتباط و تعامل منطقی با بیمار برای کنترل استرس و اضطراب
 - ✚ کنترل پرونده بیمار برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل



تحويل گرفتن ستها و پكهاى مورد نياز و وسايل مورد نياز بيمار از اتاق وسايل استريل

برقرارى يك يا چند راه ورىدى مناسب با توجه به سن بيمار

كنترل و بررسى اتصالات بيمار از نظرصحت عملکرد (كنترل و بررسى اتصالات بيمار از نظرصحت عملکرد اتصالات هموگ ، درن ، چست تيوب و ساير اتصالات)

كمك به انتقال بيمار به تخت جراحى با حفظ حريم و رعايت ايمنى

تنظيم تخت جراحى، نصب اتصالات مورد نياز بر حسب نوع و ناحيه عمل (توجه به بيمارى زمينه اى و آسيب پوستى محل اتصال پليت، كوتر، باز كردن پانسمان و آتل و بيمار قبل از عمل جراحى صورت پذيرد)

۷. قبل از هر مورد القای بیهوشی ارزیابی گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی، تحت نظارت و تأیید نهایی متخصص بیهوشی انجام گردد:

بررسی صحت عملکرد تجهیزات اتاق عمل در ابتدای هر شیفت توسط افراد ذيربط

اطمینان از برقراری درست اتصالات به بيمار

اطمینان از برقراری جریان صحیح گازهای طبی مناسب

وجود راهکارهای پیشگیرانه مدیریت خطر برای کاهش حوادث ناخواسته ناشی از گازهای طبی (در ابتدای هر شیفت با استفاده از چک لیست معتبر صحت کارکرد تجهیزات بیهوشی اتاق عمل توسط تکنسین هوشبری بررسی و تأیید میشود. همچنین در ابتدای هر مورد القا بیهوشی، صحت اتصالات بیهوشی و آرام بخشی اتاق عمل به بيمار توسط متخصص بیهوشی بررسی و تأیید شود. قبل از هرگونه اتصال گازهای طبی به بيمار، تکنسین بیهوشی از انطباق گاز در شرف استفاده با گاز تجویزی (اعم از سانترال یا کپسول) اطمینان حاصل نموده، مراتب توسط متخصص بیهوشی تأیید میگردد. در ضمن سیستمهای هشدار دهنده آماده به کار و سالم برای هشدار در زمان بروز اختلال در سیستمهای مرکزی گازهای طبی تعبیه شده باشد)

۸. چینش نیروهای هریک از اتاقهای عمل پیش از شروع عمل جراحى، برنامه ریزی و بر اساس آن عمل شود:

برآورد نیروی انسانی بر حسب تعداد اتاقهای عمل

چینش نیروها بر اساس برنامه اعلام شده از بخشها

تطابق تعداد نیروها با برنامه عمل های جراحى

۹. ضرورت عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل، حین و پس از پروسیجر جراحى منطبق بر دستورالعمل جراحى ایمن:

آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحى ایمن و نحوه استفاده از آن (نصب چک لیست در معرض دید)

انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحى ایمن قبل از القا بیهوشی به بيمار

اقدام برابر قسمت دوم چک لیست جراحى ایمن قبل از برش پوستى

اقدام برابر قسمت سوم چک لیست جراحى ایمن قبل از خروج بيمار از اتاق عمل

۱۰. پزشک جراح شرح عمل، اقدامات و ساير مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحى به طور خوانا ثبت، مهر و امضا نماید:

ثبت شرح عمل قبل از انتقال بيمار به بخش

ثبت دستورات پزشکى قبل از انتقال بيمار به بخش (عدم ثبت دستور ترخیص در اتاق عمل)



۱۱. ثبت دقیق و واضح اقدامات پس از جراحی (بالاخص نحوه کنترل علائم حیاتی) در پرونده توسط پزشک معالج، قبل از انتقال بیمار به بخش (در صورت وجود بیش از یک جراح (غیر از کمک جراح) تکمیل برگه جداگانه توسط هر یک از آنها الزامی است. اصول صحیح ثبت گزارشات براساس راهنمای مستند سازی پرونده های پزشکی رعایت شود)
۱۲. پیش بینی و تعیین بخش بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی براساس وضعیت بالینی او (متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی بیمار، سوابق مشاوره های پزشکی و نظر پزشک جراح در رابطه با بستری در بخش ویژه تصمیم گیری مینماید)
۱۳. بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و با حضور پرستار به بخش مربوط منتقل شوند:
 - + ترخیص بیمار از اتاق عمل با دستور متخصص بیهوشی
 - + تحویل بیمار توسط کادر ذیصلاح بالینی اتاق عمل به پرستار با رعایت اصول مربوطه
 - + همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسیمتر پرتابل)
 - + استفاده از اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار
 - + رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی بیمار حین انتقال
 - + استفاده از وسائل انتقال ایمن (مانند مجهز بودن برانکارد به ریل محافظ)
۱۴. ضرورت حضور پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل و صدور دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری (بر اساس کتاب ارزشهای نسبی متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران به طور همزمان نمی تواند مسوولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد، بیهوشی بیمار سوم و به بعد ممنوع و غیر قانونی بوده و قابل محاسبه نمیباشد. در بیمارستانهای آموزشی که دارای دستیاران سال سوم و چهارم بیهوشی است به شرط حضور مستمر دستیار بر بالین بیمار حداکثر میتوانند سه بیمار را به صورت همزمان بیهوش نمایند. در خصوص بیماران کلاس ۳ و بالاتر متخصص بیهوشی نمیتواند مسوولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد. در موارد خاص و مخاطرات حیاتی بیهوشی برای بیمار سوم قابل محاسبه و پرداخت بوده و در اسرع وقت متخصصین بیهوشی میبایست یکی از بیماران غیر اورژانسی را از لیست عمل خارج نموده و بیمار اورژانسی را جایگزین نمایند و تا زمانی که عمل اورژانسی ادامه دارد مجاز به پذیرش اورژانسی دیگری نیستند)
۱۵. نگهداری و انتقال ایمن نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه و تکمیل فرم درخواست مربوط تحت کنترل و نظارت صورت گیرد:
 - + برچسب گذاری و درج مشخصات (شناسه ها) صحیح نمونه های پاتولوژی با توجه به شناسه های دستبند شناسایی بیمار
 - + شناسایی نوع محلولهای کاربردی برای نگهداری نمونه های پاتولوژی
 - + مدیریت نقل و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه
۱۶. ضرورت ویزیت، ارزیابی و شرح حال گیری دقیق بیمار قبل از عمل جراحی توسط پزشک معالج و محدود نمودن دستورات تلفنی بدون انجام ویزیت و معاینه بالینی بیمار جهت انتقال به اتاق عمل
۱۷. انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار و ثبت کامل مشاهدات و ارزیابی صورت گرفته در پرونده بالینی بیمار
۱۸. برنامه ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار بر اساس تشخیص/ تشخیص های اولیه و ارزیابی اولیه پرستار
۱۹. کنترل دقیق وضعیت بالینی بیماران دریافت کننده داروهای آرام بخشی، مخدر و ... پس از عمل جراحی و اطلاع تغییر وضعیت بالینی بیمار به پزشک معالج



۲۰. ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی توسط پزشک (بالاخص مشخص بودن روش بیدردی بطور واضح در دستورات پس از جراحی)
۲۱. توجه و چک دقیق پارامترهای علائم حیاتی در بیماران قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۲۲. ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول و ثبت دقیق در پرونده
۲۳. مراقبت و پیشگیری از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
۲۴. حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده ی شیفت در مدت زمان همپوشانی برای تبادل اطلاعات در مورد بیماران و تحویل/تحول صحیح بیماران
۲۵. اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجرا
۲۶. ویزیت بیماران پس از عمل جراحی و بررسی وضعیت بالینی بیمار توسط پزشک معالج و خودداری از ثبت دستور ترخیص از اتاق عمل
۲۷. انجام مشاوره های اورژانس و غیراورژانس مطابق دستورالعمل مشاوره های بالینی باحضور بر بالین متخصص های رده های مختلف
۲۸. پایش و ارزیابی دقیق و مستمر بیماران در شیفتهای بالینی بالاخص سرکشی مکرر بیماران در شیفت شب
۲۹. ثبت دقیق نتایج نوارقلب، اکو و مشاوره های انجام شده در پرونده و اطلاع وضعیت بیمار به پزشک معالج
۳۰. رعایت دستورالعمل مقیمی توسط پزشکان معالج و حضور بر بالین بیماران و خودداری از دستورات تلفنی در زمان مقیمی
۳۱. تحویل بیماران بر بالین توسط پزشکان معالج
۳۲. هماهنگی مناسب با ستاد هدایت درخصوص اعزام بیماران اورژانسی / ویزیت بر بالین بیماران توسط آنکال استان
۳۳. توجه بیشتر مسئولین شیفت ها و سوپروایزران بالینی در راند بخش ها به بیماران پس از عمل جراحی
۳۴. پیگیری وضعیت بالینی بیمار و انجام اقدامات تشخیصی-درمانی موثر توسط سرویس بستری کننده



ایمنی بیمار

بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عوارض جراحی حین عمل آندوسکوپی سینوس

عنوان

بیمار آقای ۴۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۱ ساعت ۱۱:۴۰ صبح با تشخیص گرفتگی بینی و سینوزیت در بخش جراحی مردان بیمارستان پذیرش شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۲ ساعت ۱۳:۴۵ به اتاق عمل منتقل و تحت جراحی آندوسکوپی سینوس و سپتوپلاستی و پولیپ قرار گرفته است. فردای روز عمل در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۳ بیمار اظهار داشته چشم چپ دید ندارد، بلافاصله مشاوره چشم پزشکی انجام و توصیه شده به مرکز چشم پزشکی.... جهت بررسی شبکیه اعزام شود. در ساعت ۱۵:۵۰ به مرکز چشم اعزام و مشاوره چشم پزشکی انجام شده است که توصیه کردند به مرکز اعزام شود و بیمار پس از هماهنگی به مرکز اعزام و در ساعت ۲۳:۴۵ در آن مرکز تحت معاینه قرار گرفته است. در معاینه فوندوسکوپی احتمال آتروفی و آسیب عصب اپتیک را مطرح کردند و توصیه به انجام MRI اوربیتال و ویزیت متخصص گوش حلق بینی و اعزام مجدد به همان مرکز را نموده اند. MRI اوربیتال در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۴ انجام و جهت اعزام مجدد به مرکز.... هماهنگ شده است. پس از اعزام به بیمارستان تحت جراحی و ترمیم آسیب ناحیه کانال اپتیک قرار گرفته است.

شرح حادثه

۱. بی دقتی در فرآیند عمل جراحی توسط تیم جراحی و آسیب عصب
۲. خونریزی زیاد فیلد جراحی

علل رویداد حادثه

- دقت در فرآیند عمل جراحی بخصوص در موارد جراحی در نواحی حساس
- ارزیابی و مدیریت پیشگیرانه خطر در موارد وجود مشکل در فرایند انجام جراحی بدلیل خونریزی فیلد جراحی

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

خطا در گزارش سونوگرافی

عنوان

بیمار آقای ۴۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۵ ساعت ۱۱:۰۰ با تشخیص درد کلیه و پیلونفریت در بخش اورژانس پذیرش شده است. آنژیوکت در ناحیه براکیال دست راست فیکس شده است ولی با توجه به عدم اقناع بیمار از توضیحات پرستار اورژانس مبنی بر عدم وجود فلز و جسم خارجی در ناحیه رگ گیری و اصرار بیمار مبنی بر وجود جسم فلزی در داخل رگ آنژیوکت خارج شده و از دست چپ رگ گیری شده. بیمار به بخش داخلی مردان منتقل شده است و بعد از گذشت دو روز در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۷ بیمار به اصرار اظهار داشته که محل آنژیوکت قبلی اذیت میکند و جسمی جا مانده است. بلافاصله در ساعت ۱۸:۳۰ همان روز سونوگرافی انجام شده و جسم خارجی بطول ۱۲

شرح حادثه



میلیتر گزارش شده است. مشاوره جراحی، ارتوپدی و جراح عروق درخواست شده است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۸ به اتاق عمل منتقل شده ولی جراح موفق به پیداکردن جسم خارجی نشده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۹ سونوگرافی مجدد و MRI و سی تی اسکن با دستور ارتوپد انجام شد و در گزارش سونوگرافی جسم خارجی بدون حرکت در همان جای قبلی رویت شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۵ در ساعت ۱۳:۰۰ بیمار جهت خارج کردن جسم خارجی توسط جراح عروق به اتاق عمل منتقل میشود ولی جسم خارجی وجود نداشته و رویت نمیشود. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۶ سونوگرافی بعد از عمل انجام میشود که طبق گزارش جسم خارجی رویت نمیشود و احتمال وجود حباب هوای زیر جلدی گزارش میشود. در گزارش سی تی اسکن مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۹ هم احتمال وجود حباب هوا و یا کالکشن گزارش شده است و جسم خارجی گزارش نشده است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۶ ترخیص میشود.	
۱. عدم بررسی و ارزیابی دقیق محل رگ گیری درخصوص باقی ماندن جسم خارجی در زمان اعلام شکایت اولیه بیمار ۲. عدم برقراری ارتباط موثر پرستار با بیمار ۳. تاخیر در انجام اقدامات تشخیصی - درمانی و مشاوره های درخواستی ۴. عدم انجام دقیق و صحیح سونوگرافی بیمار ۵. عدم بررسی و ارزیابی دقیق وجود قطعی جسم خارجی در دست بیمار و انتقال بیمار به اتاق جراحی برای دو بار و انجام پروسیجر تهاجمی	علل رویداد حادثه
➤ آموزش موثر و عملیاتی دستورالعمل ایمنی مراقبت از کاتتر و اتصالات بیمار به تمامی پرسنل بالادست پرسنل جدیدالورود ➤ آموزش اثربخش برقراری ارتباط موثر با بیمار و توضیح شفاف و واضح پروسیجرهای تشخیصی-درمانی برای بیمار ➤ حساس سازی و اطلاع رسانی موارد مشابه به مسئولین بیمارستان ➤ استفاده از تکنیک های آرام سازی در بیماران بیقرار قبل از شروع اقدامات درمانی/پروسیجر ➤ تاکید به پزشکان معالج درخصوص پاسخگویی به موقع و پیگیری اقدامات تشخیصی - درمانی بیمار در زمان مناسب (نظارت بر عملکرد پزشکان آنکال درخصوص انجام ویزیت/پاسخگویی به موقع) ➤ اقدام به موقع در حین رخداد و توضیح کامل به بیمار و خانواده وی ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل زمان انجام مشاوره های اورژانسی و غیراورژانسی به پزشکان مقیم- آنکال ➤ آموزش عملیاتی انجام فرآیند سونوگرافی به شکل صحیح توسط مدیر گروه رادیولوژی ➤ تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی صحیح و دقیق بیماران به پزشکان و پرستاران	اقدامات اصلاحی پیشنهادهای
هماتوم وسیع پس از جراحی CABG	عنوان
خانم ۶۹ ساله که در مورخه ۱۴۰۱/۰۶/۰۵ ساعت ۱۴:۵۵ بستری شده است. بیمار سابقه دیابت، HTN و HLP و جراحی پای راست و مصرف داروهای آسپرین، پلاویکس، نیتروگلیسرین، پنتاپرازول، آتورواستاتین، گلوپیرید و لوزارتان را ذکر می کند. در مورخه ۱۴۰۱/۰۶/۰۷ بیمار آنژیوگرافی شده است و در همان تاریخ تحت عمل جراحی CABG قرار گرفته است که در محل وین پای چپ بیمار در ناحیه ران بیمار، هماتوم ایجاد شده است. از مچ تا ناحیه پرینه اکیموز مشاهده شده که جراح برای بیمار پانسمان و بانداز درخواست داده اند. در مورخه ۱۴۰۱/۰۶/۱۳ توسط جراح قلب هماتوم تخلیه گردید و پس از شستشو، پانسمان فشاری گذاشته شد. در مورخه ۱۴۰۱/۰۶/۱۳ بیمار PT:13, INR:1, Hb:8.4 داشته است.	شرح حادثه
۱. ناکافی بودن توضیحات و اطلاعات ارائه شده به همراهان درخصوص HIGH RISK بودن عمل جراحی توسط جراح ۲. عدم ارزیابی صحیح و دقیق بیمار ۳. عدم حضور جراح در مرکز تا پایان عمل جراحی و انتقال بیمار به ICUOH ۴. عدم ویزیت روزانه توسط پزشک معالج (انجام ویزیت ها توسط سایر همکاران و بصورت تلفنی) ۵. عدم ارائه اطلاعات لازم درخصوص سیر بیماری و... به بیمار و خانواده توسط پزشک معالج (دادن اطلاعات سیر بیماری به همراهان)	علل رویداد حادثه



	توسط پرستار مسئول بیمار) ۶. عدم اخذ رضایت آگاهانه مطابق دستورالعمل و جراح معالج
اقدامات اصلاحی پیشنهادهی	➤ کنترل صحیح تجهیزات مورد نیاز جراحی قبل از شروع عمل جراحی ➤ انجام فرآیند عمل جراحی براساس دستورالعمل جراحی ایمن توسط پزشکان و پرسنل اتاق عمل ➤ توضیحات و اطلاعات ارائه شده به همراهان درخصوص HIGH RISK بودن عمل جراحی توسط جراح ➤ الزام حضور جراح در مرکز تا پایان عمل جراحی و انتقال بیمار به ICUOH ➤ ویزیت روزانه توسط پزشک معالج در روزهای غیر تعطیل و ویزیت توسط پزشک آنکال در تعطیلات ➤ دادن اطلاعات سیر بیماری و... به همراهان/بیمار توسط پزشک معالج ➤ دادن اطلاعات زمان و مکان حضور پزشک در مرکز و یا سایر مراکز جهت برقراری ارتباط همراهان با پزشک ➤ اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج مطابق دستورالعمل
عنوان	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
شرح حادثه	مددجو خانمی ۳۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۲۹ ساعت ۱۰:۳۲ صبح با تشخیص تروما به انگشت چهارم دست چپ در اثر نزاع به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. در ساعت ۱۲:۰۰ ظهر پس از تشکیل پرونده در سرویس ارتوپدی و بخش جراحی زنان بستری گردیده است. در ساعت ۲۱:۰۰ از بخش به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت ۲۳:۳۰ پس از عمل پین گذاری انگشت دست چپ توسط پرسنل بخش از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۹/۳۰ ساعت ۶:۰۰ صبح به دستور پزشک معالج، گرافی کنترل از دست چپ بیمار انجام شده و پس از رویت گرافی توسط پرستار و اظهار خود بیمار و مستندات پرونده متوجه شدند که به جای انگشت چهارم، انگشت سوم دست بیمار تحت عمل پین گذاری قرار گرفته است. در ساعت ۷:۳۰ صبح پرستار بیمار با یکی از رزیدنت های ارتوپدی تماس گرفته و وقایع را به اطلاع ایشان رسانیده است که فرمودند عمل توسط ایشان انجام نشده ولی جهت بررسی و ویزیت بیمار در ساعت ۷:۵۰ به بخش مراجعه نموده و اشتباه همکارشان را تایید نمودند و طی هماهنگی با اتند مربوطه بیمار در لیست عمل ظهر همان روز قرار گرفته است و مجدداً جراحی هر دو انگشت انجام شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم رعایت دستورالعمل جراحی ایمن در شروع، طی عمل جراحی و انتهای عمل جراحی توسط تیم جراحی و بیهوشی ۲. عدم توجه به علامت گذاری موضع عمل ۳. عدم دقت در خصوص ناحیه آسیب دیده توسط جراح معالج ۴. گزارش نادرست کتبی و بالینی بیمار توسط پرسنل بیهوشی و اتاق عمل بعد از عمل جراحی به مسئول ریکاوری ۵. عدم توجه به یافته های بالینی بیمار ۶. عدم ارتباط موثر بین رزیدنت با اتند مربوطه ۷. عدم حضور اتند مربوطه در اتاق عمل
اقدامات اصلاحی پیشنهادهی	➤ تاکید و نظارت برانجام ارزیابی لازم و عملکرد تیم جراحی و بیهوشی مطابق دستورالعمل جراحی ایمن (قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل) ➤ الزام چک چند مرحله ای ناحیه عمل جراحی با اظهارات بیمار، مستندات پرونده و ... از ابتدای ورود به اتاق عمل جراحی ➤ تاکید و نظارت در خصوص دقت به ناحیه آسیب دیده و یافته های بالینی بیمار ➤ الزام تحویل و تحول بالینی صحیح بیمار و ثبت گزارشات و مستندات پرونده مطابق مشاهدات بالینی ➤ عدم ثبت و تکمیل گزارشات پرستاری در ابتدای شروع هر پروسیجر و الزام ثبت در هر مرحله (ترياز، عمل جراحی و ریکاوری) ➤ پس از انجام هر پروسیجر ➤ تاکید و نظارت بر حضور اتندهای هیات علمی در اتاق های عمل جراحی و نظارت بر عملکرد دستیاران تخصصی ➤ لزوم انجام صحیح کنترل و بررسی پرونده های بالینی بیمار و ثبتیات پرونده توسط مسئولین بخش های بالینی و انجام اقدامات



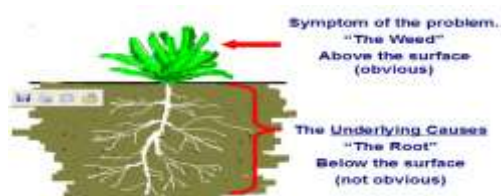
	اصلاحی اثربخش در صورت وجود موارد خطا/مشکل دار
عنوان	فوت بیمار بعد از عمل جراحی
شرح حادثه	بیمار خانمی ۵۹ ساله بودند که در تاریخ ۰۱/۵/۱۹ بدلیل بزرگی سینه ها که به گردن فشار می آورد، به صورت الکتیو جهت مامو پلاستی دوطرفه بستری میشود (قد ۱۵۵ و وزن ۹۵). بیمار سابقه آسم و مصرف اسپری سالبوتامول داشته و در تاریخ ۰۱/۵/۲۰ ساعت ۸:۳۰ به OR منتقل شده و بیهوشی و جراحی بدون مشکل انجام می شود. بیمار ساعت ۱۶:۱۸ به SICU منتقل می شود و تحت مانیتورینگ قرار می گیرد. علائم حیاتی stable و $SPO_2 = 96\%$ بوده و برای بیمار هپارین طبق پروتکل از صبح روز عمل شروع شده و بانداز الاستیک پاها در اتاق عمل و قبل از شروع جراحی بسته می شود. روز بعد از جراحی در تاریخ ۰۱/۰۵/۲۱ ساعت ۱۰:۵۰ توسط رزیدنت جراحی ویزیت شده و دستور RBR داده می شود که بیمار با احتیاط کامل و با کمک OOB می شود. ساعت ۱۱:۲۰ بیمار دچار تنگی نفس شدید شده که اسپری سالبوتامول زده و اکسیژن تراپی انجام می شود و به متخصص بیهوشی اطلاع داده می شود که بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند. همان موقع بیمار برادیکارد شده که کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام می شود ولی متأسفانه بعد از ۴۵ دقیقه CPR ناموفق بیمار ساعت ۱۲:۲۰ فوت می کند.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح از بیمار قبل از عمل جراحی ۲. عدم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار بعد از عمل جراحی توسط دستیاران تخصصی و پرستار مسئول بیمار ۴. عدم ارزیابی و معاینه بالینی دقیق بعد از جراحی توسط جراح معالج و متخصص بیهوشی مقیم ICU ۵. عدم ثبت تزریق ۲۰۰ میلی گرم هیدروکورتیزون در گزارش بیهوشی بیمار در پرونده ۶. عدم ثبت و تعیین تکلیف مصرف داروهایی که بیمار در منزل مصرف می کند (اسپری سالبوتامول - قرص ایروکست)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ نظارت برانجام پره آب صحیح تمامی بیماران قبل از عمل جراحی (انجام مشاوره بیهوشی - اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج و...) ➤ آموزش عملیاتی ثبت صحیح پرونده بالینی بیماران توسط کلیه کادر درمان و چک راند پرونده های بیماران و گزارش بازخورد به پرسنل درخصوص موارد عدم تطبیق و... ➤ تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح و دقیق توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ تاکید و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین به موقع بیماران توسط جراحان معالج پس از اتاق عمل ➤ لزوم ارزیابی عملکرد دستیاران تخصصی توسط اعضای هیات علمی ➤ تاکید مجدد و آموزش درخصوص انجام تلفیق دارویی جهت کلیه بیماران و تصمیم گیری درخصوص مصرف/عدم مصرف داروهای منزل و ..
عنوان	آمبولی ریه بعد از عمل جراحی آپاندکتومی
شرح حادثه	مددجو آقای ۴۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۴ به دلیل درد شکم در ساعت ۱۸:۳۷ با وسیله شخصی و هوشیاری ۱۵/ ۱۵ به بخش اورژانس مراجعه و در سطح تریاژ ۳ قرار میگیرد. طبق اظهارات بیمار ابتدا به بیمارستان مراجعه داشته است و به دلیل طولانی شدن پرسه درمان از آن مرکز گریخته است. مددجو درحالی به بیمارستان دوم آمده است که آنژیوکت آن مرکز و نیز دستبند شناسایی آن مرکز را به دست داشته است. ویزیت طب اورژانس انجام و مشاوره جراحی در ساعت ۱۹:۳۰ انجام و طبق دستور به صورت اورژانسی به اتاق عمل منقل می گردد. مورخ ۱/۲۴ در ساعت ۲۲:۱۵ از اتاق عمل به بخش جراحی مردان منتقل گردیده است. در تاریخ ۱/۲۵ oob و po می شود. بیمار همکاری لازم را نداشته است. آموزشهای مکرر در مورد لزوم خروج از تخت داده می شود و مجدداً در تاریخ ۱/۲۶ دستور



	خروج از تخت تکرار میشود. پس از آموزشها در تاریخ ۱/۲۶ مددجو از تخت خارج شده و در تاریخ ۱/۲۷ کارکرد شکم داشته است. در تاریخ ۱/۲۷ در شیفت شب بی قرار بوده که به متخصص جراح کشیک و بیهوشی مقیم اطلاع داده و بیمار با هماهنگی ایشان در ساعت ۲۲:۱۵ به icu منتقل می شود. در ساعت ۲۲:۳۰ مشاوره تلفنی با متخصص داخلی انجام و ایشان با شک به آمبولی دستور شروع درپ هپارین را می دهند. تاریخ ۱/۱/۲۸ DDIMER+ ۱۴۰ و جهت انجام سیتی آنژیو ریه به مرکز فرستاده شده و در رپورت آن آنلکتازی خطی ریه راست و چپ با ارجحیت راست همراه با filling defect در شریان شاخه تحتانی rpa به نفع آمبولی ریه و افیوژن پلورال راست مشهود بوده است. مددجو در تاریخ ۱/۱/۲۸ با اسرار خانواده و رضایت شخصی مرخص و با هوشیاری ۱۵/۱۵ به مرکزی در تهران منتقل می شود.
علل رویداد حادثه	۱. عدم باقی ماندن بیمار در مرکز اول جهت پیگیری ادامه درمان ۲. عدم همکاری بیمار در اقدام به خروج از تخت و راه رفتن ۳. عدم توجه به وضعیت بالینی بیمار در طی شیفت ۴. عدم تحویل صحیح بیمار در هنگام تحویل شیفت ۵. عدم ثبت و کنترل جذب و دفع بیمار در بخش جراحی ۶. عدم دقت به حال عمومی بیمار در هنگام تحویل و تحول شیفت ۷. عدم انجام بررسی صحیح بیمار بعد از عمل جراحی توسط پزشک معالج
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش و قابل درک به بیمار درخصوص علت انجام اقدامات مراقبتی و چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیمار (با بررسی انجام اقدامات خودمراقبتی و... توسط خود بیمار) ➤ لزوم آگاهی بیمار و همراهان از عوارض عدم همکاری و خروج از تخت، ترک با رضایت شخصی و... ➤ تاکید و نظارت سرپرستاران و مسئولین شیفت بر ثبت صحیح میزان I&O ➤ نظارت مدیران میانی و سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام تحویل و تحول بیماران ➤ تهیه چک لیست ISBAR در هنگام تحویل و تحول و ضرورت اجرایی شدن تکنیک ISBAR ➤ بررسی مشکلات مشاهده شده در روند ارزیابی تحویل بیماران بصورت ماهیانه و ارائه بازخورد و درس آموخته جهت اصلاح فرآیند
عنوان	انجام کوتر و کولونوسکپی بجای مارکر گذاری
شرح حادثه	بیمار خانم ۴۲ ساله که در تاریخ ۰۱/۴/۱۲ ساعت ۱۲:۳۲ با شکایت یبوست و درد شکم و تشخیص توده ایلئوم در سرویس جراحی بستری شده است. بیمار به صورت سرپایی آندوکلونوسکپی شده بوده است و بیوپسی و نتیجه پاتولوژی را به همراه داشته است. (پاتولوژی: ترمینال ایلئوم ساب موکوزال لزیون/کارسینوئید تومور). در دستورات بستری بیمار درخواست انجام مشاوره گوارش جهت مارکرگذاری قید شده است. مورخ ۰۴/۱۴ به دلیل خرابی دستگاه کلونوسکپی مرکز مبداء، هماهنگ میشود بیمار به بیمارستان دیگری (مرکز آموزشی درمانی) ارجاع شود. رزیدنت جراحی با آنکال استان تماس گرفته و شرح حال کامل بیمار را ذکر می کنند. با هماهنگی سوپروایزر و سرپرستار بخش، بیمار به بیمارستان مقصد (واحد آندوسکپی) ساعت ۱۰ صبح جهت انجام کلونوسکپی و مارکرگذاری ارجاع می شود. درخواست ضمیمه شده به فرم ارجاع (تکمیل شد توسط جراح) که قید شده است: لطفاً کلونوسکپی جهت مارکرگذاری با متیلن بلو تومورترمینال ایلئوم انجام شود. در فرم ارجاع بیمار در قسمت دلیل ارجاع قید شده : کلونوسکپی جهت مارکرگذاری روده باریک. که موارد فوق تلفنی با مرکز دوم هماهنگ شده و بیمار فرستاده می شود و کلونوسکپی می شود. پس از بازگشت از بیمارستان مقصد، بیمار از درد شاکی بوده است که به پزشک معالج اطلاع داده و ویزیت انجام میشود. بیمار بسیار ill و بدحال بوده و افت هوشیاری پیدا میکند. دیستانسیون و درد لوکالیزه و



تندرnis داشته است. ۴/۱۵ توسط جراح ویزیت شده که احتمال پرفوراسیون مطرح میشود. دیسترس تنفسی و تاکی پنه پیدا میکند و مشاوره های اورژانسی گوارش، ریه، قلب و هماتولوژی انجام و ۴/۱۵ ساعت ۱۳ به اتاق عمل فرستاده میشود و پرفوراسیون تایید میگردد و ساعت ۲۰ به بخش SICU منتقل میشود. تا تاریخ ۰۱/۵/۲ در بخش ICU بستری بود و سپس به بخش جراحی رفته و در تاریخ ۵/۱۱/ ترخیص میشود.	
۱. عدم اطلاع شرایط بیمار توسط پزشک معالج به متخصص گوارش بیمارستان مقصد ۲. عدم اطلاع شرایط و شرح حال بیمار به پزشک انجام دهنده پروسیجر (کولونوسکوپی) توسط بیمارستان مبدا در روز اعزام بیمار ۳. عدم ثبت شرح حال دقیق از بیماری و اقدامات انجام شده در فرم ارجاع ۴. کمبود متیلن بلو در مرکز دوم ۵. خرابی دستگاه کولونوسکوپی مرکز اول و ارجاع بیمار به سانتر دیگر	علل رویداد حادثه
➤ اطلاع رسانی مرکز مقصد در خصوص کمبود دارویی و سپس تصمیم گیری درخصوص ارجاع بیمار و انجام پروسیجر ➤ اعزام/ارجاع بیماران با فرم درخواست مشاوره / فرم ارجاع با شرح حال کامل ➤ لزوم مشورت و هماهنگی با پزشک معالج بیمار قبل از انجام پروسیجر، توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر در خصوص روش های جایگزین (لزوم اخذ پذیرش توسط پزشک معالج بیمار و ارائه توضیحات کامل) ➤ ارائه توضیحات کامل درخصوص شرایط، شرح حال بیمار و پروسیجر تشخیصی مورد درخواست به پزشک انجام دهنده پروسیجر (کولونوسکوپی) و سوپروایزر وقت بیمارستان مقصد، توسط بیمارستان مبدا در روز اعزام بیمار ➤ لزوم رویت و بررسی دقیق شرح حال بیمار، وضعیت بالینی، علت درخواست پروسیجر و ... توسط پزشک و مسئول واحد پذیرش دهنده	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت کودک	عنوان
مددجو کودک ۳ ماهه در تاریخ ۱۹/۰۷/۱۴۰۱ در ساعت ۰۶:۱۹ با تشخیص گاستروانتریت در بخش اطفال بستری گردیده است. بنا به اظهار مادر کودک سابقه بیماری خاصی ندارد و سابقه حساسیت دارویی ندارد از دو روز پیش اسهال داشته. پس از بستری در بخش اطفال علائم حیاتی چک شد. SPO2: 97% RR; 32 PR; 132 BP: 80/P T: 37. دستورات کتبی پزشک معالج اجرا شد. آزمایشات خون و ادرار و مدفوع درخواست و سرم تراپی شروع شد. رژیم غذایی NPO بوده است که از صبح روز بعد در صورت عدم استفراغ میتواند PO باشد و شیر مادر بخورد. سونوگرافی شکم و لگن درخواست شده است. جذب و دفع کنترل میشود. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۱ ساعت ۰۶:۳۰ یک نوبت استفراغ داشته که به مادر توصیه شد برای جلوگیری از استفراغ مجدد فعلاً NPO بماند. کودک بی قرار بود و گریه داشته. در ساعت ۰۷:۰۵ پرستار مسئول بیمار، کپسول یوموگی (دارو) را در صورت حل شده در سرنگ کشیده و بر بالین کودک دارو داده شده. ساعت ۰۷:۲۳ بصورت ناگهانی دچار آپنه تنفسی و کاملاً سیانوز گردیده که بلافاصله در ساعت ۰۷:۲۴ توسط مرکز تلفن کد احیا اعلام شده است. بلافاصله تیم احیا حاضر و در این فاصله پرسنل اطفال عملیات احیا را شروع کرده و مرتباً ماساژ قلبی داده شده است. پزشک بیهوشی در ساعت ۰۷:۲۹ بر بالین کودک حاضر شده و بنا به گزارش در ساعت ۰۷:۳۶ متخصص بیهوشی اقدام به اینتوباسیون کرد که موفقیت آمیز نبوده است و متخصص نوزادان در ساعت ۰۷:۳۸ بر بالین کودک حاضر و در ساعت ۰۸:۰۰ اقدام به اینتوباسیون کرده اند. داروی اپی نفرین دوز اول تزریق و توسط دکتر متخصص قلب اکو انجام که علی رغم پالس ریت ۱۷۰-۲۰۰ عملیات احیا همچنان ادامه داشت ولی متأسفانه در ساعت ۰۸:۳۵ توسط متخصص اطفال و بیهوشی و قلب ختم CPR اعلام شد و کودک فوت و جسد به سردخانه منتقل شده است.	شرح حادثه



علل رویداد حادثه	۱. تاخیر در حضور بموقع اعضاء گروه کد (پزشک متخصص بیهوشی و پزشک اطفال و نوزادان) بر بالین کودک ۲. تاخیر در اینتوباسیون و شروع دستور تزریق دارو توسط پزشک بیهوشی ۳. عدم انجام صحیح عملیات احیا مطابق دستورالعمل توسط کادر درمان ۴. عدم مهارت کافی کادر درمان در انجام اینتوباسیون اطفال ۵. عدم ارزیابی و معاینه بالینی صحیح کودک ۶. بررسی علت اپنه و سیانوز شدن کودک
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش عملیاتی اثربخش عملیات احیاء قلبی ریوی در بزرگسالان، کودکان و... برای تمامی کادر درمان و بررسی مستمر میزان مهارت پرسنل در انجام عملیات احیاء ➤ آموزش عملیاتی مدیریت راه هوایی و نحوه انجام صحیح انتوباسیون بر روی مولاژ بصورت دوره ای جهت کادر درمانی و بررسی مستمر میزان مهارت پرسنل ➤ تاکید و نظارت برحضور به موقع اعضاء گروه کد بر بالین بیماران و برگزاری مانورهای آزمایشی آمادگی و حضور اعضاء در بیمارستان بصورت دوره ای (ارزیابی زمان حضور اعضاء ➤ تاکید و نظارت برانجام ارزیابی و معاینه بالینی صحیح توسط پزشکان معالج ➤ تهیه نوار احیاء اطفال در ترالی های احیاء
عنوان	فوت بیمار بدنبال عدم توجه و بررسی دقیق کادر درمان
شرح حادثه	مددجو آقای متولد ۱۳۶۵/۷/۱ در مورخه ۱۴۰۱/۹/۲۶ در ساعت ۴۸:۱ بامداد با وسیله شخصی به اورژانس مراجعه کرده است. در برگه تریاژ شکایت اصلی سرگیجه نوشته شده و سطح تریاژ ۴ داده شده است. پس از ویزیت سرپایی تشخیص درد اپی گاستر و دستور دارویی و انجام آزمایش و سونو گرافی گذاشته شده است. دستورات دارویی اجرا شده و به دلیل عدم بهبودی به اورژانس تحت نظر مراجعه و پزشک مربوطه به همراه طب اورژانس بیمار را دیده و پس از تزریق سرپایی داروی بیمار، از اورژانس خارج شده است. در ساعت ۱۰:۳۰ صبح همان تاریخ توسط آمبولانس ۱۱۵ به همان مرکز مراجعه مجدد داشته است و در برگه تریاژ سطح تریاژ ۲ ثبت شده است و علت مراجعه درد شکم و افت فشار خون ثبت شده است. در بدو ورود بیمار هوشیار و به زمان و مکان واقف بوده و فشار خون در تریاژ ۸۰/۶۰ ضربان قلب ۱۲۰ تعداد تنفس ۱۹ و دمای بدن ۳۶/۵ ثبت شده است. شرح حال و دستورات پزشک در برگه تریاژ سطح تریاژ بیمار در بین ۱ و ۲ محاسبه شده است. اولین فشار بیمار در ساعت ۱۰:۳۰ در اورژانس تحت نظر ۵۰ به روی پالس و ضربان قلب ۱۳۸ و تعداد تنفس ۲۰ ثبت شده است. (به دلیل عدم سنس دستگاه مانیتور، فشار به صورت دستی گرفته شده است). در برگه شکایت اصلی توسط پزشک طب اورژانس نوشته شده است بیمار علائم را از شب قبل ذکر می کند در حالت شوک به بیمارستان اعزام شده است. بلافاصله اقدامات درمانی و دو بار سونوگرافی شکم انجام می شود که تشخیص آنوریسم آئورت شکمی و وجود مایع در شکم مطرح می گردد. متأسفانه علیرقم اقدامات درمانی و دریافت دو واحد خون در ساعت ۱۱:۳۰ دچار افت هوشیاری شده و اینتوبه می گردد و دستور اعزام جهت بیمار جهت سرویس جراحی گذاشته می شود. در ساعت ۱۱:۵۰ دچار برادی کاردی و کد ۹۹ اعلام می گردد و پس از ۲۵ دقیقه احیا دارای نبض می گردد. بیمار شرایط اعزام نداشته است با ستاد هدایت جهت اعزام جراح به بیمارستان هماهنگی می شود که ساعت ۱۲:۳۵ مجدد دچار ارست قلبی تنفسی شده و مجدداً احیا می شود و در نهایت ۱۳:۳۰ اعلام فوت می گردد.
علل رویداد حادثه	۱. حضور فرد خارج از دستورالعمل در واحد تریاژ ۲. عدم نظارت سوپروایزر بالینی بر نیروهای تریاژ و انجام تریاژ بیماران ۳. عدم تقسیم کار و چیدمان صحیح پرسنل پرستاری توسط مسئول شیفت



۴. عدم انجام تریاژ و ارزیابی بیمار به روش صحیح ۵. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار و تعیین مشکل اصلی در زمان تریاژ ۶. عدم درخواست تریاژ مجدد بیمار توسط پزشک بیمار با توجه به انجام تریاژ اشتباه ۷. عدم انجام معاینه بالینی و ارزیابی صحیح توسط پزشک اورژانس و انجام اقدامات تشخیصی- درمانی مناسب ۸. صدور دستور شفاهی تزریق مرفین توسط پزشک ۹. اجرای دستور شفاهی تزریق مرفین توسط پرستار ۱۰. عدم تریاژ مجدد بیمار با درد شکم علیرغم رویت بیمار توسط طب اورژانس ۱۱. عدم معاینه و بررسی بیمار توسط طب اورژانس و تشخیص صحیح بالینی بیمار و انجام اقدامات درمانی مناسب	
➤ تاکید بر نظارت مسئول شیفت بر عملکرد کارکنان ➤ تاکید بر چیدمان صحیح نیروها توسط مسئول شیفت و نظارت سوپروایزران بالینی بر چیدمان پرسنل در طی شیفت ها ➤ انجام تقسیم وظایف پرسنل پرستاری به طور صحیح ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل تریاژ و برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی تریاژ جهت کلیه پرسنل اورژانس ➤ برگزاری کلاس آموزشی ارتباط موثر با بیمار ➤ لزوم نظارت بر شرکت کارکنان در کلاسهای آموزشی و چک اثربخشی آموزش های ارائه شده بطور مستمر ➤ برگزاری دوره آموزشی نحوه صحیح ارزیابی و معاینات بالینی جهت پزشکان اورژانس توسط مدیر گروه های رشته های تخصصی ➤ تاکید و نظارت بر ثبت دستورات پزشک در پرونده بیماران و اجرا توسط پرستاران ➤ تاکید بر معاینه بالینی دقیق و تحت نظر قرار دادن بیماران سرپایی با عدم رفع مشکل بالینی توسط طب اورژانس ➤ ابلاغ راهنماهای طبابت بالینی به تمامی گروه های پزشکی و نظارت بر اجرای راهنماها با چک پرونده ها توسط مدیران ارشد ➤ لزوم نظارت بر عملکرد پرسنل تریاژ توسط مسئولین شیفت و سوپروایزران ➤ ابلاغ مجدد روش اجرایی دستورات تلفنی و شفاهی و نظارت توسط مسئول شیفت و سوپروایزران بالینی ➤ ابلاغ الزام اجرای دستورالعمل اورژانسهای بیمارستانی	اقدامات اصلاحی پیشنهادهای
فوت بیمار بدنبال تاخیر در انجام اقدامات درمانی	عنوان
مددجو آقا متولد ۱۳۶۰ در تاریخ ۱۴۰۱/۹/۱۷ در ساعت یازده دقیقه بامداد توسط آمبولانس ۱۱۵ به علت ضعف و بی حالی به اورژانس بیمارستان مراجعه داشته است. در گزارش ۱۱۵ سطح هوشیاری بیمار ۱۵ می باشد. BP:110/80- PR:88- SPO2:96 - RR:16 GCS:15 در گزارش ۱۱۵ بیان شده است: (آقای با شکایت ضعف و بی حالی، عفونت دست به دنبال سوختگی قبلی، علائم حیاتی چک شد و معاینات انجام شد. اقدامات لازم صورت گرفت و جهت بررسی بیشتر به بیمارستان منتقل شد). مطابق برگه تریاژ بیمار در سطح مراقبتی یک قرار گرفته است و پاسخ به محرک دردناک و اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد ذکر شده است و علایم حیاتی ثبت نشده است. در اورژانس اولین علایم حیاتی: BP:90/60 RR:16 PR:100 T:36 GCS:10-11 ثبت شده است. در گزارش پرستاری علت مراجعه و سطح هوشیاری بیمار دچار خط خوردگی می باشد. سطح هوشیاری ۱۰ و ۱۱ ثبت و علت کاهش هوشیاری ذکر شده است و بیان شده است بیمار ارتباط کلامی برقرار نمی کند و با تحریکات دردناک چشمان خود را باز میکند. SPO2:98 با اکسیژن و اکسیژن با ماسک توسط همکاران EMS گذاشته شده است. نوار قلب انجام و به رویت متخصص طب اورژانس رسیده شده. در آزمایشات CRP: 2.3 WEAKLY POSITIV و در VBG اسیدوز بوده است. دستورات اولین ویزیت ساعت ۰۳:۳۰ بامداد داده شده است. BCT و CHEST CT بعد از استیبل شدن، ارسال آزمایشات، گرفتن ECG و هزار سی سی سرم نرمال سالین داده شده است. مداخله بعد از آماده شدن آزمایشات خواسته شده. دومین دستورات در ساعت ۱ بامداد شامل: مشاوره بیهوشی جهت	شرح حادثه



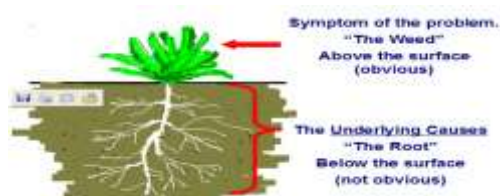
بستری شدن در بخش ICU و فیکس کردن سوند فولی و سرم تراپی بوده است. وسایل اینتوباسیون بالای سر بیمار قرار گرفته است. در ساعت یک و پنج دقیقه مشاوره بیهوشی به اطلاع دکتر بیهوشی رسانده شد، بیمار ساعت ۱۰:۱۰ به صورت ناگهانی دچار افت SPO2 به کمتر از ۹۰ درصد رسید و به دنبال آن برادیکارد گردیده که بلافاصله پزشک بالین بیمار حاضر و کد ۹۹ فراخوان شده. پس از ۴۵ دقیقه احیا در ساعت ۵:۱۵ ختم CPR و اعلام فوت گردیده است. مشاوره بیهوشی بعد از فوت بیمار در شیفت صبح ثبت شده که ساعت ۱:۲۰ ثبت شده است.	
۱. انتقال بیمار بدون مانیتورینگ و اقدامات اولیه به تخت اورژانس ۲. عدم معاینه بالینی بیمار توسط پزشک ۳. عدم ارسال آزمایشات در زمان مقرر ۴. حضور با تاخیر پزشکان مشاوره دهنده جهت اقدامات درمانی ۵. عدم تطابق GCS ثبت شده در گزارش پرستاری با GCS اورژانس ۱۱۵ ۶. عدم انجام وظایف به صورت CASE METHOD ۷. عدم ثبت دقیق و صحیح زمان مشاوره بیهوشی ۸. عدول از موازین اخلاقی	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ خط مشی مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد و نظارت بر اجرای صحیح خط مشی ➤ آموزش مجدد خط مشی مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل زمان انجام ویزیت و مشاوره توسط پزشکان و نظارت بر اجرای دستورالعمل با چک پرونده های بالینی توسط مدیران میانی و ارائه بازخورد موارد عدم اجرای ویزیت/مشاوره در زمان استاندارد به پزشکان انجام دهنده ➤ برگزاری جلسات با مدیر گروه های رشته های تخصصی درخصوص نظارت بر عملکرد پزشکان تحت رشته درخصوص ارزیابی، معاینه بالینی صحیح، شرح حال گیری مناسب، انجام به موقع ویزیت/مشاوره بر بالین مطابق دستورالعمل ➤ نظارت سوپروایزران بالینی و مسئولین شیفت بر نحوه ارائه مراقبت های تشخیصی-درمانی به موقع و مناسب در بیماران بدحال و اورژانسی ➤ آموزش مجدد اصول تریاژ صحیح جهت کارکنان اورژانس و ابلاغ مجدد دستورالعمل تریاژ ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل داخلی زمان ارزیابی بیمار توسط پرستار ➤ طرح در کمیته اخلاق پزشکی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
اقدام به خودکشی	عنوان
مددجو آقای ۷۹ ساله که شب قبل با شکایت از تنگی نفس مراجعه کرده است. نمونه PCR/Covid-19 ارسال شده که مثبت بوده است و در سرویس داخلی بخش ICU بستری شده و پروتکل درمان با رمدسیور برای وی شروع شده است. در ارزیابی اولیه بیمار سابقه اقدام به خودکشی قید شده است. و در منزل داروهای سیتالوپرام، آلپرازولام و نورتریپتیلین مصرف می کرده است. تمام پنجره ها توسط سرپرستار قفل شده و بیمار در تخت روبروی استیشن بخش بستری شده است تا توجه بیشتری را داشته باشد، در طی شیفت شب پرستار متوجه شده که بیمار مرتباً به سمت یکی از پنجره ها رفته و در بار بعدی اقدام به کشیدن پنجره بمنظور بازگردن آن دارد. بلافاصله بیمار را به تخت بازگردانیده، به سوپروایزر و پزشک معالج اطلاع داده که درخواست انجام مشاوره روانپزشکی شده است. بیمار توسط روانپزشک ویزیت شده و تحت مهار شیمیایی و فیزیکی قرار گرفته است. طبق دستور روانپزشک علاوه بر ادامه داروهای منزل که در بالا قید شده است برای بیمار پرفنازین و آسنترا هم شروع شده است. در حال حاضر حال عمومی بیمار خوب است و بشدت تحت نظر است.	شرح حادثه



علل رویداد حادثه	۱. عدم بررسی های روانی قبل از بستری ۲. بستری طولانی مدت در دو بیمارستان ۳. اختلالات مزمن روانی و عدم درمان مناسب همزمان با بستری شدن ۴. عدم ارزیابی صحیح بیمار و اخذ شرح حال گیری مناسب و طرح ریزی پلن درمانی مناسب ۵. افزایش ریسک اختلالات روانی گذشته و کاهش تاب اوری بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ نصب حفاظ های مقاوم بر روی پنجره های بخش ➤ افزایش توجه به اختلالات روانی و داروهای مصرفی مرتبط توسط بیماران در حین بستری ➤ انجام مشاوره های روانپزشکی در بیمارانی بستری طولانی مدت در بخش های ویژه و علی الخصوص با سابقه اختلالات روانی ➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری (مخصوصاً در بخش های ویژه) ➤ تأیید ترخیص بیماران دارای مشکلات و اختلالات روانی یا بیمارانی که در مشاوره اختلالات روانی آنها به تأیید متخصص روانپزشکی رسیده است، صرفاً توسط متخصص روانپزشکی خواهد بود و پزشک معالج بدون چنین مشاوره ای مجاز به ترخیص بیمار نخواهد بود
عنوان	اقدام به خودکشی
شرح حادثه	مددجو خانم ۱۷ ساله مورخ ۰۱/۰۵/۰۴ ساعت ۱۳:۰۰ با مددکار از مرکز بهزیستی با شکایت افکار خودکشی، بی قراری و پرخاشگری به اورژانس روان مراجعه کرده است. سابقه بستری در مرکز روانپزشکی ۵ بار ذکر میکند. از سن ۱۳ سالگی در بهزیستی زندگی میکند و از کودکی مادر خود را ندیده است و چند سال با پدرش زندگی کرده است. بیمار اظهار کرده زندگی برایم بی ارزش است و آخرش یه روزی خودم را میکشم. حساسیت دارویی و غذایی، مشکل جسمی را ذکر نمی کند. داروهای لیتیوم، هالوپریدول، بی پریدین، امپرازول، آتوروستاتین استفاده می کند. بر روی دست ها اسکار قدیمی ناشی از خودزنی مشاهده میشود. افکار دگرگشی (-)، توهم (-). ساعت ۱۴:۰۰ توسط قدرتی اینترن روان ویزیت و درخواست نوار قلب و آزمایش CBC، بیوشیمی (ESR- urea- cr- Na- K- LFT – CRP) داده شد، علائم حیاتی چک و BP:110/60، RR:18، PR:80. مشاوره تلفنی با اتند روان انجام شد و فرمودند بستری بخش روان زنان شود. با توجه به افکار خودکشی و اظهاراتش، بیمار در نزدیک ترین اتاق به ایستگاه پرستاری قرار گرفته و وسایل شخصی که احتمال آسیب به خود را دارد از بیمار گرفته شده است. مورخ ۰۱/۰۵/۰۶ ساعت ۱۷:۳۰ مددجو با شال بیمار دیگر اقدام به خودکشی نموده است که بلافاصله توسط همکار انتظامات و پرستار به اتاق ایزوله منتقل و با اینترن روان تماس گرفته شد و ایشان بلافاصله بر بالین بیمار حضور یافتند و با اتند روان صحبت نموده و آمپول هالوپریدول و بی پریدین تزریق شده است. مهار فیزیکی به مدت ۱۰ دقیقه انجام و بیمار آرام شده و خوابیده است. مورخ ۰۱/۰۵/۰۷ بیمار توسط اتند ویزیت و دستور شروع جلسات شوک درمانی جهت بیمار داده شد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم سرکشی پرستار به صورت مستمر ۲. عدم ایزولاسیون بیمار باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب ۴. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تأکید به پرستاران اورژانس روان جهت ثبت صحیح برگه تریاژ ➤ ابلاغ مجدد نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی به بخش های روان و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ شرح حال گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل ویزیت توسط پزشکان معالج و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران توسط پزشکان معالج ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ در صورت صلاحدید پزشکان معالج، انجام شوک درمانی در مراحل اولیه درمان برای بیماران با تشخیص افسردگی و افکار



	خودکشی با داشتن سابقه بستری روان با همین تشخیص
عنوان	اقدام با خودکشی
شرح حادثه	بیمار خانم ۳۵ ساله در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۴ با تشخیص MI در بیمارستان بستری میشود. سابقه کم خونی، جراحی هموروئید و انجام آندوسکپی و کولونوسکپی را ذکر نموده است. در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۵ بدلیل HB=7 دو واحد P.Cدو دریافت و HB بیمار به ۱۱/۱ افزایش می یابد. در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۶ در شیفت شب اقدام به خودزنی با قیچی ابرو میکند که بین دو ابروی بیمار اکیموز ۲*۱ ایجاد شده که زخم و خونریزی نداشته است. بعد از انجام خودزنی بیمار اظهار نموده است که سابقه افسردگی دارد ولی دارو مصرف نمی کند. بیمار درلیست آنژیوگرافی مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۸ قرار گرفته و آندوسکپی و کولونوسکپی بیمار بدلیل عدم رضایت بیمار انجام نشده است. در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۸ آنژیوگرافی بیمار انجام و که درخواست مشاوره با اینترونشن جهت انجام PCI داده شده است که بدلیل EF= 25% برای بیمار اسکن قلب انجام و قرار شد پس از اخذ جواب اسکن قلب، جهت انجام PCI مراجعه نماید. در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۱۲ بیمار ترخیص گردید.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ۲. عدم ارزیابی مستمر بیمار با مشکل اعصاب و روان و طرح اقدامات اصلاحی جهت جلوگیری از آسیب به بیمار ۳. عدم آموزش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه تغییر در حالات بیمار ۴. عدم اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکلات روانپزشکی به سوپروایزر کشیک ۵. عدم بررسی داروهای مصرفی بیمار در حین پذیرش و انجام تلفیق دارویی ۶. عدم بررسی محیط اطراف بیمار از نظر وسایل تیز، برنده و فلزی و غیر فلزی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی در خصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده ➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ آموزش اثربخش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه تغییر در حالات بیمار ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکلات روانپزشکی به سوپروایزر کشیک ➤ به روزرسانی خط مشی بیماران آسیب پذیر (روانپزشکی) و اطلاع رسانی و آموزش به کارکنان ➤ لزوم کنترل مستمر پرستار مسئول بیمار بالاخص در ساعت ۶:۳۰ و ساعت ۲۲ شب و هنگام تغییر شیفت و ساعات ملاقات ➤ لزوم تکمیل sade scale در بیماران پرخطر با اختلالات روانپزشکی و ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با ارزیابی انجام شده ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل تلفیق دارویی به تمامی پزشکان معالج و نظارت بر انجام تلفیق دارویی با چک پرونده های بیماران ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، جمع آوری وسایل، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری
عنوان	اقدام به خودکشی



مددجو آقای ۲۸ ساله مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۵ ساعت ۱۹:۵۶ با شکایت پرخاشگری و آسیب به خانواده (فحاشی و آسیب فیزیکی به خانواده) و تشخیص BID به اورژانس روان مراجعه کرده است. طبق گفته بیمار علائم و حرکاتی مشابه تشنج داشته که قرص والپرات سدیم از دو هفته گذشته استفاده میکند، سابقه مشکل جسمی، حساسیت دارویی و غذائی عنوان نمی کند. بیمار سابقه بستری در بخش روان مردان ۱ همین مرکز دو هفته گذشته داشته است، پس از ویزیت اینترن و تماس تلفنی با آنکال روان، در سرویس روانپزشکی بستری میشود. آرام و هوشیار است، ارتباط کلامی برقرار میکند. تمایل به ترخیص دارد و افکار خودکشی و آسیب به خود و دیگران ندارد. مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۸ ساعت ۱۹:۵۰ حین تحویل شیفت، بیمار به سرویس بهداشتی رفته و با مصرف و خوردن ۵ سی سی شامپو، اقدام به خودکشی کرده است. پزشک اینترن روان در بخش حضور داشته و توسط ایشان ویزیت شد، بیمار در دو نوبت استفراغ داشته است. طبق تماس تلفنی با پزشک معالج، فرمودند جهت مانیتورینگ قلبی و ریوی بیمار در بخش ICU تحت نظر باشد. آرام و هوشیار است. مورخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۹ ساعت ۱۰:۳۰ پس از ویزیت روانپزشکی، بیمار به بخش روان مردان ۱ با حال عمومی خوب منتقل شد.	شرح حادثه
۱. عدم ارزیابی و شرح حال گیری صحیح توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ۲. عدم سرکشی مستمر به بیمار ۳. عدم تحویل و تحول صحیح بیمار در حین تحویل شیفت (رویت بیمار و بررسی دقیق بیمار و...) ۴. عدم کنترل صحیح بخش از لحاظ وسایل با احتمال استفاده توسط بیمار برای خودکشی	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ مجدد و نظارت بر انجام تحویل و تحول بیماران براساس ISBAR بر بالین بیمار ➤ ارزیابی میزان ریسک خودکشی در بیماران مستعد خودکشی ➤ استفاده از جامایعی چشمی با امکان قفل شدن در بخش های روان ➤ ابلاغ مجدد نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی به بخش های روان و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ شرح حال گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ مجدد انجام ارزیابی و شرح حال گیری بیماران روان به تمامی گروه های بالینی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فرار بیمار	عنوان
مددجو ۳۳ ساله اتباع G4P3L3 در تاریخ ۱۳ مرداد ساعت ۱۷/۴۵ به اورژانس مراجعه و با علامت درد بستری شده است. علائم حیاتی: BP:132/82-P:86-T:37-R:18 بوده است و به لیبل منتقل و توسط متخصص زنان ویزیت شده است. آزمایشات درخواستی ارسال شد. NST گرفته شد و تحت نظر میباشد. در ارزیابی اولیه احتمال سقوط و ناآگاهی از سیر زایمان ذکر شده است. در تاریخ ۱۴ مرداد ساعت ۸ صبح توسط پزشک زنان ویزیت شده است مشاوره داخلی و قلب درخواست شده که مشاوره قلب انجام و اوکی عمل داده شده است. مشاوره داخلی نیز انجام شد و با توجه به فشار خون ۱۴۰/۹۰ سولفات شروع گردید و اوکی عمل جراحی با توجه به سزارین تکراری داده شده است. بیمار به اتاق عمل منتقل شده است و سزارین شده است و آپگار ۹-۱۰ متولد شده است. باتوجه به فشارخون مددجو بعد از سزارین در ساعت ۱ صبح به بخش ICU منتقل شده است. علائم حیاتی BP:150/85-R:190-SPO2:95% در تاریخ ۱۵ مرداد ساعت ۸ صبح توسط متخصص زنان ویزیت و PO شده است و طبق نظر ایشان با اوکی بیهوشی به بخش منتقل گردید. نوزاد باتوجه به زردی، به بخش نوزادان منتقل گردید. در تاریخ ۱۷ مرداد توسط متخصص زنان ویزیت شد و با دستور هپارین، کلیندامایسین و سفکسیم مرخص میباشد. طبق گفته پرستار مددجو از شیفت صبح دو بار اقدام به فرار کرده است. در ساعت ۱۳:۳۰	شرح حادثه



توری پنجره را پاره و اقدام به خروج از پنجره نموده است، که بر روی ایرانیت و وانت زیر پایش افتاده است. درخواست مشاوره نوروسرجری، روانپزشکی، ارتوپدی شد، گرافی و Brain CT انجام شد. سونوکامل شکم و لگن انجام شد و توسط متخصص زنان ویزیت شد. مشاوره روانشناسی انجام شد و دستورات: قرص هالوپریدول، بای پردین و مراجعه سرپایی جهت ادامه درمان سرپایی نمودند. آموزشهای لازم داده شد و به مرکز بهداشت نیز برای پیگیری مددجو اطلاع رسانی لازم انجام شد. توسط نوروسرجر ویزیت شد و مشکلی گزارش نشد، شکستگی مشاهده نشد. سونوگرافی شکم و لگن نرمال بوده است. همسر مددجو اصرار به ترخیص با رضایت شخصی داشته است. با توجه به کامل شدن درمان و با آموزشهای لازم و صورتجلسه نیروی انتظامی مددجو مرخص گردید.	
۱. نداشتن حفاظ پنجره ۲. عدم ارزیابی صحیح بیمار و بررسی دقیق علت فرار در شیفت صبح ۳. عدم اطلاع رسانی فرار بیمار به پرسنل حفاظت فیزیکی، مددکاری و سوپروایزری ۴. عدم انجام اقدام صحیح و مناسب بدنال فرار اولیه بیمار ۵. عدم بررسی صحیح وضعیت روانی بیمار و احتمال خودکشی در بیمار ۶. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار	علل رویداد حادثه
➤ انجام واکنشهای موثر و صحیح ایمنی بیمار در تمامی بخش های بالینی و پیاده سازی صحیح استانداردهای ایمنی ➤ لزوم مجهز نمودن تمامی پنجره ها به حفاظ جهت جلوگیری از فرار و سقوط بیماران ➤ آموزش عملیاتی و اثربخش انجام صحیح ارزیابی اولیه و کامل بیماران جهت گروه پرستاری ➤ آموزش عملیاتی و اثربخش ارزیابی صحیح وضعیت روانی و احتمال خودکشی در بیماران ➤ تدوین و ابلاغ دستورالعمل نحوه ارزیابی، اقدام و ... درخصوص بیماران با احتمال/سابقه فرار- ترک بدون اطلاع ➤ تاکید و نظارت بر پیگیری مستمر و موثر واحد مددکاری درخصوص بیماران مشکل دار ➤ لزوم شناسایی افراد پرریسک برای مراقبت های بیشتر ➤ آموزش اثربخش کلیه کارکنان بالینی/غیربالینی و رعایت دستورالعمل های ایمنی در زمان ترخیص بیماران ➤ تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
ترک بدون اطلاع	عنوان
بیمار آقای ۴۶ ساله تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۰۸ ساعت ۱۱:۱۷ در سرویس داخلی با تشخیص دیابت و هیپرگلیسمی بستری شده است. در ساعت ۱۵:۳۰ مورخه ۱۴۰۱/۰۶/۱۲ پرسنل متوجه عدم حضور و فرار بیمار شده اند. بیمار addict می باشد و سابقه مصرف متادون را دارد. قبل از خروج از بیمارستان از همراه تخت کناری پول گرفته و اظهار نموده که حال خوبی ندارد و باید برود و از وی خواسته که به پرسنل بخش اطلاع رسانی نشود. با شماره ای که در پرونده بیمار بود، تماس گرفته شد ولی پاسخگو نبوده اند. فرار بیمار توسط پرسنل انتظامات صورت جلسه گردیده و مراتب به ریاست مرکز، مسئول حراست اطلاع رسانی شده است.	شرح حادثه
۱. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک و پرستار و انجام تلفیق دارویی (تصمیم گیری درخصوص شربت مصرفی منزل بیمار) ۲. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران در طی شیفت توسط کارکنان بخش ۳. عدم مانیتورینگ مستمر بیمار با مشکل اعتیاد ۴. عدم آموزش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت خروج از بخش	علل رویداد



حادثه	۵. عدم نظارت بر افراد ملاقات کننده بیماران با مشکل اعتیاد ۶. عدم اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکل اعتیاد در بخش به کارکنان حراست و سوپروایزر بالینی ۷. عدم آگاهی کافی کارکنان از خط مشی بیماران آسیب پذیر (اعتیاد) و اجرائی نمودن آن ۸. عدم انجام ارزیابی اولیه دقیق و صحیح در خصوص ثبت اعتیاد بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ انجام ارزیابی صحیح بیماران توسط پزشک و پرستار و انجام تلفیق دارویی مطابق دستورالعمل و تصمیم گیری درخصوص داروهای مصرفی در منزل ➤ مانیتورینگ مستمر و پایش صحیح بیماران در طول شیفت ➤ شناسایی صحیح افراد آسیب پذیر و پرریسک برای انجام مراقبت بیشتر ➤ بستری بیماران آسیب پذیر در اتاق های نزدیک استیشن پرستاری و پایش مستمر بیماران ➤ آموزش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت خروج از بخش و بیمارستان ➤ نظارت بر افراد ملاقات کننده بیماران با مشکل اعتیاد و دارای ریسک فاکتورهای احتمال فرار ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکل اعتیاد در بخش به کارکنان حراست و سوپروایزر بالینی ➤ به روزرسانی خط مشی بیماران آسیب پذیر (اعتیاد) و اطلاع رسانی و آموزش به کارکنان ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی و پرسنل درمانی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان ➤ تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز
عنوان	ترک بدون اطلاع
شرح حادثه	بیمار آقای ۴۹ ساله که در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۴ در ساعت ۷:۱۵ بدنبال ضعف، بیحالی، تنگی نفس و سرفه به بیمارستان مراجعه کرده است. بلافاصله تریاژ انجام و در سطح ۲ تریاژ قرار میگیرد. علائم حیاتی کنترل و - BS=109-SPO2=88% PR=100-BP=102/72-GCS=15/15 RR=18 T=37 بوده است. بیمار addict و smoker بوده و سابقه بیماری، حساسیت دارویی و غذایی خاصی را ذکر نمی کند. در ساعت ۷:۴۵ توسط دکتر ویزیت و اقدامات درمانی انجام میشود. خط وریدی برقرار و دارو درمانی، مانیتورینگ قلبی، اکسیژن تراپی و نبولایزر برای بیمار اجرا شده است. آزمایشات بیمار در ساعت ۰۸:۰۰ ارسال و در ساعت ۰۹:۴۰ جواب دریافت و به رویت پزشک معالج رسانده شد. در ساعت ۰۸:۳۰ گرافی انجام و سپس در اورژانس تحت نظر قرار گرفته است. در ساعت ۰۹:۴۵ جهت انجام مشاوره داخلی با دکتر تماس گرفته شده و به ایشان اطلاع داده و گفته اند جهت انجام مشاوره بر بالین بیمار حاضر می شوند. در ساعت ۱۱ مشاوره داخلی انجام و دستور بستری بیمار در بخش داده شده است. بیمار برای کشیدن سیگار بیکار بوده و در نهایت برای تشکیل پرونده از تخت خارج شده است و بیمارستان را ترک نموده است. به نگهبان اطلاع داده شد اما بیمار قبل از تشکیل پرونده اورژانس را ترک نموده بود.
علل رویداد حادثه	۱. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش ۲. کمبود نظارت واحد نگهبانی و پرستاری بر ورود و خروج بیماران ۳. شلوغی و ازدحام بیماران اورژانس
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ حساس سازی پرسنل در ارتباط با شناسایی بیماران با احتمال فرار ➤ بازدید های دوره ای توسط واحد نگهبانی از کلیه بخش ها و کنترل حضور بیماران در بخش ➤ لزوم حضور مداوم پرسنل حفاظت فیزیکی در بخش اورژانس و توجه و دقت بالا به ورود/خروج بیماران با کنترل برگه پذیرش/ترخیص ➤ نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی بر خروجی های بیمارستان



➤ تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز و ابلاغ به کلیه پرسنل ➤ شناسایی افراد پرریسک برای مراقبتهای بیشتر ➤ کنترل منظم بخش های اورژانس ➤ ارتباط مناسب و تعامل با بیمار و همراهان او ➤ ثبت دقیق اطلاعات بیمار برای کاهش ریسک فرار یا دسترسی داشتن به او پس از فرار ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان	
زخم بستر درجه ۳ بعد از ترخیص بیمار	عنوان
مددجو آقای ۴۹ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ به دنبال تیرخوردگی به کمر به اورژانس بیمارستان ارجاع شده است و تحت جراحی قرار گرفته و متاسفانه دچار پلژی اندام تحتانی گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۹ به دستور پزشک معالج مرخص شده ولی به دلیل متهم بودن بیمار و مشکلی که برای ایشان پیش آمده، خانواده و هیچ مرکزی قبول به ترخیص بیمار نکرده اند و بیمار به صورت ترخیص نرفته در بخش بستری بوده است. علیرغم وجود تشک مواج و تغییر پوزیشن و ماساژ، بیمار در ناحیه ساکروم (محل زخم گلوله) دچار زخم بستر شده که در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۱ تبدیل به درجه III شده است. به اطلاع پزشک معالج رسیده و به دستور ایشان پرونده بیمار از ترخیص به بستری برگردانده شده است و مشاوره ترمیمی درخواست گردیده. به اطلاع متخصص مربوطه رسیده و ایشان فرمودند که بیمار پلژی را ویزیت نمی کنند. سپس توسط کارشناس زخم مرکز مشاوره شده و زخم بستر مددجو توسط ایشان پانسمان گردیده است. همچنین تشک مواج به صورت مداوم برقرار بوده و تغییر پوزیشن و ماساژ و رژیم تغذیه ای به صورت مستمر انجام می گردد ولی متاسفانه بیمار همکاری نداشته است. مشاوره عفونی درخواست شده که توسط متخصص عفونی ویزیت گردیده، دستورات دارویی اجرا و به فرموده ایشان در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۳۰ مشاوره عفونی مجدد گردد. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۷ توسط پزشک معالج تحت دبریدمان محل زخم بستر قرار گرفته و مشاوره ترمیمی مجدد درخواست شده تا در صورت آماده بودن محل زخم، گرافت پوستی انجام گردد. در حال حاضر (۱۴۰۱/۰۴/۲۸) بیمار بستری و تحت نظر می باشد و اقدامات درمانی، دارویی و مراقبتی انجام می گردد.	شرح حادثه
۱. عدم ارزیابی صحیح جامع و کامل پوست بیمار در نواحی تحت فشار ۲. عدم ارزیابی صحیح ریسک زخم (برادن) ۳. عدم ارزیابی صحیح وضعیت تغذیه ای بیمار پس از جراحی اولیه ۴. عدم آگاهی کافی پرسنل پرستاری از زخم فشاری، درجه بندی و شناسایی نوع ضایعه پوستی ۵. عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل بخش و بیمار ۶. عدم آگاهی کافی از ریسک فاکتورهای ایجاد زخم فشاری و روشهای پیشگیری و مراقبت از آن (تغییر پوزیشن و ماساژ، رژیم های تغذیه ای و ...) ۷. عدم ارائه مراقبت های پرستاری مناسب به بیمار ترخیص نرفته در بیمارستان ۸. پلژی اندام تحتانی بیمار ۹. عدم همکاری بیمار ۱۰. بستری طولانی مدت بیمار (عدم قبول بیمار ترخیصی توسط خانواده و مراکز دیگر) ۱۱. عدم انجام به موقع مشاوره/ویزیت ترمیمی بیمار و انجام اقدام درمانی در زمان مناسب	علل رویداد حادثه
➤ آموزش اثربخش و عملیاتی ارزیابی صحیح ریسک زخم بستر و ارزیابی جامع پوست برای کادر پرستاری ➤ نظارت سوپروایزران بالینی بر انجام اقدامات پرستاری در جهت پیشگیری از زخم بستر در بیماران بیحرکت و CBR ➤ در تمامی شیفت های بالینی- نظارت مدیران میانی بر نحوه ارائه مراقبت ها در بیماران ترخیص نرفته ➤ برگزاری دوره های آموزشی برقراری ارتباط موثر با بیماران جهت کلیه کادر درمانی ➤ لزوم ارزیابی وضعیت تغذیه ای و انجام مشاوره تغذیه در تمامی بیماران با مشکلات حرکتی و بهبود وضعیت تغذیه ای بیماران ➤ برگزاری دوره های آموزشی عملی روش های پیشگیری و مراقبت از زخم فشاری توسط کارشناسان زخم مراکز	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



	➤ ارزیابی و بررسی وضعیت پوست و نحوه انجام مراقبت های پرستاری در بیماران بیحرکت و CBR و... بصورت روزانه ➤ توسط کارشناس زخم مرکز و انجام پانسمان های مورد نیاز توسط کارشناس زخم ➤ آموزش عملی نحوه انجام صحیح تغییر پوزیشن بیماران جهت گروه پرستاری، کمک پرستاری و... ➤ بررسی علل حضور بیماران ترخیص نرفته در بخش های بستری توسط واحد مددکاری و پیگیری ترخیص به موقع ➤ بیماران پیشگفت جهت جلوگیری از عوارض بستری طولانی مدت ➤ لزوم ارزیابی صحیح و انجام اقدامات تشخیصی- درمانی مناسب و به موقع در بیماران دچار عوارض های بستری ➤ تدوین پروتکل داخلی درخصوص تداوم مراقبت و انجام اقدامات درمانی در بیماران ترخیص نرفته و ابلاغ به تمامی پزشکان و کادر پرستاری
عنوان	سقوط بیمار در حین انتقال
شرح حادثه	مددجو خانمی ۱۳ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۰۱ جهت عمل شنت گذاری به اتاق عمل منتقل شده است. اتاق جراحی جهت عمل شنت گذاری توسط دستگاه در حال ضدعفونی بوده است و پرسنل بیرون از اتاق حضور داشتند. خدمات هم بدون هماهنگی با پرسنل اتاق عمل، اقدام به انتقال بیمار از برانکارد بر روی تخت جراحی نموده اند که حین انتقال بیمار سقوط نموده است. پرسنل بر بالین بیمار حاضر شده و توسط پزشک معالج ویزیت و مشکلی در اثر سقوط نداشته است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم آگاهی کافی پرسنل از شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار ۲. سهل انگاری و عدم توجه پرسنل اتاق عمل در خصوص نقل و انتقال ایمن بیمار ۳. عدم هماهنگی نیروی خدمات با پرسنل اتاق عمل جهت جا به جایی بیمار ۴. عدم آگاهی پرسنل درخصوص نقل و انتقال ایمن بیمار ۵. عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل اتاق عمل
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برگزاری کمپین های آموزشی جهت پیشگیری از حوادث احتمالی ➤ آموزش چهره به چهره و جلسات درون بخشی جهت رعایت نکات دستورالعمل های ایمنی بیمار ➤ نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل در خصوص نقل و انتقال ایمن بیماران ➤ آموزش مجدد و نظارت جهت هماهنگی نیروی خدمات با پرسنل اتاق عمل جهت جا به جایی بیمار ➤ آموزش اثربخش و عملی نحوه صحیح نقل و انتقال ایمن بیماران جهت کلیه کادر کمک پرستار، بیماربر، کادر پرستاری و... ➤ نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل در خصوص برقراری ارتباط موثر درمانی
عنوان	سقوط بیمار در اثر سرگیجه
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۰۷ ساعت ۱۱:۴۵ با پای خودش و GCS=15 به علت ترومای نافذ دست چپ (چاقو خورده) ، به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. توسط طب اورژانس ویزیت و آزمایشات درخواستی ارسال گردیده و دستور بستری در سرویس عروق داده شده است. در همین حین که همراه جهت تشکیل پرونده به واحد پذیرش مراجعه نموده است، بیمار از برانکارد پایین آمده و دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. مجدد بیمار توسط طب اورژانس ویزیت شده و دستور سی تی اسکن از سر داده شده که انجام و به رویت ایشان رسیده و مشکلی نداشته است. بیمار در ساعت ۱۴:۲۰ جهت جراحی دست با برانکارد مستقیم از اورژانس به اتاق عمل منتقل شده است. بیمار در ساعت ۱۹:۳۵ پس از ترمیم شریان اولنار و رادیال دست چپ با GCS=15 از اتاق عمل به بخش جراحی منتقل شده است.



علل رویداد حادثه	۱. عدم تریاژ سریع بیمار اورژانسی دارای خونریزی فعال به علت احتمال سرگیجه ۲. عدم انجام ارزیابی و اقدام درمانی به موقع و مناسب باتوجه به خونریزی فعال بیمار ۳. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط بیمار و شناسایی صحیح پرخطر بودن بیمار ۴. عدم ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار ۵. عدم آموزش کافی در رابطه با سقوط به بیمار و همراه بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ اولویت بندی و تریاژ سریع بیمار اورژانسی دارای خونریزی فعال ➤ ارزیابی صحیح ریسک سقوط در بیماران و انجام اقدامات درمانی درخصوص بیماران پرریسک ➤ ارزیابی دقیق اولیه بیمار و ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار قبل از اقدامات ➤ آموزش کافی به بیمار و همراه در رابطه با سقوط به دنبال سرگیجه ➤ برگزاری کلاس آموزشی راه های برقراری ارتباط موثر با بیمار
عنوان	سقوط بیمار در حین انتظار گرافی
شرح حادثه	مددجو آقای ۲۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۹ ساعت ۱۲:۱۵ با سطح هوشیاری GCS=15 با تشخیص کتف سمت چپ به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. توسط طب اورژانس ویزیت و بدون انجام گرافی، کتف بیمار توسط ایشان جانندازی شده است. پس از جانندازی کتف، بیمار بدون اطلاع بیمارستان را ترک نموده است و مجدد در ساعت ۱۳:۵۰ توسط همراه به اورژانس مراجعه نموده و شروع به سر و صدا نموده و اظهار داشته که کتف من جانندازی نشده است که مجدد توسط طب اورژانس ویزیت شده و درخواست گرافی شده است. در حین انتظار پشت درب رادیولوژی با همراهان بیمار دیگری درگیری فیزیکی سر نوبت داشته اند که بیمار در این حین دچار سقوط شده است. پس از حادثه، گرافی انجام شده و به رویت طب اورژانس رسیده و درخواست مشاوره ارتوپدی شده است که شکستگی هموروس چپ داشته و در سرویس و بخش ارتوپدی بستری گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۰۹ به اتاق عمل منتقل شده و تحت پین گذاری بازوی چپ قرار گرفته و در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ مجدد به اتاق عمل منتقل و تحت عمل جراحی پیچ و پلاک گذاری هموروس چپ قرار گرفته است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم انجام ارزیابی صحیح و انجام اقدامات تشخیصی مناسب در مراجعه اول بیمار (عدم درخواست گرافی جهت بیمار در رفتگی کتف قبل از جانندازی) ۲. عدم رعایت دستورالعمل نقل و انتقال ایمن بیماران (انتقال بیمار با ویلچر یا برانکارد) ۳. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط قبل از اقدامات پاراکلینیکی ۴. عدم ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار ۵. شلوغی پشت درب واحد تصویربرداری و عدم مدیریت نحوه نوبت دهی و انتظار بیماران
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ رعایت دستورالعمل نقل و انتقال ایمن در جابجایی بیماران (انتقال بیمار جهت اقدامات پاراکلینیکی با ویلچر یا برانکارد توسط کادر درمان) ➤ تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی دقیق و صحیح توسط پزشک و پرستار و انجام اقدامات تشخیصی- درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی صورت گرفته ➤ ارزیابی ریسک سقوط قبل از اقدامات پاراکلینیکی توسط پرسنل بخش و واحد تصویربرداری ➤ ارزیابی دقیق اولیه بیمار و ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار قبل از انجام اقدامات پاراکلینیکی ➤ مدیریت و اولویت بندی انجام گرافی ها توسط واحد تصویربرداری
عنوان	سقوط بیمار در حین انتقال از تصویر برداری به بخش ویژه
شرح حادثه	مددجو آقای ۷۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۳ به علت مولتی تروما و شکستگی اینترتروک راست در اثر سقوط از سطح همتراز توسط اورژانس ۱۱۵ به اورژانس بیمارستان ارجاع و در سرویس ارتوپدی بستری گردیده است. آزمایشات درخواستی بدو ورود مختل بوده است.



بیمار سابقه فشارخون بالا ، دیابت و نارسایی کلیه داشته است. به دستور پزشک معالج، مشاوره جراح مغز و اعصاب شده و درخواست سی تی اسکن از سر گردیده است . در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۵ بیمار در بخش دچار GI Bleeding شده و به دستور پزشک متخصص بیهوشی بعد از انجام سی تی اسکن از قفسه سینه و به دستور جراح مغز و اعصاب پس از انجام سی تی اسکن از سر به بخش ویژه منتقل گردد. در همان تاریخ ساعت ۹:۱۰ صبح قبل از انتقال به بخش ویژه و بعد از انجام سی تی اسکن های بیمار، حین انتقال از واحد تصویربرداری به بخش ویژه، پایه چرخ برانکارد از محل اتصال به برانکارد شکسته و علیرغم حضور کمک پرستار، خدمات و همراه بیمار و بالا بودن بدساید دو طرف برانکارد، بیمار بر روی زمین سقوط نموده است . بیمار با احتیاط بر روی برانکارد دیگر و سپس به بخش ویژه منتقل شده است . در بخش ویژه توسط فلوشیپ مقیم ویزیت شده که طی ارزیابی اولیه، ابروی چپ بیمار دچار کراش و تورم شده بوده و درخواست سی تی اسکن مجدد از سر پس از ثابت شدن وضعیت بیمار، مشاوره داخلی و مشاوره قلب (به علت مختل بودن آزمایشات ، بیماری زمینه ای و GI Bleeding) می گردد . سی تی اسکن مجدد از سر پس از ثابت شدن وضعیت بیمار انجام و به رویت متخصص می رسد که مشکلی نداشته است. سپس درخواست سی تی اسکن و ام آر آی از لومبوساکرال می گردد که پس از انجام و رویت توسط متخصص، بیمار شکستگی مهره کمری داشته که به دستور ایشان پس از اجازه داخلی و قلب در لیست عمل قرار گیرد.	
۱. واکراندهای ایمنی غیرموثر و عدم بررسی مناسب وضعیت تجهیزات بخش ها از لحاظ ایمنی ۲. سهل انگاری و بی دقتی در ارزیابی ایمنی تجهیزات قبل از انتقال بیمار ۳. عدم توجه مناسب مسئول بخش به سلامت تجهیزات مورد استفاده از بخش و خارج سازی تجهیزات مشکل دار از دسترس ۴. وجود برانکاردهای فرسوده ۵. وجود سطح ناهموار	علل رویداد حادثه
➤ کنترل ایمنی تجهیزات با چک لیست مربوطه توسط کمک پرستار در هر شیفت و در صورت خرابی، گزارش به مسئول بخش ➤ انجام موثر واکراندهای ایمنی بیمار از بخش های بالینی و بررسی دقیق وضعیت تجهیزات ➤ درخواست و پیگیری خرید/تهیه برانکاردهای استاندارد و خارج سازی تجهیزات فرسوده ➤ تاکید و نظارت بر بررسی وضعیت تجهیزات مورد استفاده جهت نقل و انتقال بیماران قبل از استفاده	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط	عنوان
بیمار خانم ۵۲ ساله ساعت ۱۳:۱۹ تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ با شکایت عدم تعادل و دوبینی که ۴ ماه پیش شروع شده، توسط همراه به اورژانس بیمارستان آورده شده است. سابقه ناراحتی اعصاب داشته است. ویزیت طب اورژانس و نورولوژی انجام و درخواست Brain MRI میشود. ام آر آی به رویت نورولوژی رسیده و ساعت ۲۱:۴۵ بیمار از سرویس نورولوژی با دستور (انجام مشاوره روانپزشکی) ترخیص میگردد. بیمار دستور عدم خروج از تخت داشته است. تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۲ ساعت ۰۶:۵۰ هنگام خروج از تخت با بدساید بالا از ناحیه شانه راست به زمین سقوط میکند و بیمار سریعاً به تخت برگردانده شده و علائم حیاتی کنترل میگردد که نرمال می باشد. توسط طب اورژانس ویزیت و گرافی شانه انجام و به رویت پزشک میرسد. از نظر ایشان مشکلی ایجاد نشده است . ساعت ۰۸:۰۰ با اصرار همراهان با وجود توصیه و تاکید جهت انجام مشاوره روانپزشکی با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می نماید.	شرح حادثه
۱. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه ۲. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت ۳. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۴. عدم مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ۵. عدم وجود زنگ اظهار پرستار جهت تمام تخته های اورژانس	علل رویداد حادثه



۶. عدم وجود کمربند محافظ بدساید و لبه پایینی تخت ۷. عدم تعیین تکلیف بیمار پس از ترخیص از سرویس مربوطه و ارجاع به صورت سرپائی در خصوص پیگیری مشاوره روانپزشکی با توجه به شرایط بیمار	
➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه و...) ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ➤ پیگیری تعبیه زنگ اظهار پرستار جهت تمام تختهای اورژانس ➤ پیگیری تهیه کمربند محافظ بدساید و لبه پایینی تخت ➤ برگزاری کلاس آموزشی شرایط تهدید کننده ایمنی جهت کارکنان پرستاری با تمرکز بر سقوط ➤ پیگیری تعیین تکلیف بیمار پس از ترخیص از سرویس مربوطه و ارجاع به صورت سرپائی در خصوص پیگیری مشاوره روانپزشکی با توجه به شرایط بیمار ➤ نظارت مستمر مسئولین شیفت بر شرایط بیماران در معرض سقوط	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
عنوان	آسیب انگشت دست بدنبال گیر کردن در زنجیر کپسول اکسیژن
شرح حادثه بیمار آقای ۵۱ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۳۰ با درد قفسه سینه به اورژانس بیمارستان انتقال داده شده است. پس از ویزیت با تشخیص MI، P.PCI انجام و در بخش CCU2 بستری گردیده است. تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۱ ساعت ۰۵:۰۰ بیمار با همراه به سرویس بهداشتی رفته و انگشت کوچک دست راست بیمار بین زنجیر و کپسول اکسیژن داخل سرویس بهداشتی گیر کرده و باعث آسیب به دست بیمار شده است (لازم بذکر است بیمار بیقرار بوده است). گرافی انجام و به رویت طب اورژانس رسید و درخواست مشاوره ارتوپدی گردید. طبق نظر ارتوپد نیاز به آتل و ترمیم پوستی داشته است. تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۲ توسط پزشک معالج ویزیت و از نظر ایشان به جز آتل نیاز به اقدام درمانی دیگری نبوده است.	
۱. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص عدم خروج از تخت با توجه به شرایط بیمار (بیقرار بودن) ۲. عدم توجه به دلایل بیقراری بیمار و انجام اقدام درمانی صحیح درخصوص رفع بیقراری بیمار ۳. عدم دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک معالج در بیماران بیقرار ۴. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۵. عدم مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ۶. عدم خارج کردن به موقع کپسول اکسیژن از سرویس بهداشتی پس از استفاده	علل رویداد حادثه
➤ ارزیابی دقیق بیمار از نظر آگاهی به زمان و مکان در طول شیفت ➤ آموزش موثر به بیمار/ همراه در خصوص عدم خروج از تخت با توجه به شرایط بیمار ➤ دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک در بیماران بیقرار ➤ آموزش موثر شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ➤ مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار در طول شیفت و توجه به علائم هشداردهنده ➤ خارج کردن به موقع کپسول اکسیژن از سرویس بهداشتی پس از استفاده	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
عنوان	سقوط و تورم تمپورال چپ



بیمار خانم ۸۱ ساله ساعت ۱۰:۳۴ تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۵ با شکایت بیحسی سمت چپ که از ساعت ۸:۰۰ صبح شروع شده توسط EMS به اورژانس بیمارستان، سابقه CABG ۴ سال پیش، HTN, HLP داشته. ویزیت طب اورژانس انجام و درخواست Brain CT و ویزیت نورولوژی شد. بدلیل نبود تخت خالی ابتدا روی برانکارد EMS و بعد از آن روی برانکارد در اورژانس جابه جا شد. آموزش عدم خروج از تخت و پیشگیری از سقوط به همراه داده شد. بیمار ساعت ۱۱:۳۰ با بدساید بالا از روی برانکارد به زمین سقوط کرده است. بیمار سریعاً به تخت برگردانده شد، علائم حیاتی کنترل گردید نرمال بود. تورم مختصر در تمپورال چپ داشته، توسط طب اورژانس ویزیت و گرافی قفسه سینه و لگن و Brain CT, Servical CT انجام و به رویت طب اورژانس رسیده است. از نظر ایشان مشکلی ایجاد نشده بود. مشاوره داخلی از نظر کووید و مشاوره بیهوشی از نظر نیاز به تخت ICU انجام و در نهایت بیمار در ساعت ۱۷:۰۰ به بخش داخلی مردان (ایزوله) منتقل گردید.	شرح حادثه
۱. عدم آموزش کافی شرایط تهدید کننده ایمنی به همراه ۲. عدم مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ۳. عدم اطمینان از فیکس بودن بدساید (باز شدن بدساید زمان جابه جایی بیمار) ۴. عدم وجود تخت خالی در اورژانس	علل رویداد حادثه
➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ کنترل بدسایدها از نظر سلامت و فیکس بودن آن بطور مستمر ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ➤ نظارت مستمر مسئولین شیفت بر شرایط بیماران در معرض سقوط ➤ مدیریت تخت در اورژانس با توجه به شرایط بیماران	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط	عنوان
مددجو آقای ۹۰ ساله در تاریخ ۱۳/۱۰/۱۴۰۱ با تشخیص رکتورژی در بخش داخلی- عفونی بستری می گردد. آموزشهای لازم در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار و بالا بودن بدساید به بیمار داده شد، علی رغم توضیحات و تذکرات مکرر به همراهان جهت حضور در کنار بیمار با توجه به سن بالا و نیاز بیمار، هیچ یک در کنار بیمار نماندند. در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۷ ساعت ۲۲:۱۰ جهت خروج از تخت با توجه به بالا بودن Bedside بدون اطلاع به پرستار و بدون استفاده از زنگ احضار، پس از خروج از کنار Bedside سقوط کرده، لازم به ذکر است بیمار RBR بوده ولی با توجه به اینکه ساید ها بالا بوده بیمار از لبه ی تخت اقدام به خروج نموده و دچار عدم تعادل گردیده و زمین میخورد، سر بیمار به لاکر اصابت کرده است. به دنبال آن کمک بهیار و پرستار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند و مددجو مجدداً بر روی تخت منتقل می شود (سر بیمار دچار جراحات شده و سه عدد سوچور خورده است)	شرح حادثه
۱. ناکافی بودن آموزش های ارائه شده به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار، بدساید و ... ۲. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه	علل رویداد



حادثه	۳. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت ۴. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۵. عدم در دسترس بودن وسایل کمکی جهت جابجایی بیمار ۶. عدم چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران در طی شیفت های بالینی ۷. عدم حضور همراه کنار بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش به بیمار در خصوص اهمیت استفاده از زنگ احضار پرستار در هنگام خروج از تخت و نحوه استفاده از بدساید ➤ تهیه ی واکر به تعداد مورد نیاز بخش جهت استفاده ی بیماران و در دسترس قراردادن جهت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه و...) ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ➤ نظارت مستمر مسئولین شیفت بر شرایط بیماران در معرض سقوط و آسیب پذیر ➤ بستری بیماران آسیب پذیر و پرخطر در اتاق های نزدیک استیشن پرستاری و پایش مستمر بیماران
عنوان	سقوط
شرح حادثه	مددجو آقای ۸۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۴ ساعت ۱۳:۵۶ به دنبال سقوط همتراز در منزل ، توسط آمبولانس ۱۱۵ با GCS=13/15 و با برانکارد و بک بورد به اورژانس این مرکز منتقل شده است . توسط طب اورژانس ویزیت شده ، اقدامات درمانی و سی تی اسکن از سر به عمل آمده که کانتیوژن مغزی مطرح بوده و در سرویس جراح مغز و اعصاب بستری گردیده است . به دلیل عدم وجود تخت خالی در بخش، در اورژانس تحت نظر و مانیتورینگ گردیده است . در ساعت ۱۷:۳۰ با وجود داشتن همراه ، بیمار بر روی زمین سقوط نموده است . در ارزیابی اولیه ، بیمار دچار تروما به صورت و پارگی روی پل بینی شده که مجدد ویزیت شده و پارگی بینی سچور شده است . به دستور پزشک معالج سی تی اسکن مجدد از سر به عمل آمده که تغییری نداشته است . بیمار در ساعت ۲۰:۱۵ با همان GCS=13/15 به بخش ویژه منتقل شده است . در تاریخ ۱۴۰۱/۰۷/۲۵ مجدد توسط پزشک معالج ویزیت شده و سی تی اسکن از سر و صورت و مشاوره ENT درخواست شده است . در حال حاضر بیمار از نظر مغز و اعصاب تحت نظر و دارای GCS=13/15 می باشد و از نظر ENT مشاوره شده که شکستگی بینی دارد و در صورت OK مغز و اعصاب در لیست عمل شنبه صبح (۱۴۰۱/۰۷/۳۰) قرار می گیرد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم آموزش کافی و ارتباط موثر در رابطه با سقوط به بیمار و همراه ۲. عدم توجه و سهل انگاری در خصوص خرابی بدساید برانکارد ۳. عدم ارزیابی صحیح ریسک بیماران در انتظار بستری در بخشهای ویژه ۴. عدم شناسایی بیمار آسیب پذیر و پرخطر و مراقبت و درمان با شیوه ایمن ۵. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر ۶. عدم توجه و سهل انگاری جهت شرایط تهدید کننده ایمنی بخش ۷. عدم مهار شیمیایی و یا فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن ۸. خرابی و فرسودگی بدساید برخی از تخت ها و برانکاردهای اورژانس
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ لزوم آموزش اثربخش درخصوص ریسک خطر سقوط به بیمار و همراه ➤ ارزیابی تجهیزات بصورت مستمر با چک لیست ارزیابی تجهیزات ایمن و در صورت خرابی گزارش به مسئول مربوطه و ارسال جهت تعمیر به واحد تاسیسات ➤ ضرورت ارزیابی صحیح ریسک سقوط در بیماران در انتظار بستری در بخشهای ویژه مطابق ضوابط ➤ پایش مستمر و مراقبت صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر مطابق ریسک شناسایی شده



	➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری ➤ مخاطرات و شرایط تهدید کننده ایمنی بخش شناسایی و دقت گردد ➤ ضرورت انجام مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیمار با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن در صورت نیاز ➤ ضرورت ارزیابی خرابی تمامی بدسایدها، ویلچرها، برانکاردها، ترمز چرخ ها، پایه سرم ها و تخت ها و پیگیری تعمیر و تجهیز به کمر بند ایمنی ➤ انجام ارزیابی اولیه دقیق بیمار و گرفتن شرح حال دقیق و سابقه بیماری ➤ چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به همراه و بیمار بصورت مستمر ➤ ارزیابی دقیق معیار موریس در هر شیفت جهت بیماران خصوصاً بیماران مستعد سقوط ➤ هایلایت کردن احتمال سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها
عنوان	سقوط از تخت
شرح حادثه	مددجو دختر بچه ای ۷ ساله بوده که با تشخیص تشنج های کنترل نشده در بخش picu بستری و تحت درمان با درپم میدازولام بوده است. اینتوبه بوده و مهار فیزیکی داشته است. به دلیل بهبودی نسبی و اکستوب شدن، مهار فیزیکی برداشته شده و نسبتاً آرام بوده است ولی به علت قد بلند بودن روی تخت بزرگسال بستری بوده است و ساعت ۱۶:۳۰ مورخ ۰۱/۰۵/۰۴ از روی تختی که بدساید ۲ قسمتی دارد و بدساید بالا بسته و بدساید پایین باز بوده است سقوط نموده، مادر در آن موقع در بخش حضور نداشته است. ویزیت و brain ct انجام و آسیب به سر نداشته است. تاریخ ۰۱/۰۵/۰۸ به بخش اطفال منتقل و تاریخ ۰۱/۰۵/۱۲ ترخیص شده است.
علل رویداد حادثه	۱. باز بودن بدساید تخت و عدم توجه کادر درمان شیفت ۲. نامناسب بودن سایز تخت برای بیمار ۳. عدم رعایت دستورالعمل پیشگیری از سقوط بیمار توسط پرسنل ۴. عدم اجازه حضور مادر کنار کودکی که بیقرار است و احتمال سقوط بالا دارد ۵. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت در کودک و انجام اقدام درمانی و مراقبتی مناسب
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ لزوم رعایت دستورالعمل پیشگیری از سقوط بیمار توسط پرسنل بخش ➤ لزوم کنترل مکرر بدسایدها توسط کمک پرستاران در هر شیفت ➤ لزوم بستری بیماران اطفال روی تخت اطفال با بدساید مناسب ➤ اجازه حضور مادر کنار کودکی که بیقرار است و احتمال سقوط بالا دارد ➤ ضرورت نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت های بالینی بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری بالاخص در بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ آموزش اثربخش ارزیابی ریسک سقوط از تخت و انجام اقدام مراقبتی مناسب با توجه به ارزیابی انجام شده
عنوان	سقوط
	مددجو آقای ۸۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۵ با تشخیص SAH در بخش نورولوژی بستری می شود. به مددجو و همراه آموزش های لازم در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار و بالا بودن بدساید داده می شود. بیمار بی قرار می باشد.



شرح حادثه	همراه بیمار در کنار بیمار، روی تخت همراه خوابیده بوده است. لامپ بالای سر بیمار روشن و زنگ احضار پرستار در دسترس بیمار بوده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۸ ساعت ۲:۳۰ صبح در حالی که بیمار برای رفتن به دستشویی، بدون اطلاع به پرستار و کمک بهیار و همراهش، در هنگام خروج از تخت از کنار بدساید بالا، در حالی که از ترالی غذا به عنوان وسیله حمایتی برای خروج از تخت استفاده کرده، دچار سقوط شده و با نشیمنگاه به روی زمین افتاده است. پس از اطلاع و با همراهی کمک پرستار، بیمار به تخت منتقل می شود.
علل رویداد حادثه	۱. کوتاه بودن بدساید و باز بودن کنار بدساید تخت ها ۲. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار و بسته بودن نرده کنار تخت ۳. ناکافی بودن آموزش کارکنان در خصوص اهمیت اثر بخش بودن آموزشهای ارائه شده به بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ اصلاح بدساید تخت های بستری بصورت استاندارد و ایمن / خریداری تخت های استاندارد ➤ آموزش به کارکنان، درخصوص نحوه چک اثر بخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ➤ نظارت سوپروایزران بالینی بر اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران ➤ آموزش اثربخش به بیمار در خصوص اهمیت استفاده از زنگ احضار پرستار و بسته بودن بدساید تخت جهت جلوگیری از سقوط
عنوان	سقوط
شرح حادثه	مددجو آقای ۸۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۰۴ در ساعت ۱۱:۰۰ به علت یبوست در بیمارستان بستری می شود. بیمار آمادگی جهت کلونوسکوپی دریافت می کند. در همان تاریخ در ساعت ۲۴:۰۰ مددجو به سرویس بهداشتی میرود که پرسنل کمک بعد از درآوردن لباس های بیمار، علیرغم اصرار بیمار اجازه حضور در سرویس بهداشتی را به پرسنل کمک نمی دهد. مددجو در سرویس بهداشتی دچار سرگیجه و نهایتاً سقوط می شود. سر بیمار به سطل زباله برخورد میکند که پیشانی و نوک بینی مددجو دچار پوست کندگی می شود. پس از اطلاع و با همراهی کمک پرستار، بیمار به تخت منتقل می شود. کلیه اقدامات لازم صورت می گیرد. خوشبختانه مشکل و آسیب جدی برای بیمار پیش نمی آید.
علل رویداد حادثه	۱. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از هندریل در سرویس بهداشتی ۲. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار بیمار در سرویس بهداشتی ۳. ناکافی بودن آموزش کارکنان در خصوص اهمیت اثر بخش بودن آموزشهای ارائه شده به بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش به بیمار درخصوص اهمیت استفاده از هندریل در سرویس بهداشتی ➤ آموزش به کارکنان درخصوص اهمیت سنجش اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ➤ آموزش به بیمار درخصوص اهمیت استفاده از زنگ احضار پرستار در سرویس بهداشتی ➤ آموزش و نظارت به بیماران و همراهان جهت تهیه / استفاده از دمپایی های مناسب ➤ برگزاری کمپین آموزشی راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار
عنوان	سقوط
شرح حادثه	مددجو آقای ۷۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۸ در ساعت ۲:۰۰ با تشخیص سرگیجه و دیابت در سرویس داخلی بستری می شود. زنگ احضار پرستار در دسترس بیمار است. علی رغم اینکه توصیه به حضور همراه کنار مددجو شده است، همراه در کنار بیمار حضور نداشته. مددجو در تاریخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۹ در ساعت ۳:۳۰ در حالی که پتو را دور خود پیچیده، بدون احضار پرستار اقدام به خروج از تخت میکند.



مددجو به علت سرگیجه روی کتف چپ سقوط کرده است. بلافاصله به سوپروایزر و پزشک معالج اطلاع رسانی شده. گرافی از دست و کتف چپ بیمار گرفته و مشاوره ارتوپدی و پزشکی قانونی انجام شده است. بازوی بیمار دچار شکستگی شده که توسط متخصص ارتوپد بانداژ و مددجو تحت نظر قرار گرفته.	شرح حادثه
۱. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار ۲. عدم کنترل اثربخشی آموزش های داده شده به بیمار ۳. عدم قراردادن وسایل کمک حرکتی در دسترس بیمار جهت استفاده ۴. عدم حضور همراه در کنار بیمار ۵. عدم پایش مستمر بیمار در طول شیفت و انجام صحیح اقدامات مراقبتی باتوجه به پرخطر بودن بیمار	علل رویداد حادثه
➤ آموزش به کارکنان، در خصوص اهمیت کنترل صحیح اثر بخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ➤ آموزش به همراه جهت الزام حضور بر بالین بیماری که دچار سرگیجه می باشد ➤ ارزیابی بیماران نیازمند استفاده از وسایل کمکی و تسهیل در دسترسی بیماران به واکر، ویلچر، عصا و... ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ قرار دادن وسایل مورد نیاز بیماران در دسترس و آموزش خدمات/کمک پرستاران در این خصوص ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و... ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط	عنوان
مددجو خانم ۱۸ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۳ ساعت ۲۳ با شکایت از تیک عصبی به اورژانس مراجعه کرده است. بلافاصله تریاژ شد. تریاژ سطح ۲ تعیین شده است. بعلت پر بودن تخت های تحت نظر در اتاق پانسمان بر روی تخت معاینه منتقل شده. طبق دستور پزشک آمپول اسکازینا تزریق شد. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۶/۲۴ ساعت ۱:۱۵ همراه بیمار بالین بیمار را ترک کرده و به استیشن پرستاری میرود و در همان حین مددجو اقدام به خروج از تخت میکند، که دچار سرگیجه شده و به زمین سقوط میکند که سریعاً بروی تخت منتقل میشود و پس از انجام دستورات و خدمات مراقبتی در ساعت ۰۳:۴۰ به بخش نورولوژی منتقل میشود.	شرح حادثه
۱. نداشتن بد ساید و کمر بند ایمنی تخت معاینه ۲. تحت نظر قراردادن بیمار بر روی تخت معاینه بدون ایمنی و توجه به شرایط استاندارد ۳. عدم وجود زنگ احضار پرستار در قسمت تخت های fast Track ۴. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط ۵. عدم انجام اقدامات مراقبتی و درمانی درخصوص پیشگیری از سقوط بیمار ۶. ناکافی بودن آموزش های ارائه شده به بیمار و همراه بیمار ۷. ناکافی بودن آگاهی کارکنان در خصوص چک اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار	علل رویداد حادثه



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ضرورت تجهیز تمامی تخت های درمانی و fast Track به بد ساید و کمربند ایمنی ➤ پیشنهاد تجهیز تخت های fast Track به زنگ احضار پرستار ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان ➤ آموزش کنترل صحیح اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران
عنوان	سقوط بیمار با مسمومیت دارویی
شرح حادثه	بیمار آقای ۴۱ ساله در مورخه ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ در ساعت ۰۱:۴۸ با وسیله شخصی به بیمارستان مراجعه کرده است. (به دنبال مسمومیت با لورازپام و کلونازپام به تعداد نا مشخص). سابقه بیماری ذکر نکرده است. ۴ سال قبل جراحی دست راست و پلاتین گذاری شده است. هوشیار کامل به زمان و مکان داشته است. در سطح تریاژ ۲ با علائم حیاتی: BP:120/80 - PR:75 - SPO2:98% - T:36 - BS:99 . در ساعت ۱:۵۰ ویزیت انجام و بعد از ارسال آزمایشات در خواستی، مشاوره مسمومیت در ساعت ۳:۰۰ انجام شده است که دستور CBR داده شده است و در ساعت ۳:۱۰ انتقال به بخش مسمومیت شده است. در ساعت ۱۲:۰۰ بدون اطلاع به پرستار اقدام به خروج از تخت جهت سرویس بهداشتی میکند که جلوی درب سرویس بهداشتی دچار سقوط شده است و گوشه پلک چشم راست با برخورد به سرویس فرنگی دچار آسیب میشود. در ساعت ۱۲:۳۰ توسط پزشک مسمومیت ویزیت و دستور مشاوره چشم پزشکی داده میشود. در ساعت ۱۳:۴۵ توسط چشم پزشک ویزیت انجام و سوچور و دستورات دارویی اجرا و Brain CT, انجام و مشکلی نداشته است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم وجود پروتکل برای محدودیت و عدم خروج از تخت بیماران مسمومیت ۲. فیزیک نامناسب بخش و عدم اشراف استیشن پرستاری به اتاق های بیماران ۳. عدم وجود زنگ احضار در بخش ۴. عدم در دسترس قراردادن وسایل جهت بیمار با دستور CBR ۵. ممنوعیت وجود همراه در بخش مسمومیت ۶. عدم آموزش موثر به بیمار درخصوص نحوه خروج از تخت و ...
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برنامه ریزی درخصوص اصلاح ساختار فیزیکی بخش های درمانی ➤ تهیه و نصب زنگ احضار پرستار مطابق دستورالعمل ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ قرار دادن وسایل مورد نیاز بیماران در دسترس و آموزش خدمات/کمک پرستاران در این خصوص



	➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و... ➤ انجام مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران باتوجه به وضعیت بالینی بیمار با محوریت دستور پزشک معالج
عنوان	سقوط
شرح حادثه	بیمار داریوش خالدیان ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۱۷ ساعت ۱۶:۴۰ بدلیل تشنج توسط آمبولانس فوریتها به بیمارستان منتقل شده است. بیمار سابقه تشنج و مصرف قرص دپاکین و کلونازپام را ذکر می نماید. نرده های کنار تخت بالا زده و در کنار وی همراه مانده است. جهت ایشان مشاوره نورولوژی انجام و ساعت ۱۹:۰۰ دچار حمله تشنج شده و همراه نرده های کنار تخت را پائین می آورد و بدنبال آن بیمار از قسمت پهلو روی زمین می افتد. گرافی شانه، کتف چپ و سیتی اسکن مغزی انجام که نرمال بوده است. طبق دستور متخصص نورولوژی جهت بررسی علل تشنج تا صبح تحت نظر اورژانس بوده و صبح ترخیص و ارجاع به درمانگاه نورولوژی شده است.
علل رویداد حادثه	۱. ناکافی بودن آموزش های ارائه شده به بیمار و همراه بیمار درخصوص لزوم بالا بودن نرده های کنار تخت بیمار ۲. عدم ارزیابی و انجام اقدامات تشخیصی، درمانی مناسب و به موقع جهت کنترل تشنج های بیمار ۳. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی مناسب ۴. تاخیر در انجام مشاوره نورولوژی بیمار و تصمیم گیری درخصوص داروهای تشنج
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه وکنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالا بودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل زمان انجام ویزیت/مشاوره توسط پزشکان بر بالین بیمار و نظارت بر انجام به موقع ویزیت/مشاوره ها و اجرای زودهنگام اقدامات درمانی ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان ➤ آموزش کنترل صحیح اثربخشی آموزش های اراده شده به بیماران ➤ ضرورت نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت های بالینی بر نحوه ارائه مراقبت های تشخیصی و درمانی
عنوان	سقوط
شرح حادثه	بیمار خانم ۷۳ ساله مورد شناخته شده بیماری مزمن کلیوی تحت دیالیز، هفته ای ۳ نوبت در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۳۱ در ساعت ۷:۰۰ با ویلچر و کمک بهیار وارد بخش دیالیز شده است. بیمار سابقه مشکل دیابت، فشار خون را دارد و لوزارتان، کاپتوپریل، نفروویت، پنتوپرازول، انسولین لانتوس و نوورپید در منزل استفاده می نماید. سابقه حساسیت دارویی و غذایی را ذکر نمی کند. سابقه جراحی چشم و پای راست را دارد. بیمار از تاریخ ۱۳۹۸/۸/۱۱ در این بیمارستان تحت دیالیز قرار داشته و فیستول شریانی و وریدی دست چپ برای بیمار در سال ۹۹ تعبیه شده است. در ساعت ۷ صبح با ویلچر و کمک بهیار وارد بخش و به تخت خود منتقل گردیده است. علائم حیاتی کنترل که شامل: $BP=110/80$ $W=74$ $T=36.6$ $PR=73$ $RR=19$ بوده است. بیمار سابقه افت فشار خون در حین دیالیز را دارد. کمربند ایمنی بیمار فیکس و کلیه لوازم مورد نیاز بیمار در نزدیکترین فاصله از بیمار قرار داده شده است. در این نوبت نیز



در حین دیالیز افت فشار خون را داشته و BP=80/70 ثبت شده است و برای بیمار پرفایل سدیم و دما تنظیم شد. در ساعت ۹:۴۵ هنگام نوشیدن آب در حالت نشسته دچار افت فشار خون و سقوط از تخت شده. بلافاصله بیمار کنترل گردیده و فیستول کنترل و مشکلی نداشته است. پوست رفتگی مختصری بر روی دست راست رویت شده است. بیمار از سردرد شاکی بوده که معاینه انجام و افت سطح هوشیاری نداشته است. در لمس دردناک که کمپرس سرد برای بیمار قرار داده شد. در ساعت ۹:۵۰ اطلاع رسانی به متخصص داخلی انجام و بیان نمودند ظرف نیم ساعت برای ویزیت تشریف میاورند. brain ct , chest ct انجام و بیمار تحت نظر قرار گرفته است. ویزیت در ساعت ۱۳:۰۰ انجام و طبق نظر پزشک، نیاز به انجام اقدام خاصی برای بیمار نیست و بیمار مرخص می باشد که پس از ارائه آموزش های لازم و علائم هشدار دهنده، بیمار با حال عمومی خوب و علائم حیاتی RR=20 PR=81 T=36.8 BP= 100/70 W=72 مرخص و بیمارستان را ترک نموده است.	
۱. عدم ارزیابی صحیح بیمار باتوجه به داشتن سابقه افت فشارخون حین دیالیز و انجام اقدامات درمانی مناسب ۲. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتي، درمانی مناسب باتوجه به ریسک ارزیابی شد ۳. عدم رعایت دستورالعمل های ایمنی بیمار و انجام اقدامات مناسب جهت کنترل سقوط بیمار ۴. استاندارد نبودن تجهیزات بخش از لحاظ ایمنی	علل رویداد حادثه
➤ کنترل کلیه لوازم و تجهیزات موجود در بخش ها از نظر داشتن استانداردهای ایمنی ➤ پیگیری تعمیر و برطرف نمودن خرابی تجهیزات بخش ها و جایگزین نمودن تجهیزات قدیمی و فرسوده با تجهیزات استاندارد ➤ استاندارد سازی پرسنل حرفه ای و غیر حرفه ای مورد نیاز بخش ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ نصب تابلوی "F" به رنگ زرد در قسمت بیرونی درب اتاق بیماران جهت هشدار خطر سقوط به کادر درمانی ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ... ➤ بالا بودن نرده های تخت بیماران ➤ بررسی محیط به لحاظ آسیب های احتمالی در صورت وقوع سقوط ➤ اطمینان از وضعیت قفل بودن تخت بیمار ➤ بررسی سهولت دسترسی بیمار به میز کنار تخت، سطل آشغال و دستمال کاغذی ➤ در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماران دچار مشکلات حرکتی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط	عنوان
بیمار خانم ۳۷ ساله در مورخه ۱۴۰۱/۱۱/۰۲ در ساعت ۰۲:۰۰ با شکایت GIB و همتامز در سرویس داخلی در بخش نورولوژی زنان بستری شده است. بیمار سابقه تشنج و احتمال کوشینگ و مصرف لوبل، کاربامازپین، فنوباریتال و دگزامتازون ذکر می کند. Hb: 13 داشته است. آندوسکوپی انجام و گاستریت تشخیص داده شده است. تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۴ مشاوره نورولوژی انجام و درخواست Brain MRI با تزریق میگردد. تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ ساعت 12:00 بیمار با حضور همراه و در	شرح حادثه



	حالت نشسته لبه تخت دچار تشنج میشود و بدلیل وزن بالای بیمار، همراه قادر به کنترل بیمار نبوده، بیمار با صورت به زمین برخورد می کند و دچار خونریزی از بینی می شود. بلافاصله بیمار به تخت منتقل و مانیتورینگ انجام میشود. علائم حیاتی: HR: 105, SPO2: 95% BP: 112/76 . توسط متخصص بیهوشی ویزیت و دیازپام تزریق و انجام Brain MRI پس از Stabel شدن درخواست میشود. ساعت ۲۲:۰۰ Brain MRI انجام و به رویت رزیدنت داخلی میرسد که مشکل خاصی رویت نمی شود و بیان نمودند درصورت تغییرات هوشیاری گزارش شود. بیمار جهت تنظیم داروهای تشنج و کوشینگ تحت نظر قرار گرفته شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم انجام ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیمار توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ۲. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار با توجه سوابق بیماری ۳. عدم چک اثربخشی آموزش پیشگیری از سقوط و ارزیابی درک بیمار ۴. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتي، درمانی مناسب باتوجه به ریسک ارزیابی شد ۵. عدم آموزش کافی در مورد علائم هشدار (شروع تشنج) به بیمار و همراه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ انجام ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق از بیمار توسط پزشک معالج ➤ آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار با توجه سوابق بیماری ➤ چک اثربخشی آموزش پیشگیری از سقوط و ارزیابی درک بیمار ➤ ارزیابی دقیق معیار مورش در هر شیفت جهت بیماران خصوصاً بیماران مستعد سقوط ➤ آموزش کافی در مورد علائم هشدار (شروع تشنج) به بیمار و همراه
عنوان	سقوط
شرح حادثه	بیمار آقای ۸۵ ساله در مورخه ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ در ساعت ۲۷:۲۳ با شکایت ضعف و بی حالی و تشخیص CHF در بخش داخلی قلب یک بستری شده است. به همراه بیمار در مورد فیکس بودن بد ساید ها و حضور مداوم کنار بیمار آموزش داده شده است. در مورخه ۱۴۰۱/۰۹/۲۲ در ساعت ۰۶:۰۰ در حالیکه بد ساید ها بالا بوده است، بیمار از کنار تخت پایین می آید و با ضربه روی زمین سقوط میکند که از بیمار گرافی لگن گرفته و گرافی برای ارتوپد ارسال و بیان نمودند شکستگی لگن دارد و در صورت اوکی عمل از سرویس قلب، بیمار جهت جراحی اعزام گردد. مشاوره قلب بیمار را انجام که اوکی عمل داده نشده است و به اطلاع پزشک رسیده است و بیان نمودند جهت بیمار تراکشن پوستی تعبیه گردد. قابل ذکر است که در زمان سقوط بیمار، همراه در کنار بیمار حضور نداشته است و بدون اطلاع به پرسنل، اتاق بیمار را ترک نموده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم آموزش اثربخش به بیمار و همراه درخصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، لزوم همراه در کنار بیمار و... ۲. عدم چک اثربخشی آموزش پیشگیری از سقوط و ارزیابی درک بیمار ۳. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتي، درمانی مناسب باتوجه به ریسک ارزیابی شد ۴. عدم قرارگیری زنگ احضار پرستار در دسترس بیمار ۵. عدم حضور همراه در کنار بیمار



اقدامات اصلاحی پیشنهادهی	➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شبفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ... ➤ بالا بودن نرده های تخت بیماران ➤ بررسی محیط به لحاظ آسیب های احتمالی در صورت وقوع سقوط ➤ اطمینان از وضعیت قفل بودن تخت بیمار ➤ بررسی سهولت دسترسی بیمار به میز کنار تخت، سطل آشغال و دستمال کاغذی و... ➤ در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماران دچار مشکلات حرکتی ➤ چک اثربخشی آموزش پیشگیری از سقوط و ارزیابی درک بیمار و ثبت آن ➤ های لایت کردن احتمال پرخطر بودن سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها ➤ حضور همراه بطور ۲۴ ساعته در کنار بیمار
عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۸ ساله با شکایت مصرف ۲۰۰-۳۰۰ گرم تریاک به صورت پک و دل پیچه شدید در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۴ و ساعت ۲۳:۵۵ به صورت سرپایی و با پای خود به اورژانس مراجعه کرده است. هوشیار و بیدار بوده است و همراه نداشته است. سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته. در سطح تریاژ ۲ می باشد. علائم حیاتی اولیه: SPO2: 95%- BP: 135/95- T: 36- RR: 18-PR: 90 پس از اقدامات اولیه درمانی شامل انجام: سرم تراپی، دارو درمانی، ارسال آزمایشات، گرافی از شکم و لگن، ECG و مشاوره مسمومیت در سرویس مسمومیت بستری گردیده و در ساعت ۲:۵۰ به بخش مسمومیت با ویلچر منتقل گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ با توجه به رویت پک ها در گرافی بیمار، برای بیمار گرافی ایستاده مجدد و شروع دارو جهت دفع پک ها درخواست گردیده است. بیمار از آن زمان دچار اسهال شدید شده است. به بیمار آموزش لازم جهت اطلاع به پرستار و کمک پرستار جهت خروج از تخت داده شده است. بیمار دستور RBR شدن داشته که در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۲۶ بیمار بدون کمک از تخت برای رفتن به سرویس بهداشتی خارج و در سرویس بهداشتی با توجه به لغزنده شدن زمین دچار سقوط همراه با لسریشن در ناحیه پیشانی به ابعاد ۵ سانت و در ناحیه اکسیپیتال به ابعاد ۱۵ سانت گردیده که بلافاصله پرسنل پرستاری بر بالین بیمار حاضر و مانیتورینگ انجام و پانسمان ناحیه پیشانی انجام و از نظر هوشیاری بیمار چک گردید و توسط اینترن و طب اورژانس ویزیت و سوچور توسط طب اورژانس در ساعت ۱۸:۰۰ زده شده است. در ساعت ۲۰:۰۰ برای انجام Brain CT به مرکز دیگری انتقال و در ساعت ۲۰:۳۰ به مرکز بازگشته و Brain CT موردی نداشته به رویت طب اورژانس رسانده و بیمار علائم آسیب به مغز نداشته و هوشیار و بیدار بوده است.



علل رویداد حادثه	۱. عدم نظارت پرسنل پرستاری به پاپوش بیمار از نظر لغزنده بودن و احتمال سقوط ۲. فیزیک نامناسب بخش جهت رویت بیماران ۳. عدم راند مستمر کمک پرستاران به ویژه از بیماران مستعد سقوط ۴. عدم وجود زنگ احضار پرستار ۵. عدم توجه به اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص خروج از تخت ۶. وجود کف پوش نامناسب با احتمال لغزنده شدن پس از خیس شدن ۷. عدم وجود هندریل ایمن جهت جلوگیری از سقوط ۸. عدم آموزش اثربخش به بیمار و همراه در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، لزوم همراه در کنار بیمار و... ۹. عدم چک اثربخشی آموزش پیشگیری از سقوط و ارزیابی درک بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برنامه ریزی جهت نظارت بیشتر پرستاران بر نحوه خروج و پاپوش بیماران با احتمال سقوط ➤ برنامه ریزی در خصوص اصلاح ساختار فیزیکی بخش ➤ برنامه ریزی جهت راند مستمر بیماران توسط کمک پرستار جهت پیشگیری از سقوط ➤ خریداری و نصب زنگ احضار پرستار مطابق دستورالعمل ➤ برنامه ریزی جهت ارائه آموزش موثر در خصوص پیشگیری از سقوط در بیماران مستعد ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ بررسی شرایط فیزیکی و محیط بخش از لحاظ استانداردهای ایمنی و پیگیری اصلاح موارد مشاهده شده
عنوان	سقوط بیمار با مسمومیت دارویی
شرح حادثه	بیمار خانم ۱۹ ساله با شکایت مسمومیت با ۲۰ عدد قرص ترامادول در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۶ ساعت ۲۲:۱۰ با همراهان بر روی ویلچر وارد اورژانس می گردد. در ابتدای ورود به تریاژ هوشیار بوده و به سوالات پاسخ می دهد. یک ساعت و نیم پیش قرص مصرف کرده و پس از آن دچار بیحالی شده است و ساینز مردمک میوتیک و واکنش به نور داشته است. سابقه مصرف دارو و بیماری خاص ندارد. در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته و علائم حیاتی بدو ورود: BP:150/90-PR:142- SPO2:95%- T:36- RR: 18 بدون حضور پرستار و کمک، همراه بیمار اقدام به جابه جایی بیمار از روی ویلچر بر روی تخت تحت نظر در اورژانس میکند که بیمار دچار تشنج شده و بر روی زمین سقوط میکند و دچار لسریشن ۳ سانتی متری بر روی پلک فوقانی چشم راست در اثر برخورد با زمین میگردد. بلافاصله برای بیمار مانیتورینگ قلبی و ریوی و تزریق دیازپام انجام می شود. در ساعت ۲۲:۱۲ بعد از اتمام تشنج به تخت منتقل شده و برای بیمار اکسیژن با ماسک و چک آزمایشات انجام می شود و ناحیه آسیب دیده توسط پزشک سوچور می شود. پس از ویزیت مقیم مسمومیت در ساعت ۲۲:۳۰ به بخش ای سی یو مسمومیت منتقل می گردد. بیمار استفراغ و علائم نورولوژی نداشته است. در بخش ای سی یو تشنج نداشته و هوشیار و بیدار بوده است.



علل رویداد حادثه	۱. عدم نظارت پرستار بر نقل و انتقال بیمار از وسیله نقلیه تا تریاژ ۲. عدم توجه پرستار به نحوه نقل و انتقال ایمن بیمار بر روی تخت تحت نظر ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار و انجام اقدامات تشخیصی درمانی به موقع و مناسب باتوجه به پرخطر بودن بیمار و سطح تریاژ ۲ بیمار ۴. عدم انجام اقدامات پرستاری مناسب و هدایت بیمار پرخطر از تریاژ به تخت تحت نظر توسط پرستار و... ۵. عدم شناسایی صحیح بیماران پرخطر و انجام اقدامات پرستاری و مراقبتی مناسب ۶. عدم راند مستمر کمک پرستاران به ویژه از بیماران مستعد سقوط ۷. عدم ارائه آموزش اثر بخش به همراه بیمار جهت انتقال ایمن
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید و نظارت بر انجام به موقع و صحیح مراقبت های پرستاری و انجام نقل و انتقال ایمن بیماران از تریاژ به تخت تحت نظر با کنترل پرستار ➤ نظارت مستمر پرستار تریاژ بر نحوه انتقال ایمن بیماران بدحال از وسیله نقلیه به تریاژ ➤ حضور مستمر پرستاران و کمک پرستاران جهت نقل و انتقال بیمار بدحال ➤ آموزش اثربخش شناسایی بیماران پرخطر و انجام اقدامات درمانی مناسب براساس دستورالعمل ➤ نظارت بر راند مستمر کمک پرستاران به ویژه از بیماران مستعد سقوط توسط پرستار مسئول شیفت ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده
عنوان	عوارض جراحی حین عمل (سوختگی با کوتر)
شرح رویداد	بیمار آقای ۳۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۷/۱۰ ساعت ۱۹،۱۰ با تشخیص هموروئید ترومبوزه در بخش اورژانس پذیرش شده و پس از مشاوره جراحی ساعت ۲۰،۱۹ در بخش جراحی بستری شده است. در ساعت ۲۲،۳۰ جهت جراحی هموروئیدکتومی به اتاق عمل منتقل شده است. در بخش بجای شیو ران راست بیمار، ساق پای بیمار شیو شده است. پرسنل اتاق عمل پلیت کوتر را روی ران بیمار که شیو نشده قرار میدهند. در حین و انتهای عمل، جراح و پرسنل متوجه قرمزی و سوختگی ناحیه قدام ران راست (محل قرارگیری کوتر) در ابعاد ۳در ۳ شده اند و پس از معاینه جراح دستور پانسمان محل سوختگی با پماد زینک داده شده است. محل سوختگی که در حد سوختگی درجه ۲ میباشد، بصورت TDS با پماد زینک در بخش پانسمان شده است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۷/۱۲ ساعت ۱۱ با توصیه به انجام پانسمان در درمانگاه ترخیص شد.
علل رویداد	۱. عدم توجه و دقت کافی پرسنل بخش در انجام شیو قبل از عمل جراحی ۲. عدم تحویل و تحول مناسب بیمار توسط پرسنل اتاق عمل و بخش ۳. عدم اجرای صحیح دستورالعمل جراحی ایمن ۴. عدم دقت و توجه کافی پرسنل در قرار دادن پلیت کوتر در قسمت صحیح (انتخاب صحیح محل گذاشتن پلیت)
	➤ آموزش و تاکید مجدد دستورالعمل محل مناسب شیو قبل از عمل جراحی ابلاغی به کلیه کادر پرستاری و اتاق عمل ➤ نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل جهت عدم گذاشتن پلیت کوتر روی محل شیو نشده طبق دستورالعمل ابلاغی فوق (انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محلهای استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت،



حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و... ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل تحویل و تحول صحیح بیماران و نظارت بر فرآیند تحویل و تحول بیماران در اتاق عمل ➤ تاکید مجدد بر کنترل محل شیو قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مربوط و در اتاق عمل توسط تکنسین قبل از انتقال به تخت جراحی و گذاشتن کوتر ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب	اقدامات اصلاحی
عنوان سوختگی ها بدنبال اقدامات درمانی (سوختگی با کوتر)	شرح حادثه
مددجو آقای ۱۹ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۱ با تشخیص شکستگی ساب تروکانتر چپ در سرویس ارتوپدی بستری شده است. از همان تاریخ تحت کشش 3 Kg بوده است. بیمار سابقه دیابت دارد و انسولین لانتوس 30mg روزانه و نوروپید ۳ واحد هر ۶ ساعت در منزل مصرف می نموده است. از نظر جراحی مغز و اعصاب و جراحی عمومی در بخش ویزیت و ترخیص شده است. مشاوره داخلی و مشاوره تغذیه به علت سابقه دیابت در بخش انجام شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۶ ساعت ۱۱:۴۵ جهت پلاک گذاری فمور چپ به اتاق عمل منتقل شده و تحت بیحسی اسپینال و نصب کوتر در قدام فمور راست قرار گرفته. در ساعت ۲۰:۰۰ از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در ساعت ۲۲:۰۰ به علت تورم بیضه و تاول، تلفنی به پزشک معالج اطلاع داده شده است که فرمودند نیاز به اقدام خاصی نیست. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۷ ساعت ۱۳:۰۰ توسط پزشک معالج ویزیت شده و محل تاول معاینه گردیده و دستور پماد کالاندولا بر روی محل تورم و تاول ها داده شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۴/۲۸ مجدد توسط پزشک معالج ویزیت شده و درخواست مشاوره ارولوژی و مشاوره ترمیمی داده شده است. مشاوره ارولوژی انجام شده و دستور سونوگرافی و اقدامات دارویی داده شده است. مشاوره ترمیمی هم انجام شده است. بیمار تحت اقدامات دارویی قرار گرفته است.	علل رویداد حادثه
۱. بی توجهی در طول عمل توسط اعضای تیم جراحی بالین بیمار ۲. سهل انگاری و عدم دقت در قرار دادن پلیت کوتر ۳. عدم دقت در مدت نگه داری و توجهات پوستی در حین اتصال کوتر با پوست ۴. آگاهی و عملکرد ضعیف کارکنان اتاق عمل جهت ارائه مراقبتهای لازم و توجهات حین جراحی ۵. عدم نظارت کافی بر عملکرد پرسنل زیر مجموعه ۶. تراکم اعمال جراحی در اتاق عمل	اقدامات اصلاحی پیشنهادهای
➤ انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محلهای استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت، حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و... ➤ نظارت بر اتصال محکم و ثابت پلیت با پوست ➤ بررسی دستگاه کوتر بصورت دوره ای توسط تجهیزات پزشکی و شرکت مربوطه (کالیبراسیون دستگاه کوتر) ➤ بررسی دستگاه الکتروکوتر و لوازم آن قبل از عمل جراحی، جهت اطمینان از صحت کارکرد رابط ها و اتصالات استفاده از قلم کوتر ➤ نظارت بر تمیز نمودن سطح پلیت و اطمینان از خشک بودن پلیت قبل از استفاده ➤ استفاده از شان ضد آب یا دروشیت مناسب زیر برزنت (اطمینان از خشک بودن ملحفه ها و دراوشیت های مورد استفاده برای بیمار) ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ➤ علی الخصوص چین های پوستی ➤ امتحان و کنترل دستگاه کوتر از نظر سلامت الکتریکی (بررسی سیمها و مسیر آنها تا دستگاه از نظر وجود صدمه ، بریدگی ، پوسیدگی و تحویل موارد خطرناک جهت تامین جایگزین به مسئول اتاق عمل و تحویل وسیله سالم) ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ➤ نظارت بر عملکرد پرسنل اتاق عمل ➤ مدیریت اعمال جراحی در اتاق عمل در تمامی شیفت های بالینی	



عنوان	سوختگی با کوتر و تشک برقی در اتاق عمل
شرح حادثه	بیمار پسر بچه ۴ ماهه از اتباع افغان و حاصل NVD که در تاریخ ۰۱/۶/۶ ساعت ۱۷:۵۶ با تشخیص اسهال خونی و استفراغ مکرر و حال عمومی بد در بخش اطفال بیمارستان بستری شده است و پس از انجام سونوگرافی با تشخیص انواژیناسیون روده در تاریخ ۰۱/۶/۷ ساعت ۱۸ تحت جراحی قرار می گیرد. متأسفانه حین عمل سوختگی درجه ۲-۳ در ناحیه خلف ساق پای راست به دلیل استفاده از کوتر و باتکس راست و سمت چپ کمر نیز احتمالاً به علت استفاده از تشک برقی اتفاق می افتد که پس از انتقال به بخش SPICU ویزیت و پانسمان شد. متأسفانه کودک به علت وخامت بیماری در تاریخ ۰۱/۶/۹ فوت کرد.
علل رویداد حادثه	۱. استفاده از تشک برقی بدون هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی جهت گرم نگهداشتن نوزاد ۲. استفاده از پلیت کوتتری که به گفته پرسنل اتاق عمل ژل آن از صفحه جدا شده بوده است ۳. عدم امکان تنظیم دمای اتاق عمل بر حسب ضرورت در جراحی های مختلف ۴. عدم ثبت دستورات پزشک در ارتباط با مراقبت از سوختگی در پرونده بیمار در اتاق عمل و بخش ۵. عدم ثبت دقیق ابعاد و درجه سوختگی و اقدامات انجام شده در اتاق عمل در گزارشات پرونده بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تذکر به پرسنل خا طی درخصوص عدم رعایت دستورالعمل های درمانی و کوتاهی/بی دقتی درانجام شرح وظایف ➤ خارج سازی دو عدد تشک برقی گرم کننده نوزاد از اتاق عمل و عدم استفاده ➤ تهیه و استفاده از ابزار گرم کننده ایمن و استاندارد برای نوزادان حین جراحی ➤ نظارت بر اتصال محکم و ثابت پلیت با پوست ➤ بررسی دستگاه کوتر و پلیت بصورت دوره ای توسط تجهیزات پزشکی و شرکت مربوطه ➤ بررسی تاریخ انقضا پلیت ها و مارک آنها ➤ استفاده از پلیت های با مرغوبیت بالای چسب ➤ پیشنهاد تهیه و استفاده از دستگاه های کوتر مدرن (در صورتیکه پلیت از بدن جدا شده باشد با آلارم کاربر را متوجه می سازند) ➤ بررسی و اصلاح سیستم تنظیم دمای اتاق عمل توسط مسئول واحد تاسیسات ➤ آموزش عملیاتی درخصوص شناخت انواع و درجه زخم ها و... بدنبال سوختگی- انجام اقدام مراقبتی مناسب و ثبت صحیح مستندات در پرونده
عنوان	سوختگی بیمار در نواحی گردن و کمر به دنبال استفاده از فندک و سیگار در حین اکسیژن تراپی
شرح حادثه	بیمار آقای ۷۵ ساله مورخه ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ در ساعت ۱۲:۵۶ با آمبولانس ۱۱۵ به بیمارستان مراجعه کرده است (به دنبال مسمومیت با اپیوم) مردمک ها میوتیک، سیانوز محیطی مشهود بوده است. سابقه مشکل اعصاب و روان، پلاتین گذاری فمور، اعتیاد و مصرف دیازپام دارد.
	نالوکسان در ۱۱۵ تزریق شده است. بعد از ویزیت پزشک اورژانس و ثبت نوار قلب، ارسال آزمایشات، ویزیت پزشک مسمومیت، در ساعت ۱۶:۳۰ هوشیار تحویل بخش مسمومیت شده است. تمام وسایل شخصی تحویل خانواده شده است. در ساعت ۳۰ دقیقه بامداد با حضور پسر بیمار حین اکسیژن تراپی با ماسک، سیگار به بیمار داده شده است. باعث آتش سوزی و سوختگی بیمار در نواحی گردن و پشت درجه ۲ و در حد کف دست شده است.
	بلافاصله بعد از اطفاء حریق با پزشک آنکال مسمومیت تماس گرفته و بعد از ویزیت پزشک مقیم مسمومیت و طب اورژانس درخواست مشاوره پزشک متخصص سوختگی شده که طی هماهنگی با پزشک متخصص سوختگی بیمارستان مدنی، پانسمان نواحی سوختگی



	انجام شده است. حال عمومی بیمار خوب بوده و جهت مراقبت ویژه به بخش آی سی یو منتقل شده است.
علل رویداد حادثه	۱. فیزیک نامناسب بخش و عدم اشراف استیشن پرستاری به اتاق های بیماران ۲. عدم وجود زنگ احضار در بخش ۳. عدم نظارت و ارزیابی مستمر پرسنل از بیمار ۴. عدم ارائه آموزش ها اثر بخش به بیمار و کنترل اثربخشی آموزش های ارائه شده ۵. عدم نصب علائم هشدار ممنوعیت مصرف سیگار در معرض دید بیماران و...
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برنامه ریزی درخصوص اصلاح ساختار فیزیکی بخش های درمانی ➤ تهیه و نصب زنگ احضار پرستار مطابق دستورالعمل ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ برنامه ریزی جهت حضور تیم اطفاء حریق در تمام ساعات شبانه روز ➤ نصب علائم هشدار ممنوعیت مصرف سیگار و مواد قابل اشتعال در اتاق های بیماران، در معرض دید پرسنل و...
عنوان	سوختگی ها بدنبال اقدامات درمانی
شرح حادثه	بیمار خانم ۷۳ ساله با شکایت اسهال و ادم پای چپ در مورخ ۱۴۰۱/۱۱/۹ در ساعت ۱۱:۰۹ دقیقه با کمک همراهان و وسیله نقلیه شخصی وارد اورژانس گردیده است. در ابتدای حضور در بیمارستان هوشیار و بیدار و پاسخگو به سوالات بوده، سابقه هایپرنتشن، تعویض مفصل پای چپ، کله سیستکتومی داشته و در منزل CBR بوده و با علائم فوق یک ماه پیش بستری در بیمارستان دیگری بوده است. سابقه مصرف دارویی آسپرین، پلاویکس، نیتروگانتین، الپرازولام و پنتوپرازول دارد. در زمان مراجعه زخم بهبود یافته درجه ۱ در ناحیه ساکروم داشته است و درسطح تریاژ ۲ بوده و علائم حیاتی بدو ورود: BP:104/51-PR: 103-SPO2: 89%-T: 37.9-RR: 20 بیمار در اورژانس تحت نظر پس از انجام آزمایشات، دارو درمانی، سرم تراپی، اکسیژن درمانی با ماسک و انجام سونوگرافی، ECG، گرافی از قفسه سینه و مشاوره داخلی، در سرویس داخلی بستری و به آی سی یو جنرال داخلی منتقل گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۱۱ ساعت ۲۲:۰۰ قبل از بروز علائم، دوز اول داروی اپرکس برای بیمار تزریق گردیده که پس از آن بیمار دچار تب، لرز، بی قراری و افزایش ضربان قلب می گردد. بلافاصله پرستاران به پزشک مقیم اطلاع داده و جهت آرام سازی بیمار از کیسه آب گرم بر روی پاهای بیمار استفاده می کنند. کیسه آب گرم باعث سوختگی درجه ۲ در ناحیه کشاله های ران هر دو طرف به ابعاد ۱۰*۱۵ می گردد. پس از انجام اقدامات دارو درمانی جهت کاهش ضربان قلب و بیقراری بیمار، پانسمان ناحیه آسیب دیده توسط کارشناس زخم انجام گرفته. بیمار توسط کارشناس زخم تحت نظر قرار دارد.
علل رویداد	۱. انجام اقدامات مراقبتی و درمانی توسط پرستار مسئول بیمار بدون اطلاع پزشک معالج ۲. عدم آگاهی کافی پرسنل درخصوص ارزیابی اقدامات مراقبتی انجام شده ۳. عدم نظارت مسئول شیفت بر ارائه مراقبت های پرستاری بیماران



حادثه	۴. عدم همکاری مقیم بیهوشی جهت ارزیابی دقیق بیمار از نظر علائم غیر طبیعی گزارش شده توسط پرستار ۵. کمبود شدید نیروی باتجربه در بیمارستان و در نتیجه اشتغال به کار نیروهای طرحی در بخش های ویژه و اورژانس
اقدامات اصلاحی پیشنهادهای	➤ تاکید و نظارت بر انجام اقدامات مراقبتی، درمانی با محوریت پزشک معالج ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل ویزیت/مشاوره بر بالین بیماران بخش ویژه توسط مقیم بیهوشی و پزشک معالج ➤ تاکید بر نظارت مسئول شیفت و سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام اقدامات مراقبتی بیماران ➤ برگزاری دوره های آموزشی درخصوص اقدامات مراقبتی، عوارض و... ➤ برنامه ریزی جهت راند مستمر بیماران مستعد زخم توسط پرستار و کمک پرستار
عنوان	عارضه دارویی
شرح حادثه	مددجو ۵۵ ساله با تشخیص Total proidentia در تاریخ ۱۴ مردادماه ساعت ۲۰:۳۶ با پای خود به بخش ژنیکولوژی مراجعه کرده است و در سرویس متخصص زنان جهت عمل APR بستری شده است. سابقه فشار خون و مصرف قرص تریاک را دارد. علائم حیاتی: BP:120/80-P:80-T:37-R:18 در تاریخ ۱۵ مردادماه ساعت ۹ صبح به اتاق عمل فرستاده شده است. مراقبتهای قبل از عمل، ارسال آزمایش، رزرو خون و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، NPO انجام شده است. مشاوره قلب توسط متخصص قلب جهت اوکی عمل انجام شده است و با توجه به اکو نرمال عمل بلامانع بوده است. در ساعت ۱۱:۴۵ پس از عمل به بخش بازگشته است. در تاریخ ۱۶ مردادماه ساعت ۸ صبح توسط متخصص زنان ویزیت و دستور دارویی مترونیدازول و هپارین داده شده است. در ساعت ۱۳:۳۰ بصورت اشتباهی توسط ماما مسئول مددجو سولفات منیزیم ۲۰٪ به جای مترونیدازول وصل شده است که بلافاصله پس از آگاهی سرپرستار قطع شده است و مشاوره داخلی در همان ساعت انجام شده و آزمایشات Mg-Bun-Cr-Ca ارسال که جواب نرمال بوده است. ECG انجام و به رویت پزشک معالج رسیده است. در تاریخ ۱۷ مردادماه توسط متخصص زنان ویزیت و با دستورات دارویی و مراجعه به کلینیک ده روز بعد مرخص گردیده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم توجه به مشخصات مندرج بر روی دارو و رعایت دستورالعمل تزریقات ایمن ۲. عدم آگاهی و اشراف کامل مامای مسئول درخصوص دستورالعمل داروهای باهشدار بالا و مشابه ۳. عدم جداسازی صحیح داروهای باهشدار بالا و مشابه در استوک های دارویی بخش ها ۴. استفاده از کارشناسان مامایی در بخش های جراحی بدلیل کمبود نیروی پرستاری ۵. عدم نظارت صحیح و کافی بر نحوه چیدمان، جداسازی و قرارگیری داروهای پرخطر و مشابه در استوک های دارویی داروخانه و بخش ها توسط ناظر دارویی ۶. عدم نظارت کافی و صحیح بر میزان آگاهی و عملکرد پرسنل درخصوص اجرای دستورالعمل های ایمنی بیمار بالاخص تزریقات ایمن توسط سوپروایزران، سرپرستاران و... ۷. عدم نظارت صحیح مسئول فنی داروخانه بر نحوه نسخه پیچی و تحویل و تحول داروهای بخش
اقدامات اصلاحی پیشنهادهای	➤ لزوم آموزش اثربخش و عملیاتی درخصوص دستورالعمل تزریقات ایمن، اصول صحیح دارودهی، دستورالعمل داروهای پرخطر و مشابه به تمامی پرسنل و چک اثربخشی آموزش های ارائه شده ➤ تاکید و نظارت بر رعایت اصول دارودهی در تمامی مراحل (نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار) ➤ قرارگیری آموزش درخصوص دستورالعمل دارودهی صحیح، داروهای پرخطر، داروهای مشابه در آموزش های پرسنل جدیدالورود و تعیین معیاری جهت قبولی در آزمون پس از آموزش جهت شروع بکار ➤ نظارت و تاکید به مسئول فنی داروخانه/ ناظر دارویی بر رعایت اصول دارودهی در هنگام نسخه نویسی و همچنین لیبل گذاری صحیح و جداسازی صحیح داروهای پرخطر و مشابه



	➤ نظارت مسئولین بر نحوه صحیح برچسب گذاری و جداسازی داروهای پرخطر و مشابه در تمامی استوک های دارویی ➤ لزوم نظارت سوپروایزران، سرپرستاران و... بر نحوه صحیح اصول دارودهی و اجرای صحیح دستورالعمل داروهای پرخطر و مشابه ➤ نظارت بر فرآیند تحویل و تحول داروها از داروخانه به بخش های بالینی و نحوه چک، چیدمان و ... داروهای تحویلی در بخش ➤ تاکید و نظارت بر لزوم چک صحیح مشخصات مندرج بر روی لیبل دارویی
عنوان	فوت بیمار به دنبال تزریق آنتی بیوتیک
شرح حادثه	بیمار آقای ۴۱ ساله بوده که ساعت ۲۳:۳۶ مورخ ۰۱/۴/۸ با پای خود به تریاژ مراجعه نمود. علائم حیاتی نرمال و $SPO_2=97\%$ داشت و با تشخیص آیسه دندان با سطح ۳ تریاژ در اورژانس بستری موقت شده است. بیمار سابقه مصرف مواد مخدر (اعتیاد به هروئین) را ذکر کرده است. توسط پزشک طب اورژانس ویزیت شد و تحت درمان دارویی با سفتریاکسون، مترونیدازول، دگزامتازون و آپوتل قرار گرفت. داروها بدون عارضه تزریق شد. مشاوره عفونی درخواست و توسط اینترن پس از تماس تلفنی با آنکال عفونی انجام شد که دستور آمپول آمپی سولباکتام و قرص پردنیزولون داده شد. ساعت ۶ صبح بلافاصله بعد از تزریق چند سی سی از داروی رقیق شده آمپی سولباکتام داخل ۱۰۰ سی سی سرم در میکروست، بیمار اظهار کرد که در سر احساس سوزش میکند دارو قطع شد. هیدروکورتیزون ۲۰۰ میلی گرم تزریق شد. قبل از تزریق آمپی سولباکتام، بیمار به سرویس بهداشتی رفته و پس از بازگشت حالت غیر عادی مثل خیره شدن و قرمزی چشم داشته که بلافاصله به تخت راهنمایی و خوابانده شده و دارو تزریق شده است. بیمار ساعت ۶:۵۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد که ۹۹ اعلام شد و عملیات احیا به مدت ۱:۴۰ انجام شد که متأسفانه موفق نبود و بیمار ساعت ۸:۳۰ فوت شد. طبق اظهارات شفاهی پرستار اورژانس، بیمار همراه نداشته است و بدو ورود کاملاً آگاه بوده و هیچ اشاره ای به سابقه حساسیت دارویی نکرده است. طبق اظهارات شفاهی اینترن "بیمار حین گرفتن شرح حال هوشیار بود و نگفت که به دارویی حساسیت دارد". پس از فوت بیمار با خانواده وی تماس گرفته شد که خواهر بیمار اظهار کرد برادرش حساسیت شدید به آنتی بیوتیک داشته و قبلاً هم یکبار به دنبال تزریق آنتی بیوتیک در بیمارستان دیگری بدحال شده و "با تلاش بسیار برگشته است". در فرم تریاژ الکترونیک-شرح حال و گزارش پرستاری سابقه حساسیت دارویی منفی ذکر شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم دقت در گرفتن شرح حال از بیمار و ثبت سابقه حساسیت دارویی قبلی در پرونده، توسط تیم درمان (پرستار تریاژ- پرستار اول و دوم بخش- اینترن- پزشک طب اورژانس) ۲. عدم دقت در گرفتن شرح حال از بیماری که سابقه مصرف مخدر (اعتیاد به هروئین) را ذکر کرده و همراه نداشته است و احتمال اختلال در هوشیاری یا حافظه برای وی مطرح است. (خانواده پس از مراجعه به بیمارستان اظهار کردند که بیمار شب گذشته خودروی خود را بدون برداشتن سوئیچ در خیابان رها کرده است که این موضوع حاکی از عدم هوشیاری کامل وی می باشد). ۳. تزریق دوز اول آنتی بیوتیک بدون توجه پرستار دوم به سابقه حساسیت بیمار (عدم سوال از بیمار) ۴. عدم امکان دسترسی به سوابق حساسیت دارویی افراد ۵. تزریق دوز اول آنتی بیوتیک سولباکتام بدون بررسی شرایط غیرعادی بیمار (در حالیکه طبق اظهارات پرستار در گزارش پرستاری، بیمار پس از برگشت از سرویس بهداشتی شرایط غیرعادی داشته است)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ اخذ شرح حال گیری دقیق و مناسب، انجام تلفیق دارویی و درج صحیح / واضح آن در پرونده بیمار در هنگام پذیرش توسط پزشک معالج و ... مطابق دستورالعمل های وزارتی (توجه ویژه در اخذ شرح حال گیری از بیمارانی که سابقه مصرف مخدر را ذکر می کند و احتمال اختلال در هوشیاری یا حافظه برای ایشان مطرح است) ➤ توجه به اخذ شرح حال دقیق از بیماران آگاه، همراهان مطلع و آگاه بیمار در خصوص سوابق داروهای مصرفی بیمار، سوابق حساسیتی بیماران توسط پزشکان و پرستاران و یا مراجعه به سوابق موجود در پرونده بیماران در مراکز درمانی محل وقوع عارضه حساسیتی قبلی



➤ تدوین و بروزرسانی دستورالعمل درمان اولیه و فوری حساسیت دارویی بیماران، ویژه کادر درمانی- آموزش و اطلاع رسانی دستورالعمل مذکور به کلیه پرسنل به نحو مطلوب ➤ ضرورت آشنایی و آموزش لازم، کافی و مستمر کادر درمانی (بالاخص پرستاران) با انواع واکنش های افزایش حساسیتی و عوارض ناخواسته دارویی و نحوه مدیریت اقدامات اولیه پرستاری و اطلاع رسانی به پزشکان معالج در اسرع وقت ➤ پیشنهاد راه اندازی سیستم هشدار مربوط به سوابق حساسیت دارویی بیماران در سامانه پرونده الکترونیک بیماران به منظور توجه ویژه کلیه کادر درمانی ذیربط در زمان نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، داروهای توسط کادر پرستاری در بخش ها، مشخص شدن سوابق در مراجعات بعدی و ... (دسترسی داروسازان به سامانه پرونده الکترونیک بیماران) ➤ ارزیابی صحیح بیماران در حین بستری توسط پزشک و پرستار و در صورت بروز هر گونه علائم غیر عادی در بیمار، بررسی کامل وضعیت بالینی بیمار و اطلاع به پزشک معالج و سپس انجام اقدامات دارویی-درمانی قبلی مطابق نظر و تایید پزشک معالج ➤ انجام آموزش های مستمر و اثربخش در زمینه دارویی (در مورد داروها، داروها با اسامی و اشکال مشابه، داروهای هشدار بالا و پرخطر، اصول صحیح داروهای و ...) به کلیه کادر ذیربط بالاخص کارکنان جدیدالورود (بخش ها و داروخانه) ➤ آگاه سازی بیماران و همراهان وی و ثبت مکتوب عوارض ناخواسته و حساسیت های دارویی رخ داده در مراکز درمانی و ارائه مکتوب گزارش آن در زمان ترخیص به بیماران، باهدف پیشگیری از وقوع مجدد عوارض جدی تهدیدکننده حیات به علت عدم آگاهی بیماران از سوابق حساسیت های دارویی و تجویز و مصرف مجدد داروهایی که بیمار سابقه واکنش های حساسیتی به آن ها را داشته	
عنوان	ساختگی و زخم محل آنژیوکت به دلیل نشت دارو
بیمار کودک ۴ ماهه دختر بوده است که سابقه تشنج و مصرف فنوباربیتال داشته و به علت بروز کهیر و بثورات (احتمال حساسیت دارویی به فنوباربیتال) در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۳ ساعت ۰۰:۳۸ به بیمارستان مراجعه نموده است و در اورژانس iv line روی میچ دست چپ فیکس گردیده که بین ساعات ۴ تا ۶ دست کودک متورم شده و بعد خروج مسیر وریدی محل رگ گیری دچار اکیموز با ابعاد یک و نیم در یک و نیم و تاول شده است که توسط رزیدنت اورژانس ویزیت گردیده است و کمپرس گرم و الویت اندام اجرا شده است. درخواست مشاوره جراحی و عفونی گردید و انجام شده است. دستور پماد نیتروگلیسیرین داده شد که به دلیل کمبود کشوری با پماد تتراسایکلین و پرل TNG پانسمان شد. کارشناس زخم بیمار را ویزیت کرده است. سونوگرافی نسج نرم انجام که التهاب مشخص و آنتی بیوتیک تزریقی (کلیندامایسین) شروع شده است. مشاوره جراحی پلاستیک درخواست شده که قرار شد بعد از ترخیص سرپایی پیگیری شود. در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۶ ترخیص میشود. جهت پیگیری به بیمارستان دیگری در تهران برده شده است و بعد از یک ماه و نیم هنوز دست خوب نشده و در حال درمان است.	شرح حادثه
۱. شکننده بودن رگهای کودک ناشی از بستری قبلی وی به علت تشنج حدود یک هفته قبل ۲. برقراری مسیر وریدی و نصب آنژیوکت در شیرخواران توسط پرسنل غیر ماهر(ماما) ۳. وجود کهیر و بثورات جلدی در دستها و فیکس کردن آنژیوکت در محلی که احتمالاً دارای کهیر و علائم پوستی بوده است ۴. عدم کمک گرفتن از همکاران با تبحر بیشتر در رگ گیری مثل پرستاران بخش ویژه نوزادان یا سوپروایزر و.. ۵. عدم کنترل مسیر وریدی بعد از وصل سرم و اطمینان از کارکرد مناسب رگ توسط پرستار داخل بخش ۶. خستگی و مشکلات جسمی کارشناس مامایی که به صورت شیفت ثابت در اتاق رگ گیری اورژانس حضور دارد ۷. عدم توجه و احترام به نظرات و درخواست مادر کودک که گفته "فرزندم به تازگی از بیمارستان مرخص شده و بدرگ است" ۸. پوش کردن مایع با سرنگ داخل رگ جهت صحت سنجی عملکرد آنژیوکت (عدم اطمینان از محل صحیح آنژیوکت) و اکستراوژیشن دارو یا سرم قندی زیر جلد	علل رویداد حادثه
➤ استفاده از پرسنل با سابقه کار بیشتر در اتاق رگ گیری بخش اورژانس اطفال جهت رگ گیری ➤ آموزش و تذکر به پرستاران مربوطه در خصوص: عدم کمک گرفتن از همکاران با تبحر بیشتر در رگ گیری مثل پرستاران بخش	اقدامات



اصلاحی پیشنهادی	ویژه نوزادان یا سوپروایزر، عدم کنترل مسیر وریدی بعد از وصل سرم و اطمینان از کارکرد مناسب رگ، فیکس کردن آنژیوکت در محلی که دارای کپهر و علائم پوستی بوده است و عدم توجه و احترام به نظرات و درخواست مادر کودک که گفته "فرزندم به تازگی از بیمارستان مرخص شده و بدرگ است." ➤ در صورت عدم موفقیت در رگ گیری اطلاع به سوپروایزر اورژانس داده و کمک از همکاران با تبحر بیشتر مثل پرستاران بخش ویژه نوزادان یا سوپروایزر ➤ آموزش و تاکید بر کنترل مسیر وریدی بعد از وصل سرم و اطمینان از کارکرد مناسب رگ توسط پرستار مسئول بیمار ➤ تاکید و نظارت بر فیکس کردن آنژیوکت در محلی که فاقد علائم پوستی باشد ➤ ضرورت توجه و احترام به نظرات و درخواست های به جای والدین کودک با توجه به شناختی که از وضعیت فرزند دارند همواره مدنظر قرار گیرد.
عنوان	جا ماندن یک عدد لونگاز در موضع جراحی شکمی
شرح رویداد	مددجو خانم ۳۸ ساله مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۴ جهت انجام عمل جراحی خارج کردن کیست درموئید درکوبه سمت چپ لگن، بصورت الکتیو در سرویس جراحی بستری و پس از انجام اقدامات اولیه به اتاق عمل منتقل و بدنبال انجام جراحی لاپاراتومی کیست خارج وبا حال عمومی خوب تحویل بخش میگردد. مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۶ مددجو RBR و PO شده است ، Gas Passing و Defecation داشته است و توسط پزشک معالج ویزیت و ترخیص شده است. در تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۷ مددجو با مطب متخصص زنان تماس گرفته و بیان داشته که از درد شکم شکایت دارد و به وی گفته شده است که حتما برای معاینه به مطب یا بیمارستان مراجعه نماید. اما بیمار مراجعه نداشته است. مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۸ مددجو با شکایت از درد زیر شکم و تهوع به مطب مراجعه کرده، تحت معاینه قرار گرفته و با ظن به ایلئوس متعاقب جراحی شکمی درخواست انجام آزمایشات و گرافی شده است، بعد از انجام گرافی ، متخصص رادیولوژی با پزشک معالج تماس گرفته و هشدار می دهد که ظاهرا یک جسم خارجی درون کاویته شکم رویت شده است. مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۲۸ پس از انجام هماهنگی های لازم توسط متخصص زنان، بیمار مجدداً به اتاق عمل منتقل و تحت جراحی قرار میگیرد (انسزیون از همان محل برش قبلی باز شده، یک عدد لونگاز خارج، کویته شستشو داده شده و محل انسزیون ترمیم میشود). در نهایت مورخ ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ با حال عمومی نرمال مرخص میگردد.
علل رویداد	➤ عدم عملکرد مناسب تیم جراحی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ عدم جستجوی منظم و صحیح زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیک یا موضع جراحی ➤ عدم شمارش دقیق و کامل گازها در شروع و خاتمه پروسیجر ➤ عدم ثبت شمارش تعداد گاز استفاده شده در حین جراحی (در شروع و خاتمه پروسیجر) در برد اتاق جراحی و پرونده بیمار ➤ عدم بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی ➤ عدم کنترل مجدد اتاق ها توسط مسئول شیفت
اقدام	➤ برگزاری دوره های آموزشی مستمر و عملیاتی برای کلیه کارکنان اتاق عمل و بیهوشی ➤ تاکید و نظارت بر شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزنها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هرگونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است). شمارش در شروع و خاتمه هر پروسیجر (قبل از بستن ناحیه جراحی/زخم) ➤ نظارت مسئول شیفت های اتاق عمل بر ثبت صحیح و دقیق شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش در برد اتاق جراحی، گزارش پرستاری و پرونده بیمار (شرح عمل جراحی) ➤ بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/



اصلاحی	زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی (شمارش ها باید بصورت دونفره انجام گیرد) ➤ تاکید و نظارت مستمر و دقیق بر عملکرد تیم های جراحی در اتاق های عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ نصب الگوریتم/چک لیست جراحی ایمن در معرض دید پرسنل اتاق عمل (پزشکان و کادر بالینی اتاق عمل) جهت یادآوری مستمر و بهره برداری. (مطابق مرحله آخر جراحی ایمن (اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)، با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح، صحت تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن، مشخص و تایید میگردد) - لزوم نظارت بر حضور جراحان در اتاق های جراحی تا انتهای جراحی (مطابق دستورالعمل های وزارت) ➤ جستجوی منظم زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر، تبادل صحیح اطلاعات و انجام کار تیمی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن در اتاق های جراحی/انجام پروسیجرهای تهاجمی ➤ نظارت مسئول شیفت بر شمارش نهایی و کنترل انجام این اقدامات توسط سیرکولر و اسکراب و ثبت توسط هر دو نفر ➤ خودداری از خروج لوازم از اتاق جراحی تا خاتمه عمل و اعلام/انجام خاتمه جراحی زمانی که شمارش صحیح اعلام سوزن، گازها و لوازم انجام و اعلام گردد. ➤ الصاق برچسب بر روی بسته بندی لونهاها با هدف چسباندن آن برچسب پشت برگه شرح عمل و در پایان بایستی به تعداد این برچسب ها لونهاها شمارش و تحویل شود
عنوان	جاماندن یک عدد گاز خط دار پس از جراحی هیستریکتومی
شرح حادثه	مددجو خانم ۴۶ ساله متاهل، در مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۸ با تشخیص هیستریکتومی در بیمارستان بستری و پس از انجام اقدامات اولیه و قبل از عمل جراحی در تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۱۸ تحت عمل جراحی قرار گرفته و پس از جراحی به بخش انتقال یافته است و در تاریخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۱ با حال عمومی خوب ترخیص میشود. مددجو در مورخه ۱۴۰۱/۰۵/۱۹ مجدداً با درد شکم به بیمارستان مراجعه کرده و اظهار داشته که چند روز قبل به دنبال درد شکم به مطب متخصص زنان مراجعه و سونوگرافی انجام داده است که در سونوگرافی وجود جسم خارجی در شکم گزارش شده است. مورخه ۱۴۰۱/۰۴/۲۰ پس از انجام مشاوره های قلب و داخلی و پزشکی قانونی مددجو مجدداً ساعت ۸:۳۰ به اتاق عمل منتقل شد و تحت جراحی قرار گرفته و یک عدد گاز خط دار از شکم خارج شده است و مجدداً شکم بسته شده است.
علل رویداد حادثه	➤ عدم عملکرد مناسب تیم جراحی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ عدم جستجوی منظم و صحیح زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی ➤ عدم شمارش دقیق و کامل گازها در شروع و خاتمه پروسیجر ➤ عدم ثبت شمارش تعداد گاز استفاده شده در حین جراحی (در شروع و خاتمه پروسیجر) در برد اتاق جراحی و پرونده بیمار ➤ عدم بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی ➤ عدم کنترل مجدد اتاق ها توسط مسئول شیفت
	➤ برگزاری دوره های آموزشی مستمر و عملیاتی برای کلیه کارکنان اتاق عمل و بیهوشی ➤ تاکید و نظارت بر شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزنها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هرگونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است). شمارش در شروع و خاتمه هر پروسیجر (قبل از بستن ناحیه جراحی/زخم) ➤ نظارت مسئول شیفت های اتاق عمل بر ثبت صحیح و دقیق شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش در برد اتاق جراحی، گزارش پرستاری و پرونده بیمار (شرح عمل جراحی) ➤ بیان و تایید تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی (شمارش ها باید بصورت دوفره انجام گیرد) ➤ تاکید و نظارت مستمر و دقیق بر عملکرد تیم های جراحی در اتاق های عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ نصب الگوریتم/چک لیست جراحی ایمن در معرض دید پرسنل اتاق عمل (پزشکان و کادر بالینی اتاق عمل) جهت یادآوری مستمر و بهره برداری. (مطابق مرحله آخر جراحی ایمن (اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)، با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح، صحت تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن، مشخص و تایید میگردد)- لزوم نظارت بر حضور جراحان، کارشناسان اسکراب و سیرکولار در اتاق های جراحی تا انتهای جراحی (مطابق دستورالعمل های وزارتی) ➤ جستجوی منظم زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر، تبادل صحیح اطلاعات و انجام کار تیمی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن در اتاق های جراحی/انجام پروسیجرهای تهاجمی ➤ نظارت مسئول شیفت بر شمارش نهایی و کنترل انجام این اقدامات توسط سیرکولر و اسکراب و ثبت توسط هر دو نفر ➤ خودداری از خروج لوازم از اتاق جراحی تا خاتمه عمل و اعلام/انجام خاتمه جراحی زمانی که شمارش صحیح اعلام سوزن، گازها و لوازم انجام و اعلام گردد ➤ پیشنهاد میگردد در صورت امکان از سیستم های معتبر و خودکار شمارش اسفنج ها نظیر بارکد و... استفاده گردد (استفاده از اسکنرهای الکترونیکی و سیستم های ردیاب گاز و پنبه به منظور جلوگیری از به جاماندن وسایل جراحی در بدن بیمار) ➤ الصاق برچسب بر روی بسته بندی لونگاها با هدف چسباندن آن برچسب پشت برگه شرح عمل و در پایان بایستی به تعداد این برچسب ها لونگاز شمارش و تحویل شود
عنوان	عوارض جراحی (جاماندن پیچ ست PFN در قسمت دیستال فمور راست)
شرح حادثه	بیمار آقای ۶۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۱۷ ساعت ۸،۴۰ صبح با تشخیص شکستگی چند تکه ایی اینتر تروکانتریک و ساب تروکانتریک تا وسط شفت فمور راست در بخش ارتوپدی بستری شده است. بیمار سابقه بیماری قلبی و استنت گذاری را ذکر میکند. در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۱۹ ساعت ۸،۳۰ جهت جراحی فمور به اطاق عمل منتقل شده و تحت جراحی از ساعت ۹ تا ۱۲،۳۰ قرار گرفته است. در حین عمل یک عدد از پیچها داخل نسج افتاده و علیرغم جستجو پیدا نشده است. گرافی کنترل انجام و توسط ارتوپد رویت شده و مشخص شده است که پیچ در قسمت نسج نرم دیستال فمور جامانده است، ولی جراح بخاطر حساس بودن ناحیه، بیماری قلبی زمینه ایی، خونریزی زیاد در فیلد عمل، و بنا به صلاح بیمار و برای پرهیز از دستکاری بیشتر و با توجه به استریل بودن پیچ برای بافت، آن را خارج نکرده است. بیمار پس از جراحی ساعت ۱۴،۳۰ هوشیار و بیدار به بخش ویژه منتقل شده است. پس از انتقال بیمار به بخش ویژه مجدداً توسط ارتوپد ویزیت شده و به بیمار در مورد جاماندن پیچ در پا توضیح داده اند. در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۲۲ پس از راه رفتن و بدون گزارش مشکلی ترخیص شده است.
علل رویداد حادثه	➤ عدم جستجوی منظم و صحیح زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی ➤ شکستگی چند تکه ایی و وسیع و خونریزی زیاد در فیلد جراحی



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید به جستجوی منظم زخم توسط جراح قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی ➤ تخمین میزان خونریزی در جراحی های بزرگ و انجام تدابیر/اقدامات پیشگیرانه درخصوص انجام بهترین روش کار به جهت جلوگیری از به خطر افتادن ایمنی بیمار ➤ تاکید و نظارت مستمر و دقیق بر عملکرد تیم های جراحی در اتاق های عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ نصب الگوریتم/چک لیست جراحی ایمن در معرض دید پرسنل اتاق عمل (پزشکان و کادر بالینی اتاق عمل) جهت یادآوری مستمر و بهره برداری. (مطابق مرحله آخر جراحی ایمن (اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)، با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح، صحت تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن، مشخص و تایید میگردد) ➤ لزوم نظارت بر حضور جراحان، کارشناسان اسکراب و سیرکولار در اتاق های جراحی تا انتهای جراحی (مطابق دستورالعمل های وزارتی)
عنوان	جاماندن سوزن در زیر جلد پس از عمل جراحی TKA
شرح حادثه	مددجو خانم ۶۷ ساله مورخ ۱۴۰۱/۰۵/۱۸ در ساعت ۰۹:۱۰ بصورت الکتیو جهت جراحی TKA هر دو زانو در بخش جراحی زنان بستری شده است. در ساعت ۱۰:۲۰ به اتاق عمل منتقل شده و بعد از اتمام عمل جراحی، جهت انجام گرافی کنترل به واحد تصویربرداری منتقل میگردد. در بخش پرستار پس از رویت گرافی متوجه وجود جسم خارجی در زانوی چپ میشود. بلافاصله با پزشک معالج تماس حاصل شده و پانسمان پای بیمار توسط پرستار باز و سوزن زیر پانسمان رویت نشده است. مددجو در ساعت ۱۷:۰۰ مجدد به اتاق عمل انتقال یافته و پس از بازکردن موضع جراحی، سوزن زیر جلد بوده است که خارج گردیده و پوست بسته و بیمار به بخش انتقال یافته است.
علل رویداد حادثه	➤ عدم عملکرد مناسب تیم جراحی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ عدم جستجوی منظم و صحیح زخم توسط جراح قبل از بستن موضع جراحی ➤ عدم شمارش دقیق و کامل سوزن ها در شروع و خاتمه پروسیجر ➤ عدم ثبت صحیح و دقیق شمارش تعداد سوزن ها، گاز، وسایل تیز و برنده و ابزار و ... استفاده شده در حین جراحی (در شروع و خاتمه پروسیجر) در برد اتاق جراحی و پرونده بیمار ➤ عدم بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی ➤ عدم کنترل مجدد اتاق ها توسط مسئول شیفت
	➤ برگزاری دوره های آموزشی مستمر و عملیاتی برای کلیه کارکنان اتاق عمل و بیهوشی ➤ تاکید و نظارت بر شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزنها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هرگونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است). شمارش در شروع و خاتمه هر پروسیجر (قبل از بستن ناحیه جراحی/زخم) ➤ نظارت مسئول شیفت های اتاق عمل بر ثبت صحیح و دقیق شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش در برد اتاق جراحی، گزارش پرستاری و پرونده بیمار (شرح عمل جراحی) ➤ بیان و تایید صحت تعداد کلی موارد شمارش شده بصورت واضح در انتهای جراحی/پروسیجر (قبل از بستن حفره جراحی/ زخم و قبل از اقدام به بستن پوست) با تیم جراحی (شمارش ها باید بصورت دوفره انجام گیرد) ➤ تاکید و نظارت مستمر و دقیق بر عملکرد تیم های جراحی در اتاق های عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ نصب الگوریتم/چک لیست جراحی ایمن در معرض دید پرسنل اتاق عمل (پزشکان و کادر بالینی اتاق عمل) جهت یادآوری



مستمر و بهره برداری. (مطابق مرحله آخر جراحی ایمن (اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل)، با حضور پرستار، متخصص بیهوشی و جراح، صحت تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن، مشخص و تایید میگردد) - لزوم نظارت بر حضور جراحان، کارشناسان اسکراب و سیرکولار در اتاق های جراحی تا انتهای جراحی (مطابق دستورالعمل های وزارت) ➤ جستجوی منظم زخم توسط جراح قبل از بستن موضع جراحی ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر، تبادل صحیح اطلاعات و انجام کار تیمی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن در اتاق های جراحی/انجام پروسیجرهای تهاجمی ➤ نظارت مسئول شیفت بر شمارش نهایی و کنترل انجام این اقدامات توسط سیرکولر و اسکراب و ثبت توسط هر دو نفر ➤ خودداری از خروج لوازم از اتاق جراحی تا خاتمه عمل و اعلام/انجام خاتمه جراحی زمانی که شمارش صحیح اعلام سوزن، گازها و لوازم انجام و اعلام گردد ➤ لزوم نظارت بر حضور جراحان، کارشناسان اسکراب و سیرکولار در اتاق های جراحی تا انتهای جراحی (مطابق دستورالعمل های وزارت)	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
جاماندن قسمت پلاستیکی آنژیوکت در دست بیمار	عنوان
بیمار آقای ۳۳ ساله که بعلت تصادف و شکستگی دابل ساق پای چپ ، با آمبولانس و برانکارد در ساعت ۱۱:۳۵ به بیمارستان منتقل شد . بلافاصله تریاژ انجام شد و در سطح مراقبتی ۲ قرار گرفت . علائم حیاتی بیمار شامل : spo2=96 T=36 PR=88 RR=18 BP=105/60 و GCS=15/15 بود . بیمار addict به هروئین و شیشه بوده و خراشیدگی هایی بر روی کف دست ، انگشتان و سایر نقاط بدن رویت شد . اقدامات تشخیصی و درمانی برای بیمار انجام شده است. سونوگرافی fast برای بیمار انجام شد و مورد خاصی گزارش نشد . در ساعت ۱۲:۲۰ مجدداً توسط متخصص طب اورژانس ویزیت شد و آتل بلند گچی برای بیمار فیکس گردید . در ساعت ۱۶:۴۵ به بخش منتقل گردیده است. بیمار برای روز بعد آماده جراحی شده و نسخه وسایل عمل به داروخانه ارسال شده است . در شیفت شب به علت فلبیت بودن مسیر آنژیوکت طوسی ، همکاران برای برقراری مسیر دوم وریدی اقدام کردند و آنژیوکت سبز روی ساعد دست چپ فیکس شد اما هنگام خروج آنژیوکت طوسی متوجه جا ماندن قسمت پلاستیکی آنژیوکت شدند و بلافاصله با متخصص ارتوپدی تماس گرفته شد اما پاسخگو نبودند . به سوپروایزر وقت اطلاع رسانی شد و ایشان نیز مکرراً با متخصص ارتوپدی تماس گرفتند اما باز هم پاسخگو نبودند و در نهایت در ساعت ۲۳:۲۰ مشاوره جراحی با جراح در بیمارستان دیگر انجام شد و ایشان فرمودند بیمار نیاز به مشاوره عروق دارد. شرایط بیمار در ساعت ۰۰:۲۰ توسط سوپروایزر به اطلاع ستاد هدایت رسانده شد و در ساعت ۰۰:۲۵ با متخصص عروق در بیمارستان تماس گرفته شد و وضعیت بیمار به اطلاع ایشان رسانده و اقدام خاصی ذکر نشد. مجداً با جراح بیمارستان تماس گرفته شد و طبق دستور ایشان آتل گچی برای بیمار فیکس شده و اندام بیحرکت شد و صبح مجدداً مشاوره عروق انجام گردد. در ساعت ۷:۳۰ مجدداً توسط سوپروایزر با متخصص عروق تماس حاصل شد و بیمار در ساعت ۹:۵۰ به بیمارستان اعزام گردید. و در آنجا توسط متخصص عروق آنژیوکت خارج شد و بیمار در ساعت ۱۹:۲۰ برای ادامه درمان ارتوپدی به بیمارستان بازگشت.	شرح حادثه
➤ استفاده از آنژیوکت ناکارآمد ➤ عدم کیفیت مناسب تجهیزات ➤ عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار ➤ عدم آرام سازی مناسب بیمار قبل از انجام پروسیجر ➤ عدم آگاهی و عملکرد مناسب درخصوص نحوه مراقبت از کاتترها و اتصالات	علل رویداد



حادثه	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ کنترل کلیه لوازم و تجهیزات موجود در بخش ها از نظر ایمنی بیمار و گزارش موارد خرابی/معیوب ➤ آموزش موثر عملیاتی دستورالعمل ایمنی مراقبت از کاتتر و اتصالات بیمار به تمامی پرسنل بالاحص پرسنل جدیدالورود ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر با بیمار ➤ حساس سازی و اطلاع رسانی موارد مشابه به مسئولین بیمارستان ➤ استفاده از تکنیک های آرام سازی در بیماران ببقرار قبل از شروع اقدامات درمانی/پروسیجر ➤ عدم استفاده از تجهیزاتی که قبلا باعث حادثه شده اند (جمع آوری تجهیزات/لوازم مصرفی مشکل دار از دسترس پرسنل و خروج از بخش) ➤ تاکید به پزشکان معالج درخصوص پاسخگویی به موقع و پیگیری اقدامات تشخیصی- درمانی بیمار در زمان مناسب (نظارت بر عملکرد پزشکان آنکال درخصوص انجام ویزیت/پاسخگویی به موقع) ➤ اقدام به موقع در حین رخداد و توضیح کامل در خصوص خطرات به بیمار و خانواده وی ➤ پیگیری مسئول تجهیزات پزشکی و داروخانه در خصوص کیفیت وسایل مصرفی مورد استفاده و جمع آوری لوازم/وسایل بی کیفیت از بخش های بالینی و گزارش خرابی وسایل مصرفی در کمیته های مرتبط و پیاده سازی اقدامات اصلاحی ➤ نظارت ناظر مرتبط در داروخانه ها بر کیفیت و ... اقلام/لوازم خریداری شده
عنوان	تزریق اشتباه دارو
شرح حادثه	بیمار خانم ۳۳ ساله در تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۲۳ ساعت ۲:۰۰ بدنبال درد اپی گاستر و تب و لرز به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است. علائم حیاتی کنترل و نرمال بوده . پزشک اورژانس پس از ویزیت و معاینه، دستور دارویی (سرم و آمپول ویتامین C و...) و کوکتل جهت بیمار میدهد. بیمار داروها را از داروخانه تهیه و جهت تزریق به قسمت تزریقات اورژانس مراجعه می نماید. پرستار در هنگام وصل سرم به بیمار بدون توجه به نام دارو، آمپول لیدوکائین را با این تصور که ویتامین C است داخل سرم بیمار میریزد، پس از اینکه مقداری از سرم انفوزیون شده، پرستار متوجه این موضوع میشود و سرم را قطع و بیمار را به قسمت تحت نظر اورژانس منتقل میکند. توسط متخصص طب اورژانس ویزیت و تحت مانیتورینگ و دارو درمانی قرار می گیرد. علائم حیاتی بیمار نرمال بوده و درنهایت در ساعت ۴ صبح ترخیص شد.
علل رویداد حادثه	➤ عدم لیبل گذاری داروهای پرخطر از داروخانه (عدم اجرای صحیح بخشنامه برچسب گذاری داروهای پرخطر و مشابه) ➤ آگاهی نامناسب پرستار اورژانس درخصوص داروهای پرخطر، دستورالعمل استفاده از داروهای پرخطر و... ➤ عدم توجه/خواندن مشخصات مندرج بر روی دارو (نام دارو و ...) توسط پرستار ➤ عدم رعایت اصول دارودهی "هفت قانون دارودهی" ➤ عدم اخذ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری مناسب از بیمار قبل از تزریق دارو ➤ عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار توسط پرستار



➤ رعایت و نظارت جدی بر اجرای صحیح بخشنامه برچسب گذاری و استفاده از داروهای باهشدار بالا و مشابه در انبار دارویی (بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، تالی های اورژانس، محل های نگهداری دارو در بخش، اتاق های عمل و غیره (برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع) مطابق دستورالعمل های وزارتی ➤ تاکید و نظارت بر رعایت اصول دارودهی "هفت قانون دارودهی" در هنگام نسخه نویسی و نسخه پیچی و دارودهی ➤ تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی (نام دارو، دوز دارو، روش استفاده مندرج بروی دارو، تاریخ انقضاء و ...) در هر بار نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، تجویز و دارودهی توسط کادر درمانی در بخش ها و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و... (به ویژه در تالی اورژانس که محتوی داروهای با هشدار بالا و اشکال مشابه در فواصل بسیار نزدیک به هم قرار دارند) ➤ انجام آموزش های مستمر و اثربخش در زمینه دارویی (در مورد داروها، داروها با اسامی و اشکال مشابه، داروهای هشدار بالا و پرخطر، اصول صحیح دارودهی و ...) به کلیه کادر ذیربط بالاخص کارکنان جدیدالورود (بخش ها و داروخانه) ➤ نظارت ویژه و دقیق سوپروایزران بالینی، سرپرستاران، مسئولین شیفتها، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و ... بر ارائه خدمت کادر حرفه ای (بالاخص کارکنان جدید الورد) در داروخانه و بخش ها بستری در زمان ارائه خدمات دارویی ➤ لزوم نظارت بر سازمان دهی و نظم تمامی انبارهای دارویی (بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) مطابق دستورالعمل های وزارتی ➤ پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی ➤ شناسایی اشتباهات دارویی پرتکرار در هر بیمارستان و مرکز درمانی دارویی، و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب پیشگیرانه از وقوع آنها ➤ دسترسی کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی ➤ انجام تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر ➤ پیاده سازی فرهنگ ایمنی در بیمارستان از طریق به اشتراک گذاری درس آموخته های خطاهای درمانی، آموزش های مستمر و موثر عملیاتی دستورالعمل های ایمنی بیمار، انجام راندهای ایمنی عملیاتی و توجه به اهمیت ایمنی بیمار در تمامی کمیته های مدیریت اجرایی و سطوح بیمارستانی و...	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
استفاده از بن گرفت تاریخ انقضاء گذشته برای بیمار	عنوان
مددجو آقای ۵۸ ساله هوشیار با نسخه بستری از مطب به پذیرش بیمارستان مراجعه میکند. سابقه شکستگی فمور چپ و بستری در تاریخ ۱۴۰۰/۶/۲۹ و جراحی در تاریخ ۱۴۰۰/۷/۳ (تعبیه وسیله) و نیز بستری مجدد مورخ ۱۴۰۰/۱۱/۱۶ و خارج سازی وسیله داشته است. پس از تشکیل پرونده، جهت تعبیه PFN فمور چپ با پای خود با عصا به بخش مردان مراجعه و بستری سرویس ارتوپدی می گردد. مورخ ۱۴۰۱/۴/۱۸ ساعت ۰۸:۵۵ هوشیار به اتاق عمل با برانکارد منتقل می گردد. درخواست بن گرفت از طرف ارتوپد حین جراحی میگردد. ساعت ۱۲:۴۰ بن گرفت توسط رابط داروخانه به اتاق عمل تحویل میگردد. چک تاریخ انقضا روی بسته توسط سیرکولر انجام می گردد (تاریخ ۲۰۲۳/۲). باتوجه به عدم وجودلیل در داخل بسته به اطلاع رابط داروخانه رسانده شده و توسط رابط داروخانه بیان میگردد لیل را بلافاصله می آورند. بدون چک تاریخ روی ویال، بن گرفت جهت بیمار استفاده می شود و در پایان عمل، لیل توسط رابط داروخانه تحویل اتاق عمل میگردد و توسط پرسنل سیرکولار چک و متوجه عدم تطابق تاریخ روی بسته بالیل تحویلی میگردد (تاریخ لیل ۲۰۲۵ بوده است)، بدلیل عدم تطابق تاریخ، توسط سیرکولار تاریخ روی ویال چک میگردد و متوجه می شوند که بر روی ویال بن گرفت تاریخ فوریه ۲۰۲۲ خورده است و ویال تاریخ انقضاء گذشته برای بیمار استفاده شده است (ناحیه جراحی نیز سوچور و بسته شده است). بیمار بنا به تشخیص جراح معالج و متخصص بیهوشی هوشیار به بخش ICU منتقل میشود و در نهایت پس	شرح حادثه



از چند روز بستری با نظر پزشک معالج با حال عمومی خوب ترخیص میگردد.	
➤ تحویل بسته بن گرفت و عدم وجود لیبل در داخل بسته (تحويل و تحول نامناسب وسایل، دارو و... از/به داروخانه و بخش ها) ➤ عدم مرجوع نمودن بسته بدنبال نداشتن لیبل در داخل بسته ➤ عدم توجه و چک تاریخ روی ویال (مشخصات مندرج بر روی ویال) توسط تیم جراحی قبل از استفاده برای بیمار ➤ عدم رعایت دقیق دستورالعمل جراحی ایمن ➤ عدم نظارت مجدد مسئول اتاق عمل/شیفت بر روی بسته/ اقلام دریافتی از داروخانه ➤ عدم چک ملزومات خریداری شده توسط ناظر مربوطه در داروخانه ➤ نداشتن پروتکل مشخص در رابطه با نحوه دریافت بن گرفت/وسایل در داروخانه	علل رویداد حادثه
➤ تاکید و نظارت بر رعایت اصول دارودهی "هفت قانون دارودهی" در هنگام نسخه نویسی و نسخه پیچی و دارودهی در تمامی شیفت های بالینی ➤ تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی و ... (نام ، روش استفاده مندرج بر روی ویال، تاریخ انقضاء و ...) در هر بار نسخه نویسی، تحويل دارو از داروخانه، تجویز و استفاده توسط کادر درمانی در بخش ها و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و... ➤ تدوین و ابلاغ فرآیند دریافت و مرجوع اقلام مصرفی با توجه به تاریخ انقضا و اطلاع رسانی به کلیه پرسنل (داروخانه و بخش های بالینی)- لزوم چک بسته های استریل، ملزومات/وسایل و ... توسط دو کادر حرفه ای اتاق عمل از داروخانه ➤ نظارت ویژه و دقیق سوپروایزران بالینی، سرپرستاران، مسئولین شیفتها، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و ... بر ارائه خدمت کادر حرفه ای (بالاخص کارکنان جدید الورود) در داروخانه و بخش های بستری در زمان ارائه خدمات دارویی ➤ نظارت و دقت برملزومات خریداری شده توسط ناظر ملزومات مصرفی در هنگام خرید ➤ شناسایی اشتباهات دارویی پرتکرار در هر بیمارستان و مرکز درمانی دارویی، و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب پیشگیرانه از وقوع آن ها ➤ پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی ➤ آموزش بالینی اثربخش دستورالعمل جراحی ایمن و نظارت بر نحوه اجرای صحیح دستورالعمل ➤ تاکید و تقویت کار تیمی در ارائه خدمات درمانی به جهت جلوگیری از بروز خطاهای درمانی	اقدامات اصلاحی پیشنهادهای
تزریق اشتباه آمپول سفنازیدیم بجای آمپول سفوناکسیم بدلیل تشابه دارویی	عنوان
بیمار آقای ۴۳ ساله که با تشخیص پنومونی مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۸ در بخش مردان بیمارستان... بستری میشود. بیمار دستور دارویی تزریق آمپول سفوناکسیم دارد که در سیستم الکترونیک برای بیمار داروی سفنازیدیم ثبت و از داروخانه دریافت می گردد و برای بیمار یک دوز تزریق میشود. به محض متوجه شدن جهت دوز بعدی داروی درست در سیستم زده و جایگزین میشود.	شرح حادثه
➤ عدم توجه و چک دقیق دستورات پزشکی ثبت در پرونده و ثبت صحیح در کاردکس دارویی و سیستم الکترونیک ➤ عدم چک راند مناسب پرونده های بیماران توسط مسئول مرتبط و تطابق دستورات ثبتی پرونده و کاردکس بیمار ➤ عدم رعایت اصول دارودهی	علل رویداد حادثه



➤ توجه دقیق به چک دستورات پزشک، مطابقت دستورات پرونده با کاردکس دارویی و چک کاردکس دارویی با داروهای بیمار توسط کادر پرستاری (چک کردن مشخصات بیمار و کاردکس دارویی در بالین بیمار در زمان دارو دهی و در صورت امکان انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس دارویی توسط پرستار دیگری بازخوانی شود) ➤ چک مجدد دستورات دارویی پرونده ناخوانا و شک برانگیز با پزشک معالج، قبل از ثبت در کاردکس - اصلاح مجدد دستورات ناخوانا در پرونده بیماران توسط پزشک معالج ➤ نظارت دقیق سرپرستاران بر تطابق دستورات دارویی ثبت در پرونده با کاردکس دارویی بیماران ➤ تاکید و نظارت بر رعایت اصول دارودهی "هفت قانون دارودهی" در هنگام نسخه نویسی و نسخه پیچی و دارودهی ➤ ثبت خوانا، دقیق و کامل دستورات دارویی در پرونده توسط پزشکان -درج دقیق و واضح دستورات دارویی جدید و تغییرات ایجادشده نسبت به دستور دارویی قبلی در پرونده بیمار- اجتناب از اختصارنویسی و خط ناخوانا و نوشتن ناواضح نام برند در دستورات دارویی ➤ نظارت ویژه و دقیق سوپروایزران بالینی، سرپرستاران، مسئولین شیفتها، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و ... بر ارائه خدمت کادر حرفه ای (بالاخص کارکنان جدید الورود) در داروخانه و بخش های بستری در زمان ارائه خدمات دارویی ➤ پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی ➤ شناسایی اشتباهات دارویی پرتکرار در هر بیمارستان و مرکز درمانی دارویی، و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب پیشگیرانه از وقوع آن‌ها	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت بیمار به دنبال واکنش آنافیلاکسی پس از انفوزیون وریدی آنتی بیوتیک	عنوان
بیمار آقای ۴۱ ساله بوده که ساعت ۲۳:۳۶ مورخ ۰۱/۴/۸ با پای خود به تریاژ بیمارستان مراجعه نمود . علائم حیاتی نرمال و SPO2=97% داشته و با تشخیص آبنه دندان با سطح ۳ تریاژ در اورژانس بستری موقت شده است . بیمار سابقه مصرف مواد مخدر (اعتیاد به هروئین) را ذکر کرده است.توسط پزشک طب اورژانس ویزیت و تحت درمان دارویی با سفتریاکسون-مترونیدازول - دگزانتازون و آپوتل قرار میگیرد.داروها بدون عارضه تزریق میشوند. مشاوره عفونی درخواست و توسط اینترنتن پس از تماس تلفنی با آنکال عفونی انجام شده که دستور آمپول آمپی سولباکتام و قرص پردنیزولون داده میشود. ساعت ۶ صبح بلافاصله بعد از تزریق چند سی سی از داروی رقیق شده آمپی سیلین/سولباکتام داخل ۱۰۰ سی سی سرم در میکروست، بیمار اظهار میکند که در سر احساس سوزش میکند (علائم برافروختگی و تنگی نفس نیز داشته است)، دارو قطع شده و هیدروکورتیزون ۲۰۰ میلی گرم تزریق میشود. قبل از تزریق آمپی سولباکتام ، بیمار به سرویس بهداشتی رفته و پس از بازگشت حالت غیر عادی مثل خیره شدن و قرمزی چشم داشته که بلافاصله به تخت راهنمایی و خوابانده شده و دارو تزریق شده است . بیمار ساعت ۶:۵۰ دچار ارست قلبی تنفسی میشود و کد ۹۹ اعلام شد و عملیات احیا به مدت ۱:۴۰ انجام شده که متاسفانه موفق نبود و بیمار ساعت ۸:۳۰ فوت میشود. طبق اظهارات شفاهی پرستار اورژانس ، بیمار همراه نداشته است و بدو ورود کاملاً آگاه بوده و هیچ اشاره ای به سابقه حساسیت دارویی نکرده است. پس از فوت بیمار با خانواده وی تماس گرفته شد که خواهر بیمار بیان کرده، برادرش حساسیت شدید به داروی آموکسی سیلین داشته و قبلاً هم یکبار به دنبال تزریق آنتی بیوتیک در بیمارستان دیگری بدحال شده و " با احیاء قلبی برگشته است" و در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان بستری بوده است. (در فرم تریاژ الکترونیک-شرح حال و گزارش پرستاری سابقه حساسیت دارویی منفی ذکر شده است)	شرح حادثه



علل رویداد حادثه	➤ عدم توجه و دقت کافی در اخذ شرح حال از بیمار و ثبت سابقه حساسیت دارویی قبلی در پرونده ، توسط تیم درمان(پرستارتریاز- پرستار بخش-اینترن- پزشک طب اورژانس) ➤ عدم دقت در اخذ شرح حال از بیماری که سابقه مصرف مخدر(اعتیاد به هروئین) را ذکر کرده و همراه نداشته است و احتمال اختلال در هوشیاری یا حافظه برای وی مطرح است (خانواده پس از مراجعه به بیمارستان اظهار کردند که بیمار شب گذشته خودروی خود را بدون برداشتن سوئیچ در خیابان رها کرده است که این موضوع حاکی از عدم هوشیاری کامل وی می باشد) ➤ تزریق دوز اول آنتی بیوتیک بدون توجه به سابقه حساسیت بیمار(عدم سوال از بیمار) ➤ عدم امکان دسترسی به سوابق حساسیت دارویی افراد ➤ تزریق دوز اول آنتی بیوتیک سولباکتام بدون بررسی شرایط غیرعادی بیمار (در حالیکه طبق اظهارات پرستار در گزارش پرستاری ، بیمار پس از برگشت از سرویس بهداشتی شرایط غیرعادی داشته است)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ اخذ شرح حال گیری دقیق و مناسب، انجام تلفیق داروئی و درج صحیح /واضح آن در پرونده بیمار درهنگام پذیرش توسط پزشک معالج و ... مطابق دستورالعمل های وزارتی (توجه ویژه در اخذ شرح حال گیری از بیمارانی که سابقه مصرف مخدر را ذکر می کند و احتمال اختلال در هوشیاری یا حافظه برای ایشان مطرح است) ➤ توجه به اخذ شرح حال دقیق از بیماران آگاه، همراهان مطلع وآگاه بیمار درخصوص سوابق داروهای مصرفی بیمار، سوابق حساسیتی بیماران توسط پزشکان و پرستاران و یا مراجعه به سوابق موجود در پرونده بیماران در مراکز درمانی محل وقوع عارضه حساسیتی قبلی ➤ تدوین و بروزرسانی دستورالعمل درمان اولیه وفوری حساسیت دارویی بیماران، ویژه کادر درمانی- آموزش واطلاع رسانی دستورالعمل مذکور به کلیه پرسنل به نحو مطلوب ➤ ضرورت آشنایی وآموزش لازم، کافی و مستمر کادر درمانی (بالاخص پرستاران) با انواع واکنش های افزایش حساسیتی وعوارض ناخواسته دارویی و نحوه مدیریت واقدامات اولیه پرستاری و اطلاع رسانی به پزشکان معالج در اسرع وقت ➤ پیشنهاد راه اندازی سیستم هشدار مربوط به سوابق حساسیت دارویی بیماران در سامانه پرونده الکترونیک بیماران به منظور توجه ویژه کلیه کادر درمانی ذیربط در زمان نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، دارودهی توسط کادر پرستاری در بخش ها، مشخص شدن سوابق در مراجعات بعدی و ... (دسترسی داروسازان به سامانه پرونده الکترونیک بیماران) ➤ ارزیابی صحیح بیماران در حین بستری توسط پزشک و پرستار و در صورت بروز هر گونه علائم غیر عادی در بیمار، بررسی کامل وضعیت بالینی بیمار و اطلاع به پزشک معالج و سپس انجام اقدامات دارویی-درمانی قبلی مطابق نظر وتایید پزشک معالج ➤ انجام آموزش های مستمر واثربخش درزمینه دارویی (در مورد داروها، داروها با اسامی و اشکال مشابه، داروهای هشدار بالا وپرخطر، اصول صحیح دارودهی و ...) به کلیه کادر ذیربط بالاخص کارکنان جدیدالورود (بخش ها و داروخانه) ➤ آگاه سازی بیماران و همراهان وی و ثبت مکتوب عوارض ناخواسته و حساسیت های دارویی رخ داده در مراکز درمانی و ارائه مکتوب گزارش آن در زمان ترخیص به بیماران، باهدف پیشگیری از وقوع مجدد عوارض جدی تهدیدکننده حیات به علت عدم آگاهی بیماران از سوابق حساسیت های دارویی و تجویز و مصرف مجدد داروهایی که بیمار سابقه واکنش های حساسیتی به آن ها را داشته
عنوان	تحویل اشتباه داروی سفتریاکسون بجای داروی مترونیدازول از داروخانه



در تاریخ ۱۳/۲/۰۱ در شیفت شب توسط پرسنل داروخانه داروی سفتریاکسون به اشتباه بجای پنتوپرازول به بیمار سرپایی که از بخش اورژانس جهت دریافت دارو به داروخانه مراجعه نموده است، تحویل داده میشود. که بدلیل وجود نسخ الکترونیک و عدم تحویل پرینت نسخه دارویی به بیمار توسط داروخانه، واحد تزریقات دسترسی به نسخه پزشک نداشته و نمی تواند از تزریق داروی صحیح طبق دستور پزشک اطلاع داشته باشد. خوشبختانه با دقت و توجه پرسنل واحد تزریقات و برقراری ارتباط موثر با بیمار و اخذ شرح حال گیری مناسب، متوجه اشتباه دارویی شده و داروی مذکور برای بیمار تزریق نمیشود.	شرح حادثه
➤ عدم توجه و کنترل مجدد داروی تحویلی بیمار با نسخ الکترونیک ثبتی توسط ناظر داروخانه ➤ عدم دریافت پرینت نسخه الکترونیک دارویی در داروخانه و تطابق با داروی تحویلی بیمار ➤ عدم توجه دقیق و کافی به مشخصات مندرج بر روی داروهای تحویلی بیمار توسط پرسنل داروخانه ➤ عدم داشتن فرآیندی مبنی بر چک مجدد داروهای تحویلی بیمار از داروخانه توسط پزشک اورژانس ➤ عدم تحویل پرینت نسخ الکترونیک بیمار به همراه داروهای نسخه پیچی شده، جهت چک مجدد توسط پرستاران ➤ عدم دسترسی پرسنل اورژانس سرپایی به نسخ الکترونیک بیماران سرپایی جهت کنترل داروها با دستورات قبل از تزریق	علل رویداد حادثه
➤ تاکید بر ضرورت توجه/ خواندن دقیق دستورات دارویی ثبت در سامانه نسخه نویسی، مشخصات دارویی (نام دارو، دوز دارو، روش استفاده مندرج بر روی دارو، تاریخ انقضاء و ...) در هر بار نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه توسط پرسنل و نظارت ناظر دارویی/ مسئول فنی داروخانه بر نسخه تحویلی به بیماران ➤ گرفتن پرینت نسخه دارویی ثبت شده در سامانه و تحویل به بیماران به همراه داروها، جهت کنترل مجدد داروها با دستورات پزشک قبل از استفاده/ تزریق – تایید داروهای تحویلی با نسخ ثبتی در سامانه توسط ناظر دارویی مربوطه ➤ ضرورت چک مجدد نسخ الکترونیک تحویلی بیماران از داروخانه توسط پزشک معالج جهت اطمینان از تطابق داروی تحویلی با دستورات داده شده ➤ تاکید و نظارت بر چک داروهای بیماران سرپایی با نسخه تجویزی پزشک توسط پرسنل واحد تزریقات/ وصل سرم قبل از تزریق دارو ➤ تاکید و نظارت بر رعایت اصول دارودهی "هفت قانون دارودهی" در هنگام نسخه نویسی و نسخه پیچی و دارودهی ➤ نظارت ویژه و دقیق سوپروایزران بالینی، مسئولین بخش ها، مسئول فنی داروخانه، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و ... بر ارائه خدمت کادر حرفه ای (بالاخص کارکنان جدید الورد) در داروخانه و بخش ها بستری در زمان ارائه خدمات دارویی ➤ لزوم نظارت بر سازمان دهی و نظم تمامی انبارهای دارویی(بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) مطابق دستورالعمل های وزارتی ➤ در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت را در حین هر گونه خدمات دارویی (مستقیم و غیر مستقیم) و اجتناب از ایجاد وقفه در حین کار کادر ذیربط ➤ پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی ➤ شناسایی اشتباهات دارویی پرتکرار در هر بیمارستان و مرکز درمانی دارویی، و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب پیشگیرانه از وقوع آنها ➤ ضرورت ایجاد راهکار مناسب جهت دسترسی پرسنل واحد اورژانس سرپایی به پرونده الکترونیک (نسخ الکترونیک) بیماران، جهت کنترل داروهای تحویلی از داروخانه با نسخه پزشک قبل از تزریق	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت کودک پس از عمل جراحی آپاندکتومی	عنوان



کودک ۴ ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۱۸ ساعت ۱۳:۰۰ در بقل مادر، در بخش اورژانس اطفال (تریاز) با علائم: $SPO_2=97\%$, $PR=136$ - $RR=32-T=37$ در سطح تریاز III پذیرش شده است. راه وریدی برقرار، آزمایشات ارسال و سونوگرافی همراه مادر ضمیمه پرونده شده. در ساعت ۱۴:۵۰ توسط دستیار تخصصی کودکان ویزیت شده است. طبق شرح حال اخذ شده: مشکل بیمار: درد شکم و تندرns شدید نواحی شکم و RLQ

PI: بیمار دختر ۴ ساله ایست که بدلیل درد شکم مراجعه کرده است. درد از سه روز قبل شروع شده است. استفراغ و اسهال (-)، آبریزش بینی (-)، درد در ناحیه هیپوگاستر، تب (-)، $Pale$ (-)، دیسترس تنفسی (-). معاینه شکم: نرم - دارای تندرns در RLQ و پری اپیکال - دیستشن ندارد.

فرزند سوم - ترم C/S - تکامل کامل $W=12kg$, $BW=2700$ - سابقه بیماری (-)، بستری بدلیل پارگی تاندون انگشت شست پا و جراحی در اسفندماه دارد، سابقه مصرف دارو (-)، حساسیت دارویی و غذایی (-)، سابقه بیماری در خانواده را ذکر نمیکند.

در تاریخ ۰۸/۱۶ سونوگرافی بعمل آمده که شواهدی مبنی بر آپاندیسیت مشاهده شده اما پیگیری نشده تا اینکه از شب گذشته کودک دچار درد شدید شکم و بیقراری شده. شرح حال سوزش و تکرر ادرار نمی دهد.

مددجو در ساعت ۲۲:۰۰ و در آغوش مادر با تشخیص درد شکم و آپاندیسیت در سرویس جراحی در بخش بستری شده. در ساعت ۰۸:۳۰ توسط جراح ویزیت و درخواست سونوگرافی اورژانسی شکم و لگن شد. ساعت ۱۱:۴۵ سونو انجام و به اطلاع جراح رسانده شد.

در ساعت ۱۳:۵ با علائم: $HR=100$, $RR=22$, $T=36.5$ تحویل اتاق عمل شد. (داروهای ساعت ۱۴:۰۰، سفنازیدیم و مترونیدازول رو دریافت کرده) - مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۱۹: مددجو تحت پوزیشن سوپاین، تحت شرایط ایمنی در ساعت ۱۳:۲۰ وارد اتاق عمل یک شد. بیمار پس از ویزیت توسط متخصص بیهوشی تحت بیهوشی G/A و اینتوباسیون با لوله تراشه شماره ۵ بدون کاف شد، بیمار تحت عمل آپاندکتومی توسط جراح قرار گرفت (آپاندیسیت گانگرن با نکروز و گانگرن انتوم چسبیده به جدار مثانه و شکم و التهاب شدید). باعلائم حیاتی: $SPO_2>95\%$, $RR=17$, $HR=114$, $BP=105/65$ در ساعت ۱۴:۱۵ بیمار بصورت ناگهانی دچار افت ضربان قلب شده که بلافاصله توسط متخصص بیهوشی نسبت به پایدار کردن وضعیت حیاتی بیمار اقدام شد، در این مدت $SPO_2<90$ نرسیده است، بلافاصله وضعیت همودینامیک و قلب پایدار شد و عمل جراحی پایان یافت، پس از پایان عمل جراحی بدلیل هوشیاری پایین بیمار با لوله تراشه در اتاق نگه داشته شد و ساعت ۱۷:۴۵: (مشاوره مقیم PICU جهت انتقال کودک به آن بخش) و پس از صلاحدید متخصص بیهوشی بیمار اینتوبه (بدون ریکاوری) به بخش PICU در ساعت ۱۸:۳۵ با علائم: $BP:110/60$ - $HR=128$ - $SPO_2=100\%$ - $RR=17$ - در هنگام با تنفس خودبخودی با حرکت اندام ها و رفلکس کامل مردمک به نور تحویل پرستار بخش شد. ادرار Clear و حدود ۲۰۰ - در هنگام تحویل (ساعت ۱۸:۴۵) در OR دچار تشنج شد (دست ها حالت دسبره شد) و طبق دستور متخصص بیهوشی 1CC دیازپام تزریق شد و ساعت ۱۹:۰۰ تحویل PICU شد.

لوله تراشه روی ۲۲ فیکس بود. اندام ها اسپاستیک میشود. میوکلونوس (+)، دکورتیکه (+)

طبق دستور متخصص کودکان لوله تراشه بر روی ۱۴ در بخش فیکس شد.

مشاوره ها و ویزیت های مکرر برای بیمار انجام و اقدامات مراقبتی و تشخیصی در بخش انجام شده است. از لحاظ قلبی نرمال بوده و از لحاظ نرولوژی، احتمال آسفیکسی شدید و تشنج های مکرر ناشی از آن مطرح است. اختلال سطح هوشیاری مکرر ناشی از آنسفالوپاتی تشنجی است.



در نهایت مورخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۸ ساعت ۰۹:۳۰ ارست قلبی تنفسی بیمار و در ساعت ۱۰:۱۵ فوت نموده است	
➤ فعال بودن همزمان چنداتاق جراحی با یک متخصص بیهوشی و ترافیک سنگین بیماران در اتاق عمل ➤ عدم کنترل کودک در طول جراحی توسط متخصص بیهوشی ➤ عدم چک صحیح راه هوایی و محل قرارگیری لوله تراشه ➤ عدم چک ABG در فاصله احیاء بیمار و نگهداری در اتاق جراحی (۱۴:۱۵ الی ۱۹:۰۰) تا زمان انتقال به NICU ➤ فرم عملیات احیا بطور دقیق تکمیل نشده است ➤ خلاصه پرونده در روز جراحی ثبت شده است و دستور ترخیص علیرغم بدحال بودن کودک نوشته شده است ➤ انتقال کودک اینتوبه بآمبویگ به بخش PICU ➤ ثبت ناقص پرونده، گزارشات و اقدامات توسط پزشکان و کادر پرستاری (تغییرات علائم حیاتی در گزارش کارشناس بیهوشی ذکر نشده است، به اقدامات صورت گرفته پس از برادیکاردی و افت SPO2 و ... اشاره نشده ، به علائم حیاتی پس از ROSC اشاره نشده است، به عملیات احیاء در گزارش، اقدامات صورت گرفته و مدت زمان احیاء اشاره ای نشده و...)	علل رویداد حادثه
۱. اصلاح فرآیندهای اتاق عمل براساس دستورالعمل های ایمنی بیمار ۲. تهیه ونتیلاتور پرتابل جهت انتقال بیماران از اتاق عمل به سایر بخش ها ۳. آموزش اثربخش و عملیاتی ثبت پرونده و گزارش نویسی جهت پرسنل و پزشکان اتاق عمل ۴. نظارت بر فعال سازی اتاق های جراحی براساس استاندارد تعداد متخصص بیهوشی ۵. چینش مناسب و تقسیم بندی صحیح نیروهای اتاق عمل (بیهوشی، اتاق عمل و ریکاوری) در سه شیفت صبح، عصر، شب ۶. آموزش اثربخش مدیریت صحیح راه هوایی بیماران (کودکان/بزرگسالان) ۷. برنامه ریزی درخصوص تعداد اعمال جراحی در هر سه شیفت و جلوگیری از ترافیک سنگین اعمال در شیفت ها ۸. حضور متخصص بیهوشی بر بالین بیمار و پیگیری وضعیت بالینی بیمار در طول جراحی و انجام اقدامات موثر در زمان مناسب ۹. چک نمونه ABG پس از عملیات احیای قلبی ریوی در بیماران و پیگیری نتایج و درمان ۱۰. نظارت بر چک و تایید اتاق های جراحی براساس چک لیست بیهوشی ایمن قبل از القای بیهوشی ۱۱. نظارت بر ست صحیح آلارم های تجهیزات اتاق های جراحی قبل از القای بیهوشی ۱۲. عدم ثبت دستور ترخیص و خلاصه پرونده در اتاق جراحی و لزوم ویزیت بر بالین مجدد بیماران پس از جراحی ۱۳. ثبت صحیح اقدامات حین جراحی، پس از جراحی، وضعیت بالینی بیمار و ... توسط متخصص بیهوشی در پرونده بیمار	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت بیمار بعد از عمل جراحی زیبایی (ابدومینوپلاستی – لیفت سینه)	عنوان
۱۴۰۰/۰۹/۰۶ ساعت ۰۹:۰۰ مددجو خانم ۶۶ ساله که در ساعت ۰۹:۰۰ NPO و هوشیار با همراه جهت عمل لیفت سینه و شکم با نامه بستری جراح بستری شد. ساعت ۱۱:۰۰ به دکتر تلفنی اطلاع داده شد و گفتند: NPO باشد، مشاوره بیهوشی و قلب شود و... دستورات انجام شد و طبق دستور بیهوشی رزرو ICU داشته باشد. نرده کنار تخت بسته و دیورز داشته است. راه وریدی برقرار و حساسیت دارویی و غذایی ندارد. EKG و کراس های خون انجام شد. رضایت عمل و بیهوشی ضمیمه است. علائم حیاتی بدو ورود: BP:120/80, PR:80, RR:20, T:37. سابقه جراحی: C/S- کله سیستکتومی- رینوپلاستی. داروی مصرفی: زولپیدم برای خواب. حساسیت دارویی: کدئین (احساس تنگی نفس و خفگی). ارزیابی سابقه دارویی: زولپیدم- میرتازاپین. وزن: 53KG- قد ۱۴۹ دستور بستری از مطب: جهت جراحی ماستوپکسی و ابدومینوپلاستی بستری شود. (برداشت پوست زیرشکم، ترمیم عضلات، ناف گذاری- لیپولیز و تخلیه چربی شکم- لیفت سینه، تزریق باتکس)	



مطابق شرح حال ثبت شده توسط جراح معالج: بیمار با اصرار خود جهت عمل ابدومینوپلاستی و لیفت سینه مراجعه نموده است. ... بیهوش شدن در اتاق عمل گفت، داروهای مرفین و غیره بعثت فیبرومیالژیا مصرف میکند. پسر بیمار ۷ ماه قبل فوت نموده است.

مددجو با برانکارد و تحت شرایط ایمن به همراه تکنسین بیهوشی به اتاق عمل ۷ وارد شد. راه وریدی و V/S چک شد. شرح حال از مددجو گرفته شد. مددجو حساسیت به کدئین را ذکر میکند. سپس مددجو تحت بیهوشی G.A قرار گرفت و به ونتیلاتور وصل شد. (پره اپ: ۲ گرم، کلگزان ۴۰ میلی گرم، سوند فولی، باند الاستیک ساق پاها). بعد از انجام بیهوشی سوند فولی برای مددجو فیکس شد. مددجو در ابتدا ۵۰ سی سی دیورز داشت. یک راه وریدی با آنژیوکت سبز رنگ برای مددجو گذاشته شد تا در صورت تزریق احتمالی خون رگ مناسب در اختیار داشته باشیم. مددجو در ابتدا تحت پوزیشن سوپاین قرار گرفت. در طول جراحی سرم تراپی و مانیتورینگ انجام شد و مددجو مشکل خاصی نداشت و ساعت ۱۶:۰۰ به همکار عصرکار تحویل شد. مددجو در ساعت ۱۶:۰۰ با علائم حیاتی: O2SAT:99%, PR:61, BP:90/60 بیهوش تحویل گرفته شد. ۲ لیتر سرم گرفته شده بود و در ساعت پوزیشن Pron قرار گرفت و ساکشن و تزریق باتکس انجام شد. مددجو هوشیار و بدون هیچ مشکل خاصی و در شرایط ایمن و با علائم BP:110/70, HR:80, O2SAT:99% تحویل ریکاوری شد. ۱ واحد P.C بدستور جراح در ریکاوری گرفت. ۱ واحد در ICU تزریق شود.

دستورات پس از جراحی (مورخ ۰۶/۰۹/۱۴۰۰ ساعت ۰۶:۰۵ تا ۲۲:۰۵): ۴ ساعت NPO - Apotel PRN- cefazolin 1 gr 2/3- Ser Ketrolac PRN- Pethedin 25 prn - دستور چک CBC (06:00- 10:00- 14:00) CBC ...، انفوزیون پکسل : 2 - 1U Hb<9- 8<U Hb - پماد جهت محل جراحی - اناکسپارین ۴۰ - ۲ واحد پکسل رزرو - ویزیت قلب فردا (مورد خط خورده است)

دستورات متخصص بیهوشی مورخ ۰۶/۰۹/۱۴۰۰ ساعت ۲۱:۰۰: انتقال به ICU - چک VBG

گزارش شیفت شب مورخ ۰۶/۰۹/۱۴۰۰: بیمار هوشیار از پرسنل ریکاوری تحویل گرفته شد. HR:88, BP:115/65, SPO2:97%, T:36.7، ریتم قلبی سینوسی نرمال. پمپ درد برقرار است - NPO است - اکسیژن تراپی از طریق نازل برقرار است - پوزیشن V دارد - پانسمان تمیز و دو عدد درن همواگ دارد - هر دو پا بانداز کشی دارد - شکم بند دارد - آزمایشات ۰۶:۰۰ ارسال شد. با جراح تماس و فرمودند CBC فردا صبح ارسال شود. با علائم: HR:90-100, BP:90/60, SPO2:96% تحویل صبحکار شد.

گزارش پرستاری ICU (شیفت صبح مورخ ۰۷/۰۹/۱۴۰۰): هنگام تحویل مددجو در ساعت ۰۷:۰۰، مددجو کاملاً Pale می باشد. هوشیار است. GCS:15 و صحبت میکند. مردمکها قرینه می باشد. مانیتورینگ میشود و ریتم قلبی سینوسی تاکیکارد (HR:110, SPO2:98% و اکسیژن تراپی از طریق نازل به میزان 3-5 lit/min - BP:70/40 - درن همواگ سمت راست ۵۰۰ سی سی ترشحات خونی و درن همواگ سمت چپ خونی دارد - پانسمان تمیز است - پمپ درد باتوجه به BP پایین قطع شده است. فولی فیکس و 10cc دیورز بصورت Clear دارد. باتوجه به اطلاع آزمایشگاه و Hb:2.9 و تماس سوپروایزر بالینی با جراح معالج، ایشان در دسترس نبودند که سریعاً با متخصص بیهوشی تماس و متخصص بیهوشی در بیمارستان نبودند و سریعاً با پزشک اورژانس در ساعت ۰۷:۰۰ صحبت و گفتند ۲ واحد پکسل ترانسفوزیون و به جراح اطلاع داده شود. طی هماهنگی با آزمایشگاه، واحد P.C آماده شد و به مددجو وصل و ترانسفوزیون شد. در طی این مدت به تلفنخانه گفته شد که هر ۵ دقیقه با جراح تماس گرفته شود متأسفانه در دسترس نبودند. واحد اول پکسل در ساعت به اتمام رسید. باتوجه Hb:2.9 اولیه و دستور متخصص بیهوشی (در ساعت ۰۸:۰۰ بصورت تلفنی)، CBC مجدد بعد از تزریق واحد اول ارسال شد و جواب Hb:5.4 می باشد. مددجو همچنان تاکیکارد HR:15, BP:86/59, GCS: 15, SPO2:97% واحد دوم پکسل در ساعت ۰۸:۰۰ وصل و ساعت ۰۹:۰۰ به اتمام رسید. در ساعت ۰۸:۱۵ با حضور سوپروایزر صبح در بخش به متخصص بیهوشی جهت ویزیت اطلاع داده شد. بی قرار و احساس تشنگی دارد. دیورز 30cc/h همچنان Pale و تاکیکارد است. در ساعت ۰۸:۳۰ در حضور مدیر عامل بیمارستان با مدیر گروه جراحی تماس و وضعیت مددجو اطلاع و اینکه جراح معالج در

شرح
حادثه



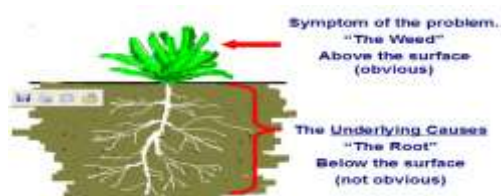
دسترس نمی باشند اطلاع داده شد. در ساعت ۰۹:۰۰ توسط متخصص بیهوشی ویزیت شد، مددجو دیس پنه دارد. اکسیژن با ماسک رزروال به میزان 10-12 lit/min گذاشته شد. SPO2:95% دارد. دستورات اجرا شد (پکسل و FFP تزریق شد)- در ساعت ۰۹:۳۰ طی تماس تلفنی با جراح و اطلاع وضعیت مددجو، مشاوره داخلی و قلب اورژانسی درخواست شد. واحد چهارم پکسل در ساعت ۱۰:۰۰ وصل شد و جراح در ساعت ۱۰:۰۰ بر بالین حاضر شدند. بیمار تاقیکارد، دیس پنه دارد، صحبت میکند و اظهار درد میکند. بدستور جراح پانسمن در حضور ایشان باز شد. ترشحات خونابه ای از نواحی عمل... دکتر فرمودند 2mg مورفین رقیق شده بصورت وریدی تزریق شد و در حضور سوپروایزر و همکار پرستار دیگر، مورفین رقیق شد. موقع تزریق از دست چپ بدلیل خرابی رگ بیمار و خروج دارو، مجدد 2mg از دست راست تزریق شد. پزشک داخلی در بخش حضور داشتند و مشاوره توسط ایشان انجام شد (BP:100/60- HR=110- BP:120. بیمار طی چند دقیقه دچار BP=6 و افت شدید BP شد). مددجو در ساعت ۱۰:۱۵ و درحال انجام مشاوره داخلی دچار گسپینگ شد. فاقد BP و HR:50 شد که کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام شد. (دو متخصص بیهوشی حضور داشتند). مریض اینتوبه و آتروپین ۴ عدد و آدرنالین ۹ عدد و درپپ نوراپی نفرین و دوپامین شروع شد. یک واحد FFP... HR:62, GCS:3 و میدریاز دوپل. در ساعت ۱۰:۴۵ باتوجه به حضور متخصص قلب، اکوی پرتابل انجام شد. - EF:20-25%-Effusion (+) داشت. احیا تا ساعت ۱۱:۱۵ انجام و درنهایت ختم احیا اعلام و بیمار Expier

- انجام همزمان چند عمل زیبایی در خانم ۶۶ ساله
- عدم اخذ شرح حال گیری مناسب و ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج قبل از جراحی (داروهای مصرفی، حساسیت دارویی، Hb=10.7)
- عدم ثبت صحیح برگه مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی: جهت مشاوره بیهوشی، فقط برگ درخواست تکمیل و درخصوص کلاس ASA و OK عمل جراحی و ریسک جراحی بیان نشده است
- عدم ویزیت بیمار پس از عمل جراحی در بخش توسط جراح معالج
- عدم چک VBG در بخش علیرغم دستور متخصص بیهوشی پس از جراحی
- عدم چک CBC در شیفت شب پس از عمل جراحی باتوجه به اعمال جراحی و دریافت ۱ واحد پکسل در ریکاوری
- عدم انجام ویزیت قلب پس از جراحی، علیرغم داشتن دستور پس از عمل
- عدم پیگیری تزریق دوم واحد پکسل در بخش در شیفت شب
- عدم ارزیابی صحیح پرستاری بیمار در طول شیفت شب (در شیفت صبح با علائم پره شوک تحویل داده شده است)
- عدم ویزیت متخصص بیهوشی در بخش پس از انتقال به ICU
- عدم پاسخگویی جراح معالج در شیفت صبح بدنبال بدحالی بیمار و تماس های مکرر بخش
- عدم حضور متخصص بیهوشی تا ساعت ۰۹:۰۰ در بیمارستان
- عدم ویزیت بر بالین بیمار توسط پزشک اورژانس/ جراح دیگری علیرغم تماس با مدیر گروه جراحی، پزشک اورژانس و اطلاع وضعیت بیمار و عدم پاسخگویی جراح معالج
- تغییر دستورات ثبت شده قبلی در پرونده توسط جراح
- ثبت ناقص گزارشات پرستاری، اتاق عمل و هوشبری (وجود فضای خالی در گزارش اتاق عمل، بدون مهر و مشخصات، ثبت ناقص موارد و...)
- عدم تکمیل صحیح ساعات دریافت پکسل از آزمایشگاه توسط بخش و ثبت ساعت تزریق به بیمار همزمان با ساعت تحویل آزمایشگاه
- ثبت متناقض شرح حال در پرونده بیمار- ثبت متناقض وضعیت بالینی بیمار در پرونده توسط جراح پس از حضور در بالین با گزارشات پرستاری
- عدم ثبت دقیق میزان I&O در شیت ICU در شیفت شب

علل
رویداد
حادثه



۱. تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی اولیه و اخذ دقیق شرح حال از بیماران توسط پزشک معالج و پرستاران قبل از انتقال به OR ۲. مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص ارزیابی و پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیماران پس از اعمال جراحی بصورت ویزیت بر بالین در بخش و درخواست انجام آزمایشات بعد از جراحی باتوجه به نوع جراحی، حجم خون از دست رفته و... ۳. ضرورت انجام ارزیابی های لازم برای آمادگی قبل از عمل جراحی و قبل از مراجعه بیمار به مرکز. براساس دستورالعمل " ارزیابی پیش از عمل بیماران جراحی " پذیرش بیماران بایستی پس از انجام اقدامات لازم قبل از عمل جراحی (پره آپ) صورت پذیرد. ۴. مکاتبه و تاکید بر مدیر گروه ها در تمامی گروه های تخصصی، درخصوص هماهنگی به موقع و بهنگام درخصوص ویزیت بر بالین بیماران بدحال توسط یکی از پزشکان مرتبط آنکال/مقیم، در زمان عدم دسترسی به پزشک معالج ۵. مکاتبه و تاکید بر مدیر گروه بیهوشی درخصوص الزام حضور متخصصین بیهوشی در مرکز (در زمان تحویل و تحول شیفت) و حضور به موقع بر بالین بیماران بدحال در بخش مراقبت های ویژه ۶. نظارت بر انجام ویزیت بر بالین و به موقع بیماران توسط متخصص بیهوشی پس از انتقال بیمار به ICU، مطابق دستورالعمل ویزیت ۷. نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران بدحال توسط پزشک اورژانس در زمان عدم دسترسی به پزشک معالج ۸. آموزش اثربخش گزارش نویسی و ثبت پرونده جهت تمامی کادر درمانی از طریق ارائه سناریوهای آموزشی و چک تمامی پرونده های بیماران توسط سرپرستار بخش ها ۹. آموزش اثربخش مراقبت های قبل و بعد از اعمال جراحی جهت تمامی کادر پرستاری بصورت آموزش در بالین و تاکید بر سوپروایزران بالینی و سرپرستاران به نظارت جدی بر این امر ۱۰. آموزش اثربخش و نظارت بر انجام مراقبت های پرستاری بصورت صحیح و ثبت صحیح در پرونده در بیماران پس از اعمال جراحی (وضعیت ناحیه جراحی، ثبت دقیق میزان ترشحات درن ها و توجه به کاهش/افزایش نسبت به زمان پذیرش بیمار از اتاق عمل، میزان برون ده ادراری و توجه به افزایش/کاهش حجم ادراری باتوجه به حجم دریافتی و وضعیت بالینی بیمار، مانیتورینگ دقیق و کنترل صحیح علائم حیاتی و...) ۱۱. تاکید به گروه های پرستاری درخصوص چک صحیح و انجام به موقع دستورات پزشک و ثبت دلایل عدم انجام در پرونده ۱۲. نظارت دقیق سوپروایزر آزمایشگاه بر فرآیندهای بانک خون و پیگیری دقیق کمبود فرآورده ها در بانک خون در شیفت های بالینی و اطلاع و پیگیری موارد کمبود فرآورده های رزو شده به پزشک معالج، سوپروایزر بالینی ۱۳. تاکید بر پزشکان مبنی بر عدم خط زدن دستورات در پرونده و در صورت ثبت اشتباه دستورات و نیاز به اصلاح (در همان لحظه و عدم تغییرات در ساعت و... دیگر)، ثبت مطابق دستورالعمل در پرونده و الزام ثبت صحیح تاریخ و ساعات در دستورات ۱۴. آموزش اثربخش درخصوص علائم خونریزی داخلی و شوک هموراژیک در بیماران پس از اعمال جراحی جهت تمامی گروه های درمانی ۱۵. آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار به کلیه پرسنل مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای ۱۶. تقویت Team work در کلیه قسمت های مرکز	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت بیمار پس از انجام عمل جراحی ابدومینوپلاستی در بخش جراحی	عنوان
بیمار خانم ۴۵ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۵ ساعت ۷:۳۰ صبح باپای خود و به همراه همسر و دستور بستری از مطب (دستور پزشک: جهت عمل فتق انسزیونال پرونده تشکیل گردد) در سرویس جراحی بستری می گردد. طبق گزارش پرستاری ادمیت کننده: بیمار با شکایت بیرون زدگی فتق شکمی و دردشکم وارد بخش شده و با تشخیص هرنی انسزیونال در سرویس جراح بستری شده.علائم حیاتی اولیه: BMI:35.3 – BP:100/60, PR:80, RR:18, T:36.5 (کلاس دو چاقی-شدید). طی اظهارات بیمار سابقه بستری ۴ سال پیش بدلیل هرنی و ۳ بار سزارین دارد. راه وریدی با آنژیوکت صورتی رنگ روی براکیال راست فیکس شده. ECG گرفته شد. NPO از شب	شرح حادثه



گذشته بوده. ساعت ۰۸:۰۰ تحویل اتاق عمل شد.

نتیجه آزمایش Covid-19/PCR روز یکشنبه ۲۴ مرداد انجام و نتیجه منفی گزارش شده است. دستورات قبل از عمل جراحی (ساعت ۰۷:۴۵): NPO و آماده عمل - سونوگرافی ضمیمه گردد - ECG - Ser N.S 500cc - طبق گزارش کارشناس بیهوشی تحویل گیرنده بیمار :

بیمار در ساعت ۰۸:۱۰ هوشیار و بیدار و با برانکارد به روی تخت اتاق عمل منتقل شد باعلائم: BP:130/80, HR:70, RR:13, SPO2:100% جهت انجام عمل جراحی هرنی انسزیونال + ابدومینوپلاستی تحت G.A توسط متخصص بیهوشی قرار گرفت.

شروع بیهوشی ساعت ۰۸:۱۵ با علائم: BP:120/45, PR:64, RR:12, T:37

۲ عدد راه وریدی در دست راست و چپ فیکس می باشد. بعد از اتصال فوت پمپ به پای بیمار و سوندگذاری و پرب و درپ، عمل شروع و فتق بیمار ترمیم و مش قرار داده شد. ابدومینوپلاستی انجام و قسمتی از پوست و زیرجلد برداشته شد و خون گیری انجام شد. درن دو طرف بیمار قرار داده شد. بدستور متخصص بیهوشی حین جراحی ۴ لیتر سرم نرمال سالین دریافت کرده. بیمار دو عدد درن نلاتون قرمز رنگ متصل به هموواگ دارد. در طول عمل مانیتورینگ کامل شده. میزان کل خونریزی حین عمل در حد معمولی می باشد و نرمال. حجم ادرار 300CC (حین جراحی) می باشد. آناکساپارین ۶۰۰۰ واحد ابتدای عمل بصورت تزریق زیرجلدی انجام شد. در پایان (ساعت پایان بیهوشی ۱۱:۱۵) بیمار در حضور متخصص بیهوشی اکستیب شد و ترشحات کامل ساکشن شد. هوشیار و بیدار و باحال عمومی خوب و با علائم: BP:110/60, HR:60, RR:13, SPO2:100% تحویل ریکاوری شد.

بیمار در ساعت ۱۱:۱۵ وارد ریکاوری شد. اکسیژن با ماسک صورت دریافت نموده (3-5 lit/min). تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته. ۲ عدد درن نلاتون متصل به هموواگ در سمت چپ و راست دارد. فوت پمپ فیکس و سونداژ و میزان ۵۰۰ سی سی حجم ادرار است.

بعلت درد 50 mg پتدین در ریکاوری دریافت نموده. شکم بند فیکس است. بدستور جراح درن سمت چپ خارج شد. پس از هوشیاری کامل و پایداری علائم حیاتی تحویل بخش شد.

بیمار هوشیار و بیدار از همکاران ریکاوری در ساعت ۱۳:۰۰ تحویل گرفته شد (بخش جراحی). تحت جراحی هرنی انسزیونال + ابدومینوپلاستی. پانسمان شکم بیمار فیکس و خشک است. درن هموواگ دارد که فانکشن دارد، ترشحات خونی است. شکم بند فیکس است. CBR & NPO.

باعلائم زیر تحویل گرفته شد: BP:90/60, RR:18, PR:76, T:36.5

در ساعت ۱۹:۳۰ با کمک پرستار OOB شد و تا درب اتاق رفت و مجدد به تخت بازگشت، مشکلی بابت این جابجائی و حرکت نداشته است. در ساعت ۲۱:۰۰ پزشک معالج بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را ویزیت مجدد نموده است اما note خاصی در پرونده ثبت نشده است. در ساعت ۲۱:۳۰ Diffication داشت. در ساعت ۲۲:۰۰ درد داشت که آمپول پتدین ۲۵ میلیگرم انفوزیون شد. پوزیشن V دارد.

در ساعت ۰۴:۳۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد، کد احیا اعلام و تیم بر بالین حاضر و ماساژ قلبی آغاز و اینتوبه شد و اپی نفرین ۱ میلیگرم هر ۳-۵ دقیقه تزریق شد (۷ عدد). مردمک ها میدریاز و بدون پاسخ به نور می باشد. پس از ۴۰ دقیقه بدلیل عدم پیدایش ROSC ختم احیا اعلام (ساعت ۰۵:۱۰) و به سردخانه منتقل شد.



۱. مشخص نبودن دقیق نوع عمل جراحی و علت بستری بیمار در دستور بستری توسط پزشک معالج (فقط هرنی انسزیونال ذکر شده، در صورتیکه جهت جراحی ترمیم هرنی + ابدومینوپلاستی بستری شده)
۲. عدم انجام ارزیابی دقیق و تخصصی (مشاوره داخلی/قلب و...) قبل از عمل جراحی و درخواست مشاوره های مورد نیاز توسط پزشک معالج باتوجه به وزن بالای بیمار (BMI:35.3) و سن <40 و عمل جراحی زیبایی
۳. عدم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی (باتوجه به دستورالعمل انجام مشاوره بیهوشی قبل از اعمال الکتیو)
۴. عدم ثبت دقیق نحوه کنترل علائم حیاتی و کنترل I&O توسط پزشک جراح در دستورات پس از جراحی
۵. عدم درخواست چک CBC پس از عمل جراحی توسط پزشک معالج باتوجه به عمل جراحی هرنی + ابدومینوپلاستی
۶. عدم ثبت میزان برون ده ادراری و میزان ترشحات خونی درن هموواگ در بخش توسط پرستار مسئول بیمار
۷. عدم ارزیابی و بررسی دقیق بیمار پس از عمل جراحی در طی شیفت عصر و شب توسط پرسنل پرستاری (بویژه از ساعت ۲۲:۰۰ به بعد)
۸. عدم مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی و ارزیابی بیمار پس از دریافت داروی مخدر و عدم ثبت وضعیت بالینی پس از دریافت مخدر
۹. عدم کنترل صحیح و دقیق علائم حیاتی بیمار پس از عمل جراحی در بخش توسط پرسنل پرستاری (کنترل بصورت روتین بخش پس از ۲ ساعت اول صورت گرفته و بصورت دقیق پارامترها چک نشده اند)
۱۰. عدم اخذ و تکمیل دقیق فرم رضایت آگاهانه (در فرم رضایت آگاهانه به نوع عمل جراحی بیمار اشاره ای نشده و درخصوص عوارض نیز فقط عفونت و خونریزی بیان شده)
۱۱. عدم ثبت تابلوی بالینی بیمار در زمان اعلام کد ۹۹ در پرونده و گزارش
۱۲. آگاهی از ارست قلبی تنفسی بیمار در زمان فوت بیمار و با تاخیر (پرسنل پرستاری زمانی متوجه ارست بیمار شده اند که بدن سرد، مردمک ها میدریاز و فاقد علائم حیاتی بوده است)
۱۳. تناقض در ثبت علائم حیاتی کارشناسان بیهوشی در اتاق عمل و ریکاوری
۱۴. عدم ثبت زمان تزریق پتدین در ریکاوری، روش تزریق، ارزیابی پس از تزریق و مدت زمان تحویل بیمار به بخش بعد از زدن مخدر در گزارش ریکاوری
۱۵. عدم ثبت علت خروج یکی از درن ها در ریکاوری و میزان حجم خون درن ثابت و درن خارج شده در گزارش کارشناس بیهوشی (میزان حجم ترشحات خونی درن ها در هیچکدام از گزارشات و اوراق پرونده ثبت نشده است و مشخص نمی باشد)
۱۶. تناقض در ثبت علائم حیاتی در اتاق عمل
۱۷. عدم توجه و نظارت دقیق بر انجام مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی

علل رویداد حادثه

۱. مکاتبه با تمامی گروههای تخصصی درخصوص ثبت صحیح و دقیق علت بستری و نوع عمل جراحی در دستور بستری بیمار و آگاهی کامل پرسنل بخش پذیرش کننده از علت بستری بیمار
۲. تاکید و نظارت به پزشکان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص الزام ارزیابی و بررسی دقیق بیماران قبل از اعمال جراحی و توجه به تمامی جواب های تست های تشخیصی، ECG و... انجام شده برای بیمار و همچنین وضعیت بالینی و جسمی بیمار "بالاخص اعمال زیبایی" و درخواست و پیگیری مشاوره های مرتبط در صورت نیاز
۳. ابلاغ مجدد و نظارت بر اجرای دستورالعمل مشاوره های تغذیه و... در بیماران با BMI بالا
۴. برگزاری کارگاه های آموزشی ثبت پرونده و گزارش نویسی بصورت عملیاتی و از طریق ارائه سناریوهای بالینی جهت تمامی رده های درمانی
۵. لزوم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی در اعمال الکتیو مطابق دستورالعمل اعتباربخشی
۶. ابلاغ مجدد و نظارت بر تکمیل صحیح و دقیق فرم رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج مطابق دستورالعمل اعتباربخشی
۷. آموزش اثربخش مراقبت های قبل و بعد از اعمال جراحی جهت تمامی کادر پرستاری بصورت آموزش در بالین و تاکید بر سوپروایزران بالینی و سرپرستان به نظارت جدی بر این امر
۸. مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص لزوم ثبت دقیق نحوه فعالیت بیمار، زمان های کنترل علائم حیاتی، کنترل I&O (در صورت نیاز)، دوز و روش دقیق تزریق مخدر و... در دستورات بیماران پس از اعمال جراحی
۹. مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص ارزیابی و پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیماران پس از اعمال

اقدامات اصلاحی پیشنهادی



جراحی بصورت ویزیت بر بالین در بخش و... ۱۰. نظارت سوپروایزران بالینی، سرپرستاران و مسئول شیفتها بر اندازه گیری دقیق تمامی پارامترهای علائم حیاتی در تمامی بیماران توسط تمامی کادر پرستاری (اتاق عمل، بیهوشی، پرستار و...) و توجه به انجام مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی بصورت مداوم در بیماران بدحال، جراحی شده و... در بخش های بستری عادی و جلوگیری از کنترل علائم فقط بصورت روتین (هر ۶ یا ۱۲ ساعت) ۱۱. آموزش اثربخش و نظارت بر انجام مراقبت های پرستاری بصورت صحیح و ثبت صحیح در پرونده در بیماران پس از اعمال جراحی (وضعیت ناحیه جراحی، ثبت دقیق میزان ترشحات درن ها و توجه به افزایش/کاهش ترشحات نسبت به زمان تحویل از اتاق عمل، میزان برون ده ادراری و توجه به افزایش/کاهش حجم ادرار باتوجه به حجم دریافتی و وضعیت بالینی بیمار (در صورت داشتن سوند فولی کنترل I&O)، اطلاع صحیح و به موقع تغییر وضعیت بالینی بیمار به پزشک معالج، علائم حیاتی قبل و بعد از تزریق مسکن/مخدر و ثبت میزان درد بیمار و وضعیت بالینی پس از دریافت مسکن/مخدر، کنترل و ارزیابی دقیق بیماران طی شیفت بویژه از ساعت ۲۴:۰۰ به بعد و...) ۱۲. لزوم تاکید و آموزش اثربخش کنترل و اندازه گیری/مانیتورینگ علائم حیاتی در تمامی بیماران دریافت کننده داروهای مخدر/مسکن ۱۳. برگزاری کارگاه آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیمار جهت تمامی رده های درمانی ۱۴. لزوم نظارت مدیران میانی و سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام مراقبت های پرستاری در بخش های بستری عادی و ویژه بالاخص از ساعت ۲۴ به بعد ۱۵. تقویت Team work در کلیه قسمت های مرکز	
فوت بیمار بدنبال عمل جراحی رینوپلاستی	عنوان
بیمار خانم ۲۳ ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۱ در ساعت ۰۹:۰۰ هوشیار و آگاه و با پای خود وارد بخش شد و در سرویس جراح جهت عمل جراحی سپتورینوپلاستی در مرکز جراحی بستری شده. از شب گذشته NPO می باشد و سابقه بیماری، عمل جراحی و مصرف دارو ندارد (اظهار میدارد که قرص آهن مصرف داشته و نامش را نمی داند). حساسیت دارویی و غذایی ندارد. مددجو ویزیت بیهوشی شد و جراحی بلامانع اعلام شد (V/S: BP:110/60, RR:12, PR:72, W:58 kg - دستور Tab. رضایت جراحی توسط خود بیمار و دخترخاله بیمار داده شده است. علائم حیاتی اولیه: BP:90/60, T:36.5, PR:70, RR:20. مددجو دارای ارتودنسی فک بالا وپایین و فیکساتور می باشد. در ساعت ۱۰:۱۵ با ویلچر و GCS:15 تحویل همکار ریکاوری شده است. طبق گزارش کارشناس بیهوشی تحویل گیرنده: مددجو NPO و سابقه بیماری نداشته و ذکر کرده هنگام عادت ماهیانه قرص آهن مصرف میکند که نامش را نمیداند. سابقه جراحی هرنی در ۴ سالگی داشته. با اجازه متخصص بیهوشی در اتاق عمل پذیرش شده. طبق گزارش کارشناس بیهوشی حین جراحی:بیمار جهت انجام عمل جراحی سپتورینوپلاستی و آندوسکوپی در سرویس جراح ENT به روی تخت اتاق عمل منتقل شد. مانیتورینگ کامل قلبی تنفسی شد. BP:97/61, HR:98, SPO2:99% - راه وریدی با آنژیوکت صورتی در دست راست مددجو درحضور متخصص بیهوشی فیکس شد و سرم نرمال سالین نیم لیتری به آن متصل گردید. طبق اظهارات خود مددجو سابقه جراحی فتق را دارد و تحت درمان با دارویی نمی باشد. علائم حیاتی و اظهارات مددجو به اطلاع متخصص بیهوشی رسانده شد. بدستور متخصص بیهوشی با داروهای: میدازولام 1mg - فنتانیل 2cc - نسدونال 400mg - آتراکوریوم 40mg بصورت وریدی تزریق گردید. در حضور متخصص بیهوشی و بدستور ایشان اینداکشن داده شد. با لوله تراشه شماره ۷ کافدار اینتوبه و فیکس و به ونتیلاتور تنظیم شده با Fio2:100%, R:12, TV:400 متصل شد. داروهای N2O و پروپوفول 15ml/h بصورت انفوزیون و بدستور و درحضور متخصص بیهوشی بازگردید. علائم حیاتی پس از اینداکشن: BP:70/45, HR:93, SPO2:100% بود که به اطلاع رسانده شد و	شرح حادثه



در حضور متخصص بیهوشی چک گردید. مددجو مانیتورینگ دائم بود و BP هر ۳ دقیقه چک میشد. مددجو پرپ ودرپ شد و تزریق موضعی بینی انجام شد. BP:76/53, HR:112, SPO2:100% که به اطلاع جراح رسانده شد.

در طول جراحی ریتم سینوسی داشته. پس از انجام جراحی آندوسکوپی، جراحی سپتورینوپلاستی آغاز شد. در حین جراحی مددجو به یکباره دچار برادیکاردی شد. HR:44 و فشار Sense نشده. سریعاً اتاق ترک و به اطلاع متخصص بیهوشی رسانده شد. نبض مددجو چک شد و تا زمان حضور پزشک بیهوشی، آتروپین 1mg بصورت وریدی تزریق شد. HR:41 بود و تغییر نکرده. تمامی داروهای بیهوشی HOLD شد. به محض حضور متخصص بیهوشی بر بالین بیمار، تزریق آتروپین انجام شد. نبض فمور چک گردید و ضعیف بود. HR:41. متخصص بیهوشی دستور تزریق 1mg آتروپین دیگر را دادند. HR به ۲۳ کاهش پیدا کرد و مددجو ارست کرد. ارست مددجو توسط کارشناس بیهوشی باصدای بلند اعلام و توسط متخصص نبض محیطی را چک نمودند. بدستور ایشان 20mg افدرین بصورت وریدی توسط سرپرستار اتاق عمل تزریق شد. در تمام طول مدت بیمار تحت مانیتورینگ کامل بود. اجازه تزریق اپی نفرین و احیا خواسته شد که طبق نظر ایشان همچنان نبض محیطی چک شد. سپس توسط کارشناس بیهوشی ماساژ قلبی آغاز و طبق دستور متخصص بیهوشی اپی نفرین 1mg بصورت وریدی زده شد. پس از گذشت ۱ دقیقه از تزریق اپی نفرین و ماساژ قلبی موثر مددجو ریتم قلبی پیدا کرد.

کلیه داروهای بیهوشی در طول CPR و از زمان برادیکارد شدن مددجو HOLD بوده است. علائم حیاتی پس از پیدایش ROSC: BP:105/69, HR:123, SPO2:100%. عمل جراحی از سر گرفته شد و به مدت ۱۵ دقیقه به اتمام رسید. آمپول هیدروکورتیزون و دگزامتازون بدستور پزشک بعد از برگشت علائم حیاتی بیمار در طول جراحی انفوزیون شد. پس از پایان جراحی توسط متخصص بیهوشی از ونتیلاتور جدا شد. تنفس خودبخودی داشت. بدستور متخصص بیهوشی با 1mg آتروپین و 2.5mg نئوستیگمین که بصورت وریدی تزریق شد، Reverse گردید. مددجو علائم هوشیاری نداشت. مسئول فنی بر بالین حضور یافتند. بدستور متخصص بیهوشی 10mg لازیکس بصورت وریدی برای مددجو تزریق گردید. علائم حیاتی: BP:93/60, HR:96, SPO2:100%. بدنبال عدم هوشیاری و بدستور متخصص بیهوشی بصورت اینتوبه و تحت تهویه با BMV و مانیتورینگ به ریکاوری انتقال یافت و به ماشین بیهوشی موجود در ریکاوری وصل شد. مددجو حرکات تشنجی پیدا کرده که بدستور متخصص بیهوشی فنی توئین 250mg با 250cc سرم نرمال سالین انفوزیون شد. (۲بار دریافت کرده) علائم تشنجی کاهش ولی همچنان بصورت خفیف وجود داشت. توسط کارشناس اتاق عمل سونداژ که دیورز به حجم 2000cc برقرار شد. متخصص قلب و عروق بر بالین حضور و بدستور ایشان ECG گرفته و به رویت رسید و دستوری نداشتند. BS:153 با گلوکومتر بود. بدستور متخصص بیهوشی 250CC سرم مانیتول انفوزیون گردید. علائم حیاتی: BP:98/50, HR:78, SPO2:100% حرکات تشنجی در مددجو قابل رویت بود. از نظر هوشیاری به تحریکات دردناک واکنش داشته، بلع و تنفس خودبخودی دارد و در نهایت بدنبال هماهنگی با متخصص نرولوژی بیمارستان در ساعت ۱۷:۵۰ باعلائم حیاتی BP:95/56, HR:76, SPO2:100% به بیمارستان ... اعزام شد و ساعت ۱۸:۴۰ در بخش ICU پذیرش شده. در آزمایش های ارسالی لکوسیتوز و تب دار نیز بوده است و ترشحات ریوی (+) و در نهایت مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۸ اکسپایر شد.

- عدم تشخیص صحیح و به موقع ارست قلبی تنفسی بیمار
- عدم شروع به موقع و سریع اقدامات احیا باتوجه به اعلام ارست قلبی تنفسی بیمار توسط کارشناس بیهوشی و اصرار همچنان به کنترل نبض محیطی
- از زمان برادیکاردی و ایجاد ارست قلبی و شروع عملیات احیا حدود ۱۰ دقیقه زمان برده است
- تزریق افدرین در زمان اعلام ارست قلبی بیمار
- عدم توجه دقیق به بیمار در زمان کاهش فشارخون بیمار
- عدم اخذ دقیق شرح حال و ارزیابی اولیه توسط پزشک معالج و پرستار
- عدم اشاره به نوع ریتم بیمار در زمان افت فشارخون و برادیکاردی



علل رویداد	➤ عدم استفاده از کاپنوگرافی ➤ آگاهی و عملکرد ضعیف کادر درمان درخصوص اقدامات احیای قلبی ریوی و شناخت صحیح ریتم های بیمار ➤ ویزیت قبل از جراحی انجام نشده و دستورات قبل از عمل ثبت نشده است ➤ فعال بودن همزمان ۳ اتاق عمل با یک متخصص بیهوشی (ترافیک بالای اعمال جراحی در اتاق عمل) ➤ عدم تکمیل صحیح چک لیست جراحی ایمن ➤ در برگه مشاوره بیهوشی قبل از عمل توسط متخصص بیهوشی ثبت شده ECG نرمال در صورتیکه قبل از عمل نوار قلب گرفته نشده و مانیتورینگ هم نبوده است. ➤ اعزام با تاخیر بیمار (ساعت ۱۳:۰۰ جراحی پایان و در ساعت ۱۸:۱۵ اعزام شده است)
اقدام اصلاحی	۱. ضرورت استفاده از کاپنوگراف در تمام اعمال جراحی بالاخص جراحی های سر و گردن ۲. برگزاری دوره آموزشی تئوری و عملی شناخت ریتم های قلبی و احیاء قلبی ریوی پیشرفته جهت کلیه کادر درمان مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای ۳. تاکید بر توجه دقیق به وضعیت همودینامیک، قلبی-تنفسی بیمار حین جراحی توسط تیم جراحی و انجام اقدامات علمی براساس گایدلاین ها و پروتکل های علمی در زمان مختل بودن وضعیت بالینی بیمار (لزوم حضور متخصص بیهوشی تا اتمام جراحی و نظارت بر عملکرد کارشناس مربوطه) ۴. لزوم فعال نمودن اتاق های جراحی بر اساس دستورالعمل و تعداد متخصص بیهوشی ۵. نظارت بر انجام ارزیابی اولیه و اخذ دقیق شرح حال از بیماران توسط پزشک معالج و پرستاران قبل از انتقال به OR ۶. آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار به کلیه پرسنل مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای ۷. اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت الزامات فرآیند رضایت آگاهانه از بیمار/ولی / قیم قانونی (در مراکز جراحی محدود فرآیند کسب رضایت آگاهانه می تواند قبل از مراجعه به مرکز و در زمان مراجعه بیمار به مطب پزشک انجام شود) ۸. نظارت بر انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از القاء بیهوشی به بیمار، پس از القاء بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی بیمار/ قبل از انتقال بیمار به خارج اتاق عمل (در معرض دید قراردادن چک لیست جراحی ایمن) ۹. آموزش اثربخش گزارش نویسی و ثبت پرونده جهت کادر درمانی از طریق ارائه سناریوهای آموزشی و چک تمامی پرونده های بیماران توسط سرپرستار بخش ها ۱۰. ضرورت انجام ارزیابی های لازم برای آمادگی قبل از عمل جراحی و قبل از مراجعه بیمار به مرکز. براساس دستورالعمل " ارزیابی پیش از عمل بیماران جراحی" پذیرش بیماران بایستی پس از انجام اقدامات لازم قبل از عمل جراحی (پره آپ) صورت پذیرد. ۱۱. ارزیابی مجدد شرایط عمومی بیمار پس از پذیرش توسط متخصص بیهوشی قبل از جراحی/پروسیجر ۱۲. نگهداری داروهای با هشدار بالا و مشابه مطابق دستورالعمل داروهای پرخطر و مشابه، برچسب گذاری مناسب، استفاده و ثبت گزارشات مطابق با دستورالعمل های ایمنی و اعتباربخشی ۱۳. نظارت جدی بر فرآیندهای جاری اتاق عمل (تعداد اعمال جراحی، تعداد اتاق های جراحی فعال، نقل و انتقال ایمن بیماران، دستورالعمل جراحی ایمن و...)
عنوان	فوت بیمار بدنبال عمل جراحی رینوپلاستی (مورد دوم)
	بیمار خانم ۳۶ ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۶ ساعت ۰۹:۱۲ جهت عمل جراحی سپتورینوپلاستی در سرویس جراحی ENT و در مرکز جراحی بستری شده است. طبق گزارش پرستار بخش: بیمار ساعت ۰۹:۰۰ با پای خود و هوشیار و آگاه وارد بخش شد. از شب قبل NPO بوده. علائم حیاتی: BP:120/80, RR:22, PR:85, T:36.4- حساسیت دارویی و غذایی ندارد. تحویل اتاق عمل شد



شرح رویداد

برگ شرح حال ثبت شده توسط جراح: بدشکلی ظاهری بینی + انحراف سپتوم

طبق گزارش کارشناس بیهوشی تحویل گیرنده بیمار: بعلت عمل رینوپلاستی در سرویس جراح از پرستار بخش NPO تحویل گرفته شد و تحویل پرسنل بیهوشی شد.

طبق شرح ثبت شده توسط متخصص بیهوشی: در ابتدای ورود بیمار در ساعت ۱۲:۰۰ پس از گرفتن شرح حال، مانیتورینگ، القای بیهوشی با پرمد (میدازولام ۲mg، فنتانیل ۱۰۰ ماکروگرم)، پروپوفول ۱۲۰mg، آتراکوریوم ۳۰mg انجام شد. لوله تراشه چک و فیکس شد و روی ماشین بیهوشی گذاشته شد. تزریق آدرنالین توسط جراح انجام و پرپ و درپ شروع شد و در حین پرپ و درپ دچار افت سچوریشن شد و لوله تعویض شد و مجدداً چک و فیکس شد و مجدداً پرپ و درپ انجام و جراحی آغاز گردید. در طول جراحی همودینامیک پایدار بطوریکه BPS:100 و HR & O2SAT در محدوده نرمال بود. در پایان جراحی (شروع عمل ۱۲:۱۵ و پایان عمل ۱۳) بیمار تنفس خودبخودی داشت (فرآیند Reverse با آتروپین ۱mg و نتوستیگمین ۲.۵mg انجام شده) و دستها و سر را بالا می آورد و سعی در بازکردن چشم ها داشت ولی هوشیار کامل نبود. همودینامیک و سایر علائم حیاتی نرمال بود. مردمکها میوسایز و اکتیو به نور بود. حدوداً ۳ ساعت پس از پایان جراحی بیمار در اتاق عمل و اینتوبه نگه داشته شده بود و تنفس خودبخودی داشت ولی به تنفس وی کمک میشد. بیمار حرکات Jerklike (پرش) پیدا کرد که بصورت پروفیلاکسی برای بیمار کورتیکواستروئید (دگزا ۱۶mg و هیدروکورتیزون ۲۰۰mg)، آمپول فنی توئین (ابتدا ۲۵۰mg stat و سپس انفوزیون ۲۵۰mg) و انفوزیون تیوپنتال سدیم ۳۰۰-۲۰۰ و سرم مانیتول ۲۵۰ cc شروع شد. با تعدادی از همکاران مشورت و توصیه به هایپوترمی مغزی پروفیلاکسی (توسط توده یخ) و تزریق لازیکس شد. حرکات jerk بیمار کنترل شد. بعد از شروع حرکات تصمیم به اعزام بیمار به بیمارستان دیگر گرفته شد که ساعت ۱۷:۰۰ پذیرش از بیمارستان ... و ساعت ۱۸:۱۵ با همودینامیک پایدار، دیورز حدود ۱۵۰۰ سی سی با ونتیله آمبویگ و اکسیژن تکمیلی و پمپ تیوپنتال و فنی توئین اعزام شد.

در زمان پذیرش در ICU بیمارستان ...: هوشیار نمی باشد و تحت سدیشن و سینوس تاکیکارد و تحت ونتیلاتور پرتابل با مد SIMV- پرش های عضلانی و حرکات تشنجی داشته- تحت درپ نسدونال و سپس درپ پوفول آغاز شده و مورخ ۰۶/۲۷ درپ پوفول قطع و تیوپنتال شروع شده. تا مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۸ تشنج های مکرر داشته و از مورخ ۰۶/۲۹ تشنج ها کنترل و نسدونال قطع شده است. (مجموعه سرم دریافتی ۱۵۰۰ سی سی) و درنهایت بیمار اکسپایر شد.

- تعویض و انجام مجدد لوله گذاری داخل تراشه باتوجه به افت سطح اکسیژن بیمار (باتوجه به زمان شروع القای بیهوشی ساعت ۱۲:۰۰ و شروع عمل جراحی پس از انجام اقدامات بدنال افت سطح اکسیژن در ساعت ۱۲:۱۵، به نظر میرسد بیمار دچار هایپوکسی شده و با تاخیر اقدامات انجام شده است)
- اجازه به انجام و شروع عمل جراحی توسط متخصص بیهوشی علیرغم افت سطح اکسیژن بیمار و تعویض لوله تراشه
- عدم اخذ شرح حال و ارزیابی اولیه توسط پزشک معالج و پرستار
- عدم استفاده از کاپنوگرافی
- ویزیت قبل از جراحی و دستورات قبل از عمل انجام نشده
- ثبت ناقص پرونده و گزارشات توسط جراح معالج و کادر پرستاری
- شرح حال گیری و ارزیابی اولیه توسط پزشک و پرستار انجام نشده است
- تحویل و تحول بالینی بیمار بصورت ایمن انجام نشده است
- علائم حیاتی بیمار در زمان شروع جراحی، افت سطح اکسیژن، حین فرآیند جراحی، شروع حرکات تشنجی و ... ثبت نشده است
- درخصوص وضعیت بالینی، همودینامیک، حرکات تشنجی و... پس از پایان جراحی و ساعت شروع عدم بیداری بیمار موردی



علل رویداد	توسط کارشناس بیهوشی و اتاق عمل در گزارش ثبت نشده است ➤ درخصوص اقدامات بدنبال عدم هوشیاری بیمار و اقدامات انجام شده و داروهای تزریق شده و... هیچ موردی در گزارش بیهوشی ثبت نمی باشد ➤ عملکرد کارکنان اتاق عمل براساس جراحی ایمن نبوده است ➤ پره آپ بیمار بدرستی انجام نشده است ➤ اعزام با تاخیر بیمار (ساعت ۱۳:۰۰ جراحی پایان و در ساعت ۱۸:۱۵ اعزام شده است)
اقدام اصلاحی	۱. ضرورت استفاده از کاپنوگراف در تمام اعمال جراحی بالاخص جراحی های سر و گردن ۲. تاکید به توجه دقیق به وضعیت همودینامیک، قلبی-تنفسی بیمار حین جراحی توسط تیم جراحی و انجام اقدامات علمی براساس گایدلاین ها و پروتکل های علمی در زمان مختل بودن/شدن وضعیت بالینی بیمار ۳. ضرورت لوله گذاری داخل تراشه توسط متخصص بیهوشی و چک صحیح محل قرارگیری لوله، وضعیت راه هوایی و تهویه بیمار، همودینامیک و علائم حیاتی بیمار و... پس از انتوباسیون و نظارت بر عملکرد کارشناس بیهوشی و انجام اقدام علمی و فوری در صورت مختل شدن وضعیت تهویه و پیشگیری از بروز هایپوکسی در بیمار ۴. لزوم فعال نمودن اتاق های جراحی بر اساس دستورالعمل و تعداد متخصص بیهوشی ۵. نظارت بر انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده- ثبت مشکلات/تشخیصهای پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری ۶. نظارت بر اخذ دقیق شرح حال از بیماران توسط پزشک معالج و ثبت دستورات ادمیت قبل از انتقال به OR ۷. آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار به کلیه پرسنل مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای ۸. اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت الزامات فرآیند رضایت آگاهانه از بیمار/ولی/قیم قانونی ۹. نظارت بر انجام مشاوره بیهوشی و ارزیابی آمادگی بیمار قبل از عمل جراحی و انتقال به اتاق عمل. "برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی بیماران برای بیماران با جراحی الکتیو الزامی است که حداقل شامل بررسی راه هوایی، بررسی ریسک فاکتورها و تعیین کلاس ASA است" ۱۰. ضرورت انجام ارزیابی های لازم برای آمادگی قبل از عمل جراحی و قبل از مراجعه بیمار به مرکز. براساس دستورالعمل "ارزیابی پیش از عمل بیماران جراحی" پذیرش بیماران بایستی پس از انجام اقدامات لازم قبل از عمل جراحی (پره آپ) صورت پذیرد. ۱۱. ارزیابی مجدد شرایط عمومی بیمار پس از پذیرش توسط متخصص بیهوشی قبل از جراحی/پروسیجر ۱۲. نظارت بر انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از القاء بیهوشی به بیمار، پس از القاء بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی بیمار/قبل از انتقال بیمار به خارج اتاق عمل (در معرض دید قراردادادن چک لیست جراحی ایمن) ۱۳. آموزش اثربخش گزارش نویسی و ثبت پرونده جهت کادر درمانی از طریق ارائه سناریوهای آموزشی و چک تمامی پرونده های بیماران توسط سرپرستار بخش ها و ارائه بازخورد ۱۴. نگهداری داروهای با هشدار بالا و مشابه مطابق دستورالعمل داروهای پرخطر و مشابه، برچسب گذاری مناسب، استفاده و ثبت گزارشات مطابق با دستورالعمل های ایمنی و اعتباربخشی ۱۵. نظارت جدی بر فرآیندهای جاری اتاق عمل (تعداد اعمال جراحی، تعداد اتاق های جراحی فعال، نقل و انتقال ایمن بیماران، دستورالعمل جراحی ایمن و...) ۱۶. اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبت- ثبت دستور ترخیص پس از ویزیت بیمار پس از پروسیجر و قبل از ترخیص (عدم ثبت دستور ترخیص از اتاق جراحی) ۱۷. برگزاری دوره آموزشی تئوری و عملی شناخت ریتم های قلبی و احیاء قلبی ریوی پیشرفته جهت کلیه کادر درمان مرکز و چک اثربخشی و میزان آگاهی و عملکرد پرسنل بصورت دوره ای



عنوان	انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
شرح حادثه	بیمار آقای ۷۴ ساله در ساعت ۱۳،۱۵ تاریخ ۱۴۰۰/۳/۳ با سابقه (بیماری کلیه CKD) و جراحی پروستات در سال ۹۷، با تشخیص CVA در بخش اورژانس سرویس داخلی بستری شده و ساعت ۱۹ با توجه به سابقه بیماری قلبی (PVC) و فشارخون بالا به بخش CCU منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۴ به بخش داخلی منتقل شده و بدلیل Cr بالا در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۵ مشاوره ارولوژی خواسته اند و پس از مشاوره ارولوژی CT شکم و لگن درخواست میشود و همزمان دو بیمار هم سن ساعت ۱۷ که یکی درخواست CT ریه و دیگری شکم و لگن داشته از همان بخش به واحد CT منتقل و انجام شده است. در ساعت ۱۸ مشاوره ارولوژی انجام و با توجه به ریت DJ در CT بیمار جهت عمل خروج DJ فردا آماده میشود. پس از مشاوره قلب و پزشکی قانونی و اخذ رضایت آگاهانه و پرخطر ساعت ۱۵،۴۵ مورخ ۳/۶ به OR منتقل و پس از بی حسی اسپینال یوروتروسکوپی شده و پزشک متوجه میشود که بیمار DJ ندارد گرافی کنترل انجام میشود و بیمار در ساعت ۱۸،۱۰ تحویل بخش ارولوژی شده و مجدداً CT شکم و لگن انجام میگردد و مشخص میشود که بیمار DJ نداشته است. به بخش منتقل و بیمار از سرویس داخلی -ارولوژی- نرولوژی ترخیص است و جهت پیگیری احتمال کرونا و تب و جواب PCR تحت نظر عفونی در اتاق ایزوله بستری میباید. طبق گزارش PCR بیمار منفی میباشد. در نهایت ترخیص میگردد.
علل رویداد حادثه	➤ بی دقتی در رویت نوع سی تی اسکن درخواستی بیمار ➤ اشتباه در ثبت سی تی اسکن بیمار در سیستم پکس ➤ عدم شناسایی فعال بیمار در بخش تصویربرداری ➤ عدم اخذ دقیق ارزیابی اولیه و شرح حال توسط پزشک و پرستار و پرسنل اتاق عمل ➤ عدم رعایت اصول استاندارد جراحی ایمن ➤ عدم استفاده صحیح از چک لیست جراحی ایمن ➤ عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- انجام شناسایی صحیح بیمار و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح مطابق دستورالعمل اعتباربخشی ۲- مشخصات بیماران بصورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شود ۳- نظارت بر شناسایی فعال بیماران در تمامی واحدهای تشخیصی-درمانی توسط مدیران میانی و سوپروایزران بالینی با چک لیست معین ۴- آموزش شناسایی فعال بیماران بصورت اکتیو و بالینی در ابتدای ورود جهت تمامی رده های درمانی (قراردادن در آموزش های بدو ورود) ۵- تشویق بخش های نمونه در شناسایی صحیح بیماران بصورت ماهیانه جهت افزایش انگیزه سایر پرسنل ۶- برگزاری دوره های آموزش شناسایی فعال بیماران با ارائه سناریوهای مختلف ۷- استفاده از چک لیستهای قبل از عمل (رعایت دستورالعمل های ایمنی بیمار در تحویل/تحويل بیمار به اتاق عمل) ۸- تدوین و طراحی چک لیست فرآیندهای تأیید کننده (مانند چک لیست جراح، به منظور اجتناب از خطاهای ناشی از بیمار اشتباه، طرف اشتباه بدن و پروسیجر اشتباه) ۹- توانمندسازی کلیه رده های درمانی در خصوص الزامات ایمنی بیمار از طریق ارائه سناریوهای بالینی و فیلم های آموزشی ۱۰- مکاتبه با تمامی گروه های بالینی در خصوص عدم انجام پروسیجر در بیمار بدون اخذ دقیق شرح حال و اطلاع از وضعیت بیمار ۱۱- کنترل مشخصات کلیشه با مشخصات بیمار و نوع درخواست توسط دو کارشناس در بخش تصویربرداری ۱۲- دقت در ثبت موارد انجام شده در سیستم پکس و نظارت توسط مسئول فنی و سوپروایزر تصویربرداری ۱۳- نظارت بر عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل، حین و پس از پروسیجر جراحی منطبق بر "دستورالعمل جراحی ایمن" با چک لیست توسط سوپروایزران بالینی و سوپروایزر اتاق عمل ۱۴- نظارت بر نحوه ارزیابی و شرح حال گیری از بیماران توسط معاون درمان، سوپروایزران آموزشی و بالینی مراکز



۱۵- نظارت سوپروایزران بالینی و مسئولین بخش ها بر روند تحویل و تحول بیماران بین پرسنل مطابق ISBAR ۱۶- آموزش ارتباط موثر با بیمار بصورت اکتیو و بالینی در ابتدای ورود جهت تمامی رده های درمانی (قرار دادن در آموزش های بدو ورود) و برگزاری دوره ای کلاس های آموزشی ارتباط موثر و اخلاق حرفه ای جهت تمامی رده های درمانی با ارائه سناریوهای آموزشی	
عنوان	شرح حادثه
فوت بیمار بدلیل عدم انجام به موقع اقدام جراحی بیمار آقای ۶۳ ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۲ ساعت ۱۸:۳۵ توسط آمبولانس ۱۱۵ به واحد تریاژ منتقل شده با شکایت اصلی: استفراغ خونی و ملنا. هوشیار و آگاه به زمان و مکان. در سطح تریاژ ۲ با علائم حیاتی: BP:100/60, PR:119, RR:20, SPO2:92% . دفع ملنا دو نوبت داشته است. تهوع (+) و سردرد (+)، تب و لرز (+)، کاهش وزن درحد ۶ کیلو در سه ماه اخیر، سرگیجه (+) و اسهال (+) -بیمار داروهای قند و فشارخون را خودسر قطع کرده. ساعت ۱۸:۴۵ ویزیت توسط طب اورژانس انجام شده و با تشخیص GIB و شرایط Critical بستری بخش ICU شده است. بیمار باتشخیص GIB و R/O Covid در سرویس داخلی و در ساعت ۰۲:۳۰ در آی سی یو بستری شد. NGT فیکس و سونداژ بوده. بلافاصله تحت مانیتورینگ قرار گرفت (ریتم سینوسی و منظم) - BP:156/100, HR:115 - تنگی نفس و درد قفسه سینه ندارد- به همراه یک واحد پکسل انتقال داده شده- مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۳ ساعت ۰۲:۳۰ توسط متخصص داخلی ویزیت مجدد شده: NPO- کنترل I&O- دریپ پنتا و اکتروتاید- درصورت Hb<9 پکسل انفوزیون گردد- ser N.S 1lit q8h - سونوگرافی کامل شکم و لگن- چک Hb, Hct q6h - چک CBC, VBG, K, Na daily - آمپول رمدسیویر و... مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۴: شیفت صبح: GCS:15- تحت مانیتورینگ قلبی ریوی و سینوس تاکیکارد است- بیمار خونریزی فعال و ملنا دارد- اکسیژن از طریق نازال دریافت میکند- پیگیری سونو شکم و لگن و آندوسکوپی- بیمار ۲ نوبت ملنا داشته- Hb:7 و پیگیری تزریق ۲ واحد پکسل دارد. در شیفت شب: در ساعت ۲۱:۰۰ توسط متخصص بیهوشی CV Line گذاری ساب کلاوین راست انجام شد- ۲ واحد پکسل دریافت نمود. مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۵ ساعت ۱۱:۴۵ مشاوره گوارش انجام شده است: درحال حاضر همتامز ندارد و علائم حیاتی Stable. باتوجه به Ulcer بزرگ دئودنوم و Hb:7- دریپ پنتاپرازول، درصورت گذشت ۷۲ ساعت از دریافت اکتروتاید، اکتروتاید D/C شود- Hb>9 حفظ شود- درمان ریشه کنی H.P دریافت کند- در صورت ادامه خونریزی باتوجه به اولسر بزرگ دئودنوم توصیه به مشاوره جراحی اورژانسی (امکان درمان آندوسکوپی باتوجه به وسعت زخم وجود ندارد) شیفت عصر مورخ ۱۵/۰۱: دو مرتبه استفراغ خونی داشته- رکتورژی دارد- سونداژ و دیورز نارنجی رنگ می باشد- در ساعت ۱۶:۰۵ جهت مشاوره جراحی عمومی با جراح در مرکز دیگر تماس حاصل و عکس آندوسکوپی واتساپ و بیان نمودند زخم جدید نمی باشد و ۲ واحد P.C, 2FFP دریافت کند و جواب مشاوره و Hb:7.5 به اطلاع متخصص داخلی رسید و گفتند بیمار باید اعزام گردد. مجدد با جراح تماس و گفتند پذیرش گوارش گرفته شود- با گوارش آنکال بیمارستان دیگر تماس و گفتند پذیرش گوارش مقدور نمی باشد و باید از سرویس جراحی پذیرش گرفته شود. با آنکال جراحی بیمارستان دیگری تماس گرفته شد و فرمودند بیمار احتیاجی به جراحی ندارد، اندیکاسیون جراحی باید توسط پزشک مربوطه قید شود (باتوجه به افت ۵، واحدی Hb در چک 12h Hb اندیکاسیون جراحی ندارد و درمان دارویی و احیاء بیمار در اولویت می باشد و در صورتیکه پزشک متقاضی مشاوره جراحی، تشخیصی بر لزوم جراحی دادند خود ایشان اندیکاسیون جراحی را قید نمایند). شیفت شب مورخ ۱۵/۰۱: تماس رزیدنت داخلی ساعت ۲۳:۰۰ با جراح و اینکه: از نظر داخلی کار بیشتری ساخته نیست، مریض اندیکاسیون جراحی باتشخیص سرویس داخلی دارد و اعزام با اکی بیهوشی ۲، واحد پکسل رزرو و فشارخون بالای ۹۰ حفظ شود- دستور مشاوره گوارش و آندوسکوپی فردا صبح داده شد- ویزیت ساعت ۲۳:۳۰ توسط متخصص داخلی و دستور مشاوره اورژانسی جراحی و اکی جهت جراحی داده شد- مجدد در ساعت ۰۰:۴۵ بدنبال تماس تلفنی رزیدنت با جراح بیان نمودند مشاوره اورژانسی گوارش انجام شود- طی تماس تلفنی با متخصص گوارش فرمودند ۲ واحد پکسل و ۲ واحد ffp بگیرد و مجدد رزیدنت داخلی باتوجه به اکی بیهوشی (باتوجه به رکتورژی شدید و نیاز به عمل جراحی و فقدان جراح در این مرکز، قابل انتقال جهت جراحی است) با دکتر جراح تماس و گفتند تخت خالی ICU ندارند. در ساعت ۰۳:۰۰ دچار افت سطح هوشیاری و افت SPO2 و افت BP:40/ شد و به اطلاع بیهوشی و رزیدنت داخلی رسید و باتوجه به Unstable بودن بیمار پزشک بیهوشی فرمودند خروج جهت جراحی بلامانع ولی اجازه خروج جهت تنها ویزیت جراحی را ندارد- بیمار در ساعت ۰۴:۰۰ برادیکارد شد و آتروپین تزریق و علیرغم تزریق آتروپین، آسیستول شد و کد ۹۹ اعلام و اینتوبه و احیا شد و موفق بود و بیمار بازگشت و در ساعت ۰۵:۰۰ مجدد تشنج کرد و میدازولام تزریق شد (باتوجه به نبود دیازپام، میدازولام تجویز شد) - NGT فیکس و NPO- رکتورژی شدید دارد مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۶ ساعت ۱۶:۰۰ متخصص داخلی: طی تماس با آنکال گوارش بیمار باید تحت اقدام جراحی اورژانسی قرار گیرد. در صورت عدم پذیرش جراح، طبق هماهنگی با ستاد هدایت، معین جراحی گردد و ...	



مورخ ۰۱/۱۶ ساعت ۱۸:۰۰: بیهوشی: بیمار اکستوبه است، تنفس خودبخودی دارد، تنگی نفس ندارد، دیسترس تنفسی ندارد، SPO2:99%-اعزام بیمار به مرکز دارای جراح با آمبولانس کددار بلامانع است. علائم حیاتی ساعت ۱۸: GCS:8, T:37, PR:91, RR:22, BP:91/55, SPO2:96% انتقال به بیمارستان دیگر جهت مشاوره و جراحی اورژانسی-ساعت ۱۹:۳۰ ویزیت در مرکز دیگر توسط جراح عمومی: بیمار درحال حاضر هوشیار و اورینت می باشد. PR:100, BP:100/70. از صبح امروز طبق گزارش پرستاری افت فشارخون نداشته- آخرین Hb:8.1. در معاینه شکم نرم است. تندرئس وریبند تندرئس ندارد- NGT ترشح ندارد- رکتورژی درحال حاضر ندارد- در آندوسکوپی erosion در کل معده دیده شده. یک زخم دارای clot در بولب دئودنوم دیده شده است- خونریزی فعال در آندوسکوپی گزارش نشده است- باتوجه به اینکه بیمار stable است و طبق بقیه معاینات بنظر میرسد خونریزی متوقف شده است. همچنین باتوجه به اینکه کل معده erosion دارد بهتر است، تحت نظر همکاران گوارش سایر اقدامات انجام شود. همچنین درحال حاضر در این مرکز تخت خالی ICU موجود نمیباشد. بیمار در ساعت ۲۰:۳۰ با GCS:8, SPO2:80% و علائم حیاتی: BP:99/58, PR:90, RR:24, T:36.5, SPO2:97% از همکاران اورژانس تحویل گرفته شد- تنفس نامنظم و اندام را حرکت می دهد- اکسیژن با ماسک ۸-۱۰ لیتر دریافت میکند- تحت مانیتورینگ قرار گرفت و ریت ۷۰-۸۰ دارد- NPO- سونداژ و دیورز بصورت زرد تیره رنگ- رکتورژی داشته-در ساعت ۰۶:۰۰ برادیکارد و آسیستول و کد اعلام و احیا شد و اینتوبه و بعد ۱۵ دقیقه بازگشت-مجدد در ساعت ۰۷:۳۰ برادیکارد و آسیستول و احیا و درنهایت در ساعت ۰۸:۰۰ فوت نمود.	
۱. عدم انجام ویزیت بر بالین بیمار و پذیرش جهت جراحی علیرغم شرایط بیمار و مشاوره ها و تماس های چندین باره با جراحان محترم و شرح وضعیت بیمار ۲. عدم انجام جراحی اورژانسی و اصرار جراحان به ادامه اقدامات مدیکال و در همان مرکز مبداء (در نهایت بعد ۳ روز بیمار فوت شده است) ۳. عدم اعزام بیمار بصورت معین به مرکز دارای سانتر جراحی باهماهنگی ستاد هدایت، علیرغم داشتن دستور مبنی بر اعزام بیمار بصورت معین ۴. عدم پذیرش بیمار در بیمارستان دیگر و برگرداندن بیمار به مرکز مبداء علیرغم اعلام نیاز اورژانسی بیمار به جراحی و مطرح کردن شواهدی از شکم حاد ۵. تناقض شرح وضعیت بیمار در مشاوره جراحی ثبت شده مورخ ۱۶/۰۱ با گزارشات پرستاری مورخ ۱۶/۰۱ (سطح هوشیاری بیمار ۸-۷ در گزارشات ذکر و کاهش BP نیز بیان شده است، در صورتیکه در گزارش مشاوره آمده است هوشیار و اورینت و از صبح افت BP نداشته است و Stable می باشد) ۶. انجام آندوسکوپی با تاخیر علیرغم پذیرش بیمار از مورخ ۱۲/۰۱ با ملنا و هماتمز و داشتن دستور آندوسکوپی از مورخ ۱۴/۰۱ ۷. اخذ پذیرش و ارائه شرح حال به آنکال جراح توسط دستیار تخصصی داخلی سال دو و عدم اخذ پذیرش توسط پزشک معالج بیمار ۸. تاخیر در ویزیت متخصص مقیم در اورژانس علیرغم تریاژ سطح ۲ و وضعیت بالینی بیمار (ساعت ۰۲:۳۰ انجام و در اورژانس ساعت ۲۰:۰۰ توسط رزیدنت انجام شده) ۹. عدم ثبت دقیق ساعات انجام ویزیت و مشاوره ها در پرونده (در برخی موارد با ساعت ثبت در پرونده تناقض دارد) ۱۰. عدم ثبت صحیح پرونده و گزارش نویسی توسط تمام رده های درمانی (برخی از گزارشات بدخط و ناخوانا می باشد) ۱۱. تجویز و تزریق رمدسیویر برای بیمار علیرغم سی تی اسکن منفی و... ۱۲. عدم انجام برخی خدمات پاراکلینیک در روزهای تعطیل	علل رویداد حادثه
➤ مکاتبه مدیر گروه جراحی دانشگاه و برگزاری جلسه با تمامی جراحان مقیم/آنکال مراکز درخصوص پذیرش، ویزیت بر بالین به موقع تمامی بیماران نیازمند جراحی اورژانسی : ➤ پذیرش (در اسرع وقت) بیماران بستری در مراکزی که آنکال/مقیم جراحی عمومی ندارند و اندیکاسیون اورژانس جراحی دارند ➤ انجام/پاسخدهی به موقع مشاوره های جراحی بر بالین بیماران مطابق دستورالعمل (در مراکز فاقد جراح عمومی درخواست دهنده مشاوره) ➤ نظارت بر رعایت قوانین آنکالی/مقیمی در تمامی شیفت های کاری (بالاخص عصر و شب) توسط مدیران میانی و سوپروایزران بالینی و گزارش عملکرد به تیم مدیریت اجرایی بیمارستان	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



- نظارت اعضاء هیات علمی، سوپروایزران و مسئولین شیفت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران توسط تمامی رده های تخصصی مطابق دستورالعمل و در صورت مشاهده مشکل و درخطر بودن حیات بیمار اطلاع فوری به مسئول فنی بیمارستان جهت مداخله
- نظارت بر تعیین تکلیف به موقع بیماران در اورژانس توسط تیم مدیریت اجرایی از طریق انجام بازدیدهای سرزده از اورژانس و مصاحبه با بیماران و چک پرونده بیماران، بررسی ماهانه ... پرونده بیمار بصورت رندوم در بخش اورژانس (براساس تعداد بیماران ورودی هرمرکز مشخص شود) و پایش جهت نحوه تعیین تکلیف بیماران، ارائه شاخص ماهانه و گزارش هفتگی بررسی تعیین تکلیف در جلسات تیم مدیریت اجرایی
- نظارت اعضاء هیات علمی و معاونت آموزشی مراکز بر عملکرد دستیاران تخصصی و پیشنهاد معرفی ماهانه یک رزیدنت بعنوان دستیار نمونه در اجرای صحیح شرح وظایف براساس کوریکولوم آموزشی
- تبیین شفاف حدود اختیارات، انتظارات و شرح وظایف دستیاران تخصصی در خصوص پذیرش بیمار و... در آموزش های بدو ورود
- قراردادن کارگاه های آموزشی پرونده و گزارش نویسی جهت تمامی رده های درمانی در آموزش های بدو ورود و پیشنهاد مصوب کردن کسب نمره بالای ۸۵ در آزمون (گزارش نویسی) بدو ورود بعنوان شرط پذیرش و...
- آموزش اثربخش و در بالین نحوه صحیح ثبت پرونده و گزارش نویسی جهت تمامی رده های درمانی از طریق چک پرونده های بیماران و استخراج موارد اشتباه، عدم ثبت و... و ارائه بازخورد و آموزش به همکاران
- نظارت بر اجرای صحیح فرآیند اعزام/ارجاع بیماران توسط سوپروایزران بالینی با هماهنگی ستاد هدایت
- در صورت اندیکاسیونی مبنی بر اعزام اورژانسی بیمار، لزوم ارائه شرح حال به پزشک مشاوره دهنده (مرکز مقصد) توسط پزشک مقیم متخصص/آنکال با تخصص مرتبط/ رزیدنت ارشد مقیم در همان رشته تخصصی

فوت بیمار پس از انجام عمل جراحی ابدومینوپلاستی در بخش جراحی

عنوان

شرح حادثه

بیمار خانم ۴۵ ساله مورخ ۱۴۰۰/۰۵/۲۵ ساعت ۷:۳۰ صبح بپای خود و به همراه همسر و دستور بستری از مطب (دستور پزشک: جهت عمل فتق انسزیونال پرونده تشکیل گردد) در سرویس جراحی بستری می گردد. طبق گزارش پرستاری ادمیت کننده: بیمار با شکایت بیرون زدگی فتق شکمی و دردشکم وارد بخش شده و با تشخیص هرنی انسزیونال در سرویس جراح بستری شده. علائم حیاتی اولیه: BP:100/60, PR:80, RR:18, T:36.5 – BMI:35.3 (کلاس دو چاقی-شدید). طی اظهارات بیمار سابقه بستری ۴ سال پیش بدلیل هرنی و ۳ بار سزارین دارد. راه وریدی با آنژیوکت صورتی رنگ روی براکیال راست فیکس شده. ECG گرفته شد. NPO از شب گذشته بوده. ساعت ۰۸:۰۰ تحویل اتاق عمل شد.

نتیجه آزمایش Covid-19/PCR روز یکشنبه ۲۴ مرداد انجام و نتیجه منفی گزارش شده است. دستورات قبل از عمل جراحی (ساعت ۰۷:۴۵): NPO و آماده عمل - سونوگرافی ضمیمه گردد - ECG - Ser N.S 500cc - طبق گزارش کارشناس بیهوشی تحویل گیرنده بیمار :

بیمار در ساعت ۰۸:۱۰ هوشیار و بیدار و با برانکارد به روی تخت اتاق عمل منتقل شد باعلائم: BP:130/80, HR:70, RR:13, SPO2:100% جهت انجام عمل جراحی هرنی انسزیونال+ ابدومینوپلاستی تحت G.A توسط متخصص بیهوشی قرار گرفت.

شروع بیهوشی ساعت ۰۸:۱۵ با علائم: BP:120/45, PR:64, RR:12, T:37

۲ عدد راه وریدی در دست راست و چپ فیکس می باشد. بعداز اتصال فوت پمپ به پای بیمار و سوندگذاری و پرپ و درپ، عمل شروع و فتق بیمار ترمیم و مش قرار داده شد. ابدومینوپلاستی انجام و قسمتی از پوست و زیرجلد برداشته شد و خون گیری انجام شد. درن در دو طرف بیمار قرار داده شد. بدستور متخصص بیهوشی حین جراحی ۴ لیتر سرم نرمال سالین دریافت کرده. بیمار دو عدد درن نلاتون قرمز رنگ متصل به همواگ دارد. در طول عمل مانیتورینگ کامل شده. میزان کل خونریزی حین عمل در حد معمولی می باشد و نرمال. حجم ادرار 300CC (حین جراحی) می باشد. آناکسپارین ۶۰۰ واحد ابتدای عمل بصورت تزریق زیرجلدی انجام شد. در پایان (ساعت پایان بیهوشی ۱۱:۱۵) بیمار درحضور متخصص بیهوشی اکستیبو شد و ترشحات کامل ساکشن شد. هوشیار و بیدار و باحال عمومی خوب و با علائم: BP:110/60, HR:60, RR:13, SPO2:100% تحویل ریکاوری شد.

بیمار در ساعت ۱۱:۱۵ وارد ریکاوری شد. اکسیژن با ماسک صورت دریافت نموده (3-5 lit/min). تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار گرفته. ۲ عدد



درن نلاتون متصل به هموواگ در سمت چپ و راست دارد. فوت پمپ فیکس و سونداژ و میزان ۵۰۰ سی سی حجم ادرار است.

بعلت درد 50 mg پتدین در ریکاوری دریافت نموده. شکم بند فیکس است. بدستور جراح درن سمت چپ خارج شد. پس از هوشیاری کامل و پایداری علائم حیاتی تحویل بخش شد.

بیمار هوشیار و بیدار از همکاران ریکاوری در ساعت ۱۳:۰۰ تحویل گرفته شد (بخش جراحی). تحت جراحی هرنی انسزیونال + ابدومینوپلاستی. پانسمان شکم بیمار فیکس و خشک است. درن هموواگ دارد که فانکشن دارد، ترشحات خونی است. شکم بند فیکس است. CBR & NPO.

با علائم زیر تحویل گرفته شد: BP:90/60, RR:18, PR:76, T:36.5

در ساعت ۱۹:۳۰ با کمک پرستار OOB شد و تا درب اتاق رفت و مجدد به تخت بازگشت، مشکلی بابت این جابجایی و حرکت نداشته است. در ساعت ۲۱:۰۰ پزشک معالج بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را ویزیت مجدد نموده است اما note خاصی در پرونده ثبت نشده است. در ساعت ۲۱:۳۰ Diffication داشت. در ساعت ۲۲:۰۰ درد داشت که آمپول پتدین ۲۵ میلیگرم انفوزیون شد. پوزیشن ۷ دارد.

در ساعت ۰۴:۳۰ دچار ارست قلبی تنفسی شد، کد احیا اعلام و تیم بر بالین حاضر و ماساژ قلبی آغاز و اینتوبه شد و اپی نفرین ۱ میلیگرم هر ۳-۵ دقیقه تزریق شد (۷ عدد). مردمک ها میدریاز و بدون پاسخ به نور می باشد. پس از ۴۰ دقیقه بدلیل عدم پیدایش ROSC ختم احیا اعلام (ساعت ۰۵:۱۰) و به سردخانه منتقل شد.

علل رویداد حادثه

۱۸. مشخص نبودن دقیق نوع عمل جراحی و علت بستری بیمار در دستور بستری توسط پزشک معالج (فقط هرنی انسزیونال ذکر شده، در صورتیکه جهت جراحی ترمیم هرنی + ابدومینوپلاستی بستری شده)
۱۹. عدم انجام ارزیابی دقیق و تخصصی (مشاوره داخلی/قلب و...) قبل از عمل جراحی و درخواست مشاوره های مورد نیاز توسط پزشک معالج باتوجه به وزن بالای بیمار (BMI:35.3) و سن <۴۰ و عمل جراحی زیبایی
۲۰. عدم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی (باتوجه به دستورالعمل انجام مشاوره بیهوشی قبل از اعمال الکتیو)
۲۱. عدم ثبت دقیق نحوه کنترل علائم حیاتی و کنترل I&O توسط پزشک جراح در دستورات پس از جراحی
۲۲. عدم درخواست چک CBC پس از عمل جراحی توسط پزشک معالج باتوجه به عمل جراحی هرنی + ابدومینوپلاستی
۲۳. عدم ثبت میزان برون ده ادراری و میزان ترشحات خونی درن هموواگ در بخش توسط پرستار مسئول بیمار
۲۴. عدم ارزیابی و بررسی دقیق بیمار پس از عمل جراحی در طی شیفت عصر و شب توسط پرسنل پرستاری (بویژه از ساعت ۲۲:۰۰ به بعد)
۲۵. عدم مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی و ارزیابی بیمار پس از دریافت داروی مخدر و عدم ثبت وضعیت بالینی پس از دریافت مخدر
۲۶. عدم کنترل صحیح و دقیق علائم حیاتی بیمار پس از عمل جراحی در بخش توسط پرسنل پرستاری (کنترل بصورت روتین بخش پس از ۲ ساعت اول صورت گرفته و بصورت دقیق پارامترها چک نشده اند)
۲۷. عدم اخذ و تکمیل دقیق فرم رضایت آگاهانه (در فرم رضایت آگاهانه به نوع عمل جراحی بیمار اشاره ای نشده و درخصوص عوارض نیز فقط عفونت و خونریزی بیان شده)
۲۸. عدم ثبت تابلوی بالینی بیمار در زمان اعلام کد ۹۹ در پرونده و گزارش
۲۹. آگاهی از ارست قلبی تنفسی بیمار در زمان فوت بیمار و با تاخیر (پرسنل پرستاری زمانی متوجه ارست بیمار شده اند که بدن سرد، مردمک ها میدریاز و فاقد علائم حیاتی بوده است)
۳۰. تناقض در ثبت علائم حیاتی کارشناسان بیهوشی در اتاق عمل و ریکاوری
۳۱. عدم ثبت زمان تزریق پتدین در ریکاوری، روش تزریق، ارزیابی پس از تزریق و مدت زمان تحویل بیمار به بخش بعد از زدن مخدر در گزارش ریکاوری
۳۲. عدم ثبت علت خروج یکی از درن ها در ریکاوری و میزان حجم خون درن ثابت و درن خارج شده در گزارش کارشناس بیهوشی (میزان حجم ترشحات خونی درن ها در هیچکدام از گزارشات و اوراق پرونده ثبت نشده است و مشخص نمی باشد)
۳۳. تناقض در ثبت علائم حیاتی در اتاق عمل



۳۴. عدم توجه و نظارت دقیق بر انجام مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی

اقدامات
اصلاحی
پیشنهادی

۱۶. مکاتبه با تمامی گروههای تخصصی درخصوص ثبت صحیح و دقیق علت بستری و نوع عمل جراحی در دستور بستری بیمار و آگاهی کامل پرسنل بخش پذیرش کننده از علت بستری بیمار
۱۷. تاکید و نظارت به پزشکان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص الزام ارزیابی و بررسی دقیق بیماران قبل از اعمال جراحی و توجه به تمامی جواب های تست های تشخیصی، ECG و... انجام شده برای بیمار و همچنین وضعیت بالینی و جسمی بیمار "بالاخص اعمال زیبایی" و درخواست و پیگیری مشاوره های مرتبط در صورت نیاز
۱۸. ابلاغ مجدد و نظارت بر اجرای دستورالعمل مشاوره های تغذیه و... در بیماران با BMI بالا
۱۹. برگزاری کارگاه های آموزشی ثبت پرونده و گزارش نویسی بصورت عملیاتی و از طریق ارائه سناریوهای بالینی جهت تمامی رده های درمانی
۲۰. لزوم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی در اعمال الکتیو مطابق دستورالعمل اعتباربخشی
۲۱. ابلاغ مجدد و نظارت بر تکمیل صحیح و دقیق فرم رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج مطابق دستورالعمل اعتباربخشی
۲۲. آموزش اثربخش مراقبت های قبل و بعد از اعمال جراحی جهت تمامی کادر پرستاری بصورت آموزش در بالین و تاکید بر سوپروایزران بالینی و سرپرستاران به نظارت جدی بر این امر
۲۳. مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص لزوم ثبت دقیق نحوه فعالیت بیمار، زمان های کنترل علائم حیاتی، کنترل I&O (در صورت نیاز)، دوز و روش دقیق تزریق مخدر و... در دستورات بیماران پس از اعمال جراحی
۲۴. مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص ارزیابی و پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیماران پس از اعمال جراحی بصورت ویزیت بر بالین دربخش و...
۲۵. نظارت سوپروایزران بالینی، سرپرستاران و مسئول شیفتها بر اندازه گیری دقیق تمامی پارامترهای علائم حیاتی در تمامی بیماران توسط تمامی کادر پرستاری (اتاق عمل، بیهوشی، پرستار و...) و توجه به انجام مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی بصورت مداوم در بیماران بدحال، جراحی شده و... در بخش های بستری عادی و جلوگیری از کنترل علائم فقط بصورت روتین (هر ۶ یا ۱۲ ساعت)
۲۶. آموزش اثربخش و نظارت بر انجام مراقبت های پرستاری بصورت صحیح و ثبت صحیح در پرونده در بیماران پس از اعمال جراحی (وضعیت ناحیه جراحی، ثبت دقیق میزان ترشحات درن ها و توجه به افزایش/کاهش ترشحات نسبت به زمان تحویل از اتاق عمل، میزان برون ده ادراری و توجه به افزایش/کاهش حجم ادرار باتوجه به حجم دریافتی و وضعیت بالینی بیمار (در صورت داشتن سوند فولی کنترل I&O، اطلاع صحیح و به موقع تغییر وضعیت بالینی بیمار به پزشک معالج، علائم حیاتی قبل و بعد از تزریق مسکن/مخدر و ثبت میزان درد بیمار و وضعیت بالینی پس از دریافت مسکن/مخدر، کنترل و ارزیابی دقیق بیماران طی شیفت بویژه از ساعت ۲۴:۰۰ به بعد و...)
۲۷. لزوم تاکید و آموزش اثربخش کنترل و اندازه گیری/مانیتورینگ علائم حیاتی در تمامی بیماران دریافت کننده داروهای مخدر/مسکن
۲۸. برگزاری کارگاه آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیمار جهت تمامی رده های درمانی
۲۹. لزوم نظارت مدیران میانی و سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام مراقبت های پرستاری در بخش های بستری عادی و ویژه بالاخص از ساعت ۲۴ به بعد
۳۰. تقویت Team work در کلیه قسمت های مرکز



عنوان	فوت بیمار پس از عمل جراحی خارج سازی سنگ مثانه
شرح حادثه	مددجو آقای ۵۱ ساله ، ساعت ۸ صبح مورخ ۹۹/۹/۱۲ جهت انجام عمل جراحی خارج سازی سنگ مثانه در سرویس متخصص اورولوژی به بیمارستان مراجعه میکند ساعت ۹:۳۰ دقیقه در بخش جراحی مردان بستری میشود. همراه ندارد . ارزیابی اولیه انجام میشود. GCS:15/15 است. BP:120/60-PR:85-RR:20-T:36.5 میباشد. از انسداد ادراری شاکی است. سابقه دیابت و htn ندارد و طبق نظر پزشک معالج در صورت BS>200 نیاز به مشاوره داخلی دارد. کنترل BS هر شش ساعت با اجرای پروتکل انسولین اجرا میگردد. بدو ورود BS:143 میباشد. نوار قلب قبل از عمل انجام میشود . در نوار قلب، تعداد ضربان قلب: ۵۰ و انحراف محور قلب به سمت چپ وجود دارد (طبق بررسی پرونده بعد از فوت بیمار). مشاوره قلب واکو جهت OK عمل جراحی انجام میشود 50%:EF است . INTER MEDIAT RISK میباشد و طبق دستورحین عمل جراحی نیاز به مانیتورینگ کامل قلبی عروقی انجام دارد. طبق دستور تلفنی پزشک معالج نیاز به بررسی از نظر کووید ۱۹ نمیباشد . برگه پروسیجر تهاجمی واخذ رضایت آگاهانه توسط پرستار تکمیل و به امضا مددجو میرسد. پس از انجام اقدامات اولیه و آمادگی قبل از عمل مددجو ساعت ۱۲:۴۵ دقیقه به اتاق عمل منتقل میشود. جواب آزمایشات ، سونوگرافی وسی تی اسکن شکم ولگن ضمیمه پرونده وتحویل کارشناس بیهوشی داده میشود. Fbs:129-crt:1-mg:3.1-hb:13.9-plt:206-pt:13-INR:1 با نوع بیهوشی SPINAL تحت عمل جراحی قرار میگردد.سوند فولی ودرن همواگ فیکس میشود.ساعت ۱۴:۱۵ دقیقه با علایم حیاتیPR:75-BP:120/80-SPO2:98% به ریکاوری تحویل داده میشود. ساعت ۱۴:۴۵ دقیقه پس از تایید متخصص بیهوشی مددجو به پرستار بخش جراحی مردان تحویل داده میشود. علایم حیاتی بعد از عمل جراحی کنترل وچارت میشود .BP:120/80-RR:14-PR:78-T:37. (علائم تحویلی ثبت شده توسط کارشناس بیهوشی PR:63, BP:110/70). طبق گزارش پرستاری.پوزیشن نیمه نشسته دارد. (دستوری در این خصوص در پرونده موجود نمی باشد). BS:157 میباشد.NPO تا سه ساعت پس از عمل جراحی میباشد.دستورات دارویی اجرا میشود.آخرین علایم حیاتی ثبت شده ساعت ۱۸ میباشد .BP:120/80-RR:18-PR:80-T:37. چارت شده است.. ساعت ۱۹:۳۰ دقیقه ارزیابی مجدد انجام میشود. درن همواگ خلا میباشد.هماچوری دارد.پوزیشن نیمه نشسته دارد. ناحیه عمل جراحی هماتوم وخونریزی ندارد.دستورات دارویی وکنترل درد طبق دستور پزشک معالج اجرا میگردد. (در ساعت ۲۲ جهت درد بیمار کترولاک تزریق شده). ساعت ۲۴ کنترل BS انجام میشود BS:134 میباشد.طبق گزارش پرستاری ساعت ۳ صبح مورخ ۹۹/۹/۱۳ بعد از ارزیابی پرستار، مددجو خواب میباشد .ساعت ۳:۳۰ دقیقه پرستار مددجو جهت استراحت به اتاق REST میرود و مددجو را به همکار دیگر حاضر در شیفت تحویل میدهد. طبق گزارش پرستاری .ساعت ۴ و ۵ صبح مجددا مددجو توسط همکار پرستار ارزیابی میشود. مددجو بیدار و هوشیار بوده است. ساعت ۶:۱۵ دقیقه بعد از حضور پرستار بر بالین مددجو ، فاقد علایم حیاتی است.کد ۹۹ اعلام میشود. طبق گزارش ثبت شده توسط پزشک تیم احیا ، مددجو فاقد نبض عروق محیطی ومרכזی، میدریاز دوپل و فاقد علایم حیاتی بوده است ودر معاینه جمود نعشی واسپاسم دست وپا ها وفک صورت مشهود است. مانیتورینگ انجام میشود مددجو هیچ گونه علایم حیاتی ندارد واحتمالا مدتی از فوت بیمار گذشته است ختم CPR با توجه به شرایط ذکر شده ساعت ۶:۱۵ دقیقه صبح مورخ ۹۹/۹/۱۳ اعلام میگردد ومتوفی به سردخانه منتقل میگردد علت فوت طبق نظر پزشکی قانونی MI میباشد.
	۱. عدم انجام ارزیابی دقیق توسط پزشک معالج و پرستار ۲. عدم کنترل صحیح و دقیق علائم حیاتی بیمار پس از عمل جراحی در بخش توسط پرسنل پرستاری (کنترل بصورت روتین بخش پس از ۲ ساعت اول صورت گرفته و بصورت دقیق پارامترها چک نشده اند) ۳. عدم انجام مشاوره بیهوشی قبل از عمل جراحی (باتوجه به دستورالعمل انجام مشاوره بیهوشی قبل از اعمال الکتیو) ۴. ثبت ناقص گزارشات پرستاری و عدم ثبت دقیق اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره و... بیمار در گزارش پرستاری ۵. عدم چک صحیح و دقیق علائم حیاتی (باوجود برادیکارد بودن بیمار از همان ابتدا، تمام نبض های بیمار در بخش در حدود ۸۰-۸۴



علل رویداد	ثبت شده است) ۶. وجود تناقض در علائم حیاتی ثبت شده اتاق عمل و بخش ۷. عدم انجام ویزیت پس از عمل جراحی توسط پزشک معالج و ثبت دستورات ترخیص در اتاق عمل و در برگه خلاصه پرونده ۸. عدم چک و ثبت علائم حیاتی از ساعت ۲۴ به بعد ۹. عدم مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی و ارزیابی بیمار پس از دریافت داروی ضد درد و عدم ثبت وضعیت بالینی پس از دریافت مخدر/مسکن ۱۰. توجه نشدن وضعیت وخیم بیمار (بدلیل عدم چک و کنترل بیمار) و اعلام کد در زمان فوت بیمار و گذشت زمان مرگ بالینی و ایجاد علائم مرگ فیزیولوژیک ۱۱. عدم درخواست مانیتورینگ و ECG مجدد پس از عمل جراحی باتوجه به نوارقلب اولیه بیمار ۱۲. عدم ثبت ساعت انجام الکتروکاردیوگرام و مشاهدات نوارقلب بیمار در گزارش پرستاری ۱۳. عدم ارزیابی بیمار از لحاظ کووید-۱۹ قبل از عمل جراحی الکتیو ۱۴. عدم ثبت شرح حال بیمار توسط پزشک معالج ۱۵. عدم ثبت ساعت در ویزیت ها و مشاوره های پزشکان ۱۶. وجود تناقض در ثبت ساعات پرسنل بخش و اتاق عمل
اقدام اصلاحی	-تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی دقیق اولیه توسط پرسنل پرستاری - تاکید و نظارت به پزشکان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص الزام ارزیابی و بررسی دقیق بیماران قبل از اعمال جراحی و توجه به تمامی جواب های تست های تشخیصی، ECG و... انجام شده برای بیمار و همچنین وضعیت بالینی و جسمی بیمار و درخواست وپیگیری مشاوره های مرتبط در صورت نیاز -آموزش درخصوص ثبت دقیق تمام شواهدات و اقدامات مراقبتی صورت گرفته برای بیمار با ذکر ساعت در گزارش پرستاری -برگزاری کارگاه های آموزشی ثبت پرونده و گزارش نویسی بصورت عملیاتی و از طریق ارائه سناریوهای بالینی جهت تمامی رده های درمانی و چک اثربخشی آموزش ها از طریق چک رندوم پرونده ها و با چک لیست -لزوم انجام مشاوره بیهوشی قبل ازعمل جراحی در اعمال الکتیو مطابق دستورالعمل اعتباربخشی -آموزش اثربخش مراقبت های قبل و بعد از اعمال جراحی جهت تمامی کادر پرستاری بصورت آموزش در بالین و تاکید بر سوپروایزران بالینی وسرپرستاران به نظارت جدی بر این امر -مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص لزوم ثبت دقیق نحوه فعالیت بیمار، زمان های کنترل علائم حیاتی، کنترل I&O (در صورت نیاز)، دوز و روش دقیق تزریق مخدر و... در دستورات بیماران پس از اعمال جراحی -مکاتبه و تاکید بر جراحان در تمامی گروه های تخصصی درخصوص ارزیابی و پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیماران پس از اعمال جراحی بصورت ویزیت بر بالین دربخش و درخواست مشاوره مجدد پس از جراحی در بیماران با ریسک جراحی متوسط و خودداری از ثبت دستور ترخیص در اتاق عمل بدون ویزیت مجدد بیماران -نظارت سوپروایزران بالینی، سرپرستاران و مسئول شیفتها بر اندازه گیری دقیق تمامی پارامترهای علائم حیاتی در تمامی بیماران توسط تمامی کادر پرستاری (اتاق عمل، بیهوشی، پرستار و...) و توجه به انجام مانیتورینگ/کنترل علائم حیاتی بصورت مداوم در بیماران بدحال، جراحی شده و... در بخش های بستری عادی و جلوگیری از کنترل علائم فقط بصورت روتین (هر ۶ یا ۱۲ ساعت)



-آموزش اثربخش و نظارت بر انجام مراقبت های پرستاری بصورت صحیح و ثبت صحیح در پرونده در بیماران پس از اعمال جراحی (وضعیت ناحیه جراحی، ثبت دقیق میزان ترشحات درن ها و توجه به افزایش/کاهش ترشحات نسبت به زمان تحویل از اتاق عمل، میزان برون ده ادراری ، اطلاع صحیح و به موقع تغییر وضعیت بالینی بیمار به پزشک معالج، علائم حیاتی قبل و بعد از تزریق مسکن/مخدر و ثبت میزان درد بیمار و وضعیت بالینی پس از دریافت مسکن/مخدر، کنترل و ارزیابی دقیق بیماران طی شیفت بویژه از ساعت ۲۴:۰۰ به بعد و...)

-تاکید و آموزش درخصوص ثبت دقیق تمامی پارامترهای علائم حیاتی و خودداری از ثبت علائم بدون کنترل- ثبت دقیق علائم حیاتی پس از انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش مطابق پروتکل

-پایش و نظارت دقیق تر سوپروایزران بالینی درخصوص نحوه ارائه خدمات به بیماران پس از عمل جراحی و کنترل اقدامات اجرایی و درحال انجام بالاخص در شیفتهای شب

-تاکید درخصوص سرکشی مکرر بیماران در طول شیفت شب و کنترل وضعیت بالینی بیماران بطور دقیق و اطلاع به موقع به پزشک معالج

-برگزاری کارگاه آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیمار جهت تمامی رده های درمانی

عنوان

فوت بیمار در اثر تاخیر در انفوزیون خون و عمل جراحی اورژانسی

شرح رویداد

مددجو خانمی ۲۶ ساله در تاریخ ۹۹/۰۷/۰۶ ساعت ۴:۱۰ صبح در اثر تصادف به صورت اورژانسی با آمبولانس ۱۱۵ به علت تروما به اندام ، قفسه سینه ، شکم و لگن با $GCS = 14/15$ ، بدحال و رنگ پریده به اورژانس انتقال داده میشود و در سرویس جراحی عمومی در اورژانس بستری گردیده است . اقدامات اولیه (دو عدد رگ گیری ، مایع درمانی و) برای بیمار انجام گردیده و بلافاصله بیمار توسط رزیدنت طب اورژانس ویزیت شده و Sono fast انجام می گردد که مایع آزاد مشاهده شده و مشاوره جراحی عمومی درخواست می گردد در ساعت ۴:۲۰ صبح رزیدنت جراحی عمومی بر بالین بیمار حاضر شده و در جریان مایع آزاد داخل شکم بیمار قرار می گیرد ولی طبق نظر ایشان رگ بیمار خوب نبوده و اقدام به گذاشتن Cvline در اورژانس و درخواست خون می نماید که از ساعت ۴:۳۰ صبح که نمونه خون بیمار ارسال شده بوده درخواست خون هم ارسال گردیده ولی تا ساعت ۵:۰۰ صبح علی رغم پیگیری های مکرر مسئول شیفت و سوپروایزر اورژانس آماده نشده که مجدد پرسنل اورژانس به دستور پزشک ، درخواست خون بدون کراس مچ نموده است . در ساعت ۵:۲۰ صبح در حین انتقال به اتاق عمل ، بیمار دچار تنفس نامنظم و بدحال شده که به اتاق CPR منتقل می گردد ، عملیات احیاء شروع شده و در این حین چست تیوپ توسط رزیدنت جراحی گذاشته می شود که ۲۵۰ سی سی خون تخلیه شده ولی متاسفانه بیمار پس از ۳۰ دقیقه CPR ساعت ۵:۵۰ صبح در اورژانس فوت گردیده است .

-عدم ارزیابی صحیح توسط اینترن ها و رزیدنت های (طب اورژانس و جراح) اورژانس (در یک ویزیت تندرns شدید شکمی مطرح و در یک ویزیت دیگر شکم نرم و بدون تندرns مطرح شده است. پرسنل اورژانس ۱۱۵ نیز درد شدید شکمی را مطرح نموده اند-در بررسی سمع صداهای ریوی توسط رزیدنت جراحی مطرح شده است که کاهش صدا در سمع ریه در موقع ویزیت شنیده نشده است در حالیکه در حین احیا بیان نموده اند در سمع ریه احتمال هموتوراکس مشهود می باشد. در شرح حال اینترن بخش نیز کاهش صداهای ریوی بیان شده است)



-عدم اخذ و ثبت شرح حال و ارزیابی وضعیت بالینی بیمار توسط طب اورژانس مقیم

علل رویداد

-تاخیر در چست تیوب گذاری بیمار باتوجه به ویزیت اولیه رزیدنت طب اورژانس و انجام sono fast

-تاخیر در انتقال بیمار به اتاق عمل جهت لاپاراتومی تشخیصی باتوجه به علائم بالینی بیمار، مکانیزم تروما و وجود مایع آزاد در سونوگرافی

-عدم درخواست خون اورژانسی برای بیمار و درخواست خون با کراس مچ توسط رزیدنت جراحی از ابتدا علیرغم افت BP، تائیکاردی، کاهش LOC، Pale بودن و علائم مطرح کننده شوک و خونریزی داخلی در بیمار

-تاخیر در آماده سازی خون اورژانسی بیمار علیرغم درخواست مجدد به آزمایشگاه و پیگیری مستقیم توسط سوپروایزر شیفت

-عدم ارزیابی مناسب پرسنل پرستاری و عدم توجه دقیق و کافی به وضعیت بالینی بیمار (ثبت علائم حیاتی مغایر با علائم حیاتی اعلامی توسط پزشکان و باتوجه به شرایط بیمار عدم پایش دقیق علائم حیاتی توسط پرسنل پرستاری و چک هر ۵ دقیقه علائم)

-عدم آگاهی رزیدنت ها درخصوص درخواست خون اورژانسی

-عدم انتقال سریع و تحویل و تحول نمونه و خون بیمار به/از آزمایشگاه

-عملکرد ضعیف دانشجویان پزشکی در برخورد با بیماران مولتیپل تروما و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به موقع

-عدم نظارت و آموزش کافی دستورالعمل و فرآیندها به دانشجویان پزشکی

-آگاهی و عملکرد ضعیف پرسنل آزمایشگاه از اهمیت تحویل خون اورژانسی

-برگزاری کارگاه آموزشی دستورالعمل جراحی ایمن و ایمنی بیمار جهت تمامی رده های درمانی و نظارت و تاکید بر اجرای صحیح دستورالعمل ها توسط مدیران و سوپروایزران بالینی

-تاکید درخصوص ارزیابی و انجام اقدامات تشخیصی و درمانی درخصوص بیماران بدحال توسط پزشکان طب اورژانس مقیم و جراحان

-تاکید و مکاتبه با تمامی رده های تخصصی درخصوص اخذ شرح حال کامل و ارزیابی دقیق بیماران ترومایی توسط پزشکان مقیم و رزیدنت ها و انجام اقدامات اورژانسی به موقع / انتقال سریع بیمار بدحال با خونریزی داخلی به اتاق عمل

-برگزاری کارگاه های آموزشی ثبت پرونده و گزارش نویسی بصورت عملیاتی و از طریق ارائه سناریوهای بالینی جهت تمامی رده های درمانی و چک اثربخشی آموزش ها از طریق چک رندوم پرونده ها و با چک لیست

--تاکید و نظارت درخصوص ثبت و چک دقیق تمامی پارامترهای علائم حیاتی و خودداری از ثبت علائم بدون کنترل در تمامی شیفت های بالینی

-آموزش مجدد و نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل همویژولانس و تکمیل برگه اورژانسی در صورت بدحال بودن بیمار و دستور پزشک و پیگیری مستقیم تحویل پکسل توسط مسئول شیفت

-آموزش مجدد و نظارت بر فرآیندهای بانک خون در خصوص تسریع در تحویل خون اورژانسی و پکسل براساس زمان استاندارد توسط



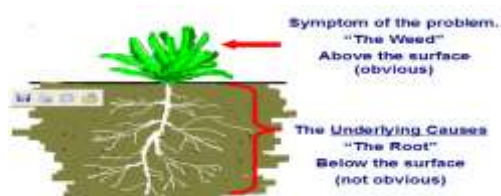
مسئول فنی و سوپروایزر آزمایشگاه و همچنین مسئول شیفت های عصر و شب - بررسی فرم های تزریق/تحويل خون های ارسال شده به بخش های بالینی بصورت ماهانه توسط سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول بهبود کیفیت بیمارستان درخصوص بررسی زمان ارسال نمونه از بخش ها، زمان انجام فرآیندهای بانک خون و آماده سازی و مدت زمان تحويل کیسه به بخش ها و... - آموزش اثربخش درخصوص دستورالعمل جراحی ایمن به دانشجویان پزشکی بصورت آموزش در بالین و برگزاری کارگاه های آموزشی - نظارت بر فرآیند تحويل/تحويل نمونه خون و فرآورده های خونی از/به آزمایشگاه و بخش ها توسط سوپروایزر بالینی با استفاده از چک لیست های نظارتی - تاکید و نظارت بر ارسال فرم تحويل و تزریق خون به همراه کیسه های خون از بانک خون به بخش های بالینی - طراحی و اصلاح سیستم HIS به گونه ای که درخواست خون اورژانسی بیماران بعد از ثبت در سیستم، به رنگ دیگر و بصورت ویژه مشاهده گردد - پیشنهاد میگردد خط Hotline جهت بخش های بالینی برای اطلاع موارد اورژانسی به بانک خون استفاده گردد (شماره ای مختص تماس های بانک خون) - تاکید و نظارت درخصوص ارزیابی دقیق پرسنل پرستاری - تاکید و نظارت درخصوص ارسال اورژانسی نمونه خون بیمار و فرم های تزریق خون اورژانسی/عادی درخصوص بیماران مولتیپل تروما و بدحال و پیگیری مستقیم توسط مسئول شیفت (علاوه ثبت اورژانسی در سیستم و ارسال فرم های دریافت خون، پیگیری تلفنی بصورت اورژانس بابانک خون نیز صورت گیرد)	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
ناتوانی جدی بیمار به دنبال تزریق اشتباه دوز داروی بیهوشی	عنوان
مددجو آقای ۵۳ ساله در تاریخ ۹۹/۱۰/۰۲ ساعت ۰۹:۴۱ پذیرش در تریاژ بدنبال تروما به دست بصورت دررفتگی و شکستگی انگشت ۴ و ۵ دست چپ- تریاژ III-اولین علایم حیاتی: SPO2:99%, RR: 15, PR: 74, BP:115/69,T: 36.1 - ساعت ۰۹:۵۰ ویزیت رزیدنت طب اورژانس انجام و انجام گرافی دست و Chest x-ray انجام گرفته و شستشو و پانسمان و بستری در سرویس ارتوپد میشود. ساعت ۱۰:۲۰ انتقال و بستری در بخش جراحی میگردد و NPO شده و جز لیست اتاق عمل شب قرار میگردد. ویزیت اولیه پزشک معالج (ارتوپد) در بخش صورت نگرفته است. علایم حیاتی بخش بیمار: BP:120/80,PR:80,RR:18,T:37.9 - ساعت ۲۱:۳۰ به اتاق عمل منتقل و در ساعت ۲۳:۰۰ به تخت جراحی منتقل شده و توسط دستیار تخصصی بیهوشی G/A میگردد و بدلیل ترافیک بالای اتاق عمل در شیفت شب و همزمان فعال بودن چند اتاق بیمار به کارشناس بیهوشی سپرده میشود و بیان کردند در صورت نیاز داروها بصورت تیره تکرار گردد و اتاق را ترک میکنند و عمل ادامه می یابد ولی بیمار پس از لحظاتی بیدار شده ، مجدداً توسط کارشناس هوشبری پروپوفول تکرار میشود. در ساعت ۲۳:۲۵ عدم DETECT NIBP & SPO2 (مانیتورینگ ECG وصل نبوده و با پالس پرتابل مانیتور شده است) و سیرکولر جهت اطلاع رزیدنت اتاق را ترک و کارشناس اتاق جراحی کناری نیز جهت کمک پرسنل داخل اتاق حاضر و به همراه کارشناس بیهوشی قبل از اقدام به کنترل نبض و ... اقدام به تعویض دستگاه نموده اند و بدنبال عدم داشتن علایم حیاتی در بیمار سریعاً کارشناس بیهوشی ، رزیدنت بیهوشی را پیچ نموده و رزیدنت بیهوشی و متخصص بیهوشی بر بالین بیمار حضور یافتند و ساعت ۲۳:۴۰	شرح حادثه



تشخیص ارست قلبی تنفسی داده شده و عملیات احیا انجام و درنهایت بیمار با $GCS = 4/5$ و $BP = 74/40$ و اینتوبه در ساعت ۳:۲۰ صبح به بخش ویژه منتقل شده است	
علل رویداد حادثه - ویزیت، ارزیابی و شرح حال گیری قبل از عمل توسط پزشک معالج انجام نشده است- دستورات تلفنی نیز اخذ نشده است - علائم حیاتی بدو ورود در گزارش پرستاری ذکر نشده است. گزارش ناقص می باشد. درخصوص ارزیابی نبض اندام دست چپ، حس و حرکت موردی گزارش نشده است. (فقط در برگه علائم حیاتی و ارزیابی اولیه ثبت شده است) - گزارشات پرسنل پرستاری بخش (صبح، عصر و شب) ناقص می باشد. - مشاوره و ارزیابی بیهوشی قبل از عمل جراحی و نوارقلب ندارد. - عدم ارزیابی پزشکی و پرستاری درخصوص بیماری کووید-۱۹ - آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از عمل دریافت نکرده - عدم ثبت علائم حیاتی قبل از انتقال به اتاق عمل - نوع عمل بیمار (اورژانس و الکتیو) مشخص نمی باشد و بیمار از صبح پذیرش و ساعت ۲۳:۰۰ جراحی شده. - هیچگونه از داروهای احیا مورد استفاده برای بیمار و داروهای داده شده در حین جراحی بدنبال بیدار شدن بیمار در گزارش تکنسین بیهوشی نیامده است. (توسط متخصص بیهوشی و در برگه بیهوشی ذکر شده). باتوجه به عدم ثبت نوع و میزان داروهای داده شده حین بیدار شدن بیمار توسط تکنسین بیهوشی در گزارش، دوز واقعی پروپوفول دریافتی بیمار مشخص نمی باشد. - نبود متخصص بیهوشی در اتاق عمل و فعال بودن همزمان ۳ الی ۴ اتاق با رزیدنت سال ۲ بیهوشی و بدون اطلاع به متخصص بیهوشی - انجام سدیشن و G/A با ماسک توسط رزیدنت سال ۲ و بدون حضور اتند بیهوشی - ترک اتاق جراحی توسط رزیدنت بیهوشی پس از سدیشن و G/A باماسک بیمار و سپردن بیمار به تکنسین بیهوشی طرحی (جدیدالورود) - عدم اطلاع بیدار شدن بیمار و بیقراری حین جراحی توسط تکنسین به رزیدنت بیهوشی و تزریق دارو بدنبال دستور اولیه رزیدنت مبنی بر تکرار دارو - عدم ثبت دقیق دوز دارو نیازمند تکرار و اعلام تکرار دوز دارو و تیتره به تکنسین بیهوشی در صورت نیاز از جانب رزیدنت بیهوشی - عدم مانیتورینگ ECG برای بیمار، در صورتیکه در گزارش بیان شده بیمار مانیتورینگ قلبی تنفسی داشته. (عدم ارزیابی دقیق وضعیت بالینی بیمار و مانیتورینگ در ابتدای ورود بیمار به اتاق جراحی توسط رزیدنت و تکنسین بیهوشی) - دستورالعمل جراحی ایمن رعایت نشده است - کد ۹۹ اعلام نشده و پرسنل جهت صدا زدن رزیدنت بیهوشی فرستاده شده و سپس رزیدنت پیچ شده است (در صورتیکه در گزارش آمده است بلافاصله بر بالین حاضر شدند) - راه وریدی بیمار در حال عمل با آنژیوکت صورتی رنگ بوده است - درخصوص دستور بازشدن تورنیکه بجز گزارش کارشناس اتاق عمل، موردی در پرونده ثبت نمی باشد. (ساعت ۲۳:۴۰ آف تورنیکه اعلام شده در صورتیکه در چک لیست جراحی ایمن ساعت ۲۳:۳۰ ذکر شده) - خرابی پالس اکسیمتری دستگاه مانیتورینگ اتاق عمل و عدم اصلاح و جابجایی توسط سرپرستار اتاق عمل و استفاده از پالس اکسیمتری پرتابل - هیچ اشاره ای به حضور سوپروایزر بالینی در اتاق عمل بعد از اعلام کد ۹۹ بیمار نشده است. (احیا توسط اعضاء داخل اتاق عمل انجام و کد ۹۹ اعلام نشده) - توزیع نامناسب نیروی انسانی در شیفت شب (حضور سه نیروی کارشناس طرحی در اتاق عمل جراحی بیمار مذکور) - عدم چینش و توزیع مناسب برنامه عمل های اتاق عمل و ترافیک سنگین در شیفت های عصر و شب	



➤ شروع با تاخیر اقدامات احیا قلبی ریوی بدلیل عدم تشخیص صحیح ارست قلبی تنفسی بیمار توسط تکنسین بیهوشی و پرسنل سیرکولار ➤ عدم آگاهی و عملکرد مناسب پرسنل بیهوشی و اتاق عمل درخصوص تشخیص ایست قلبی و Golden time شروع احیا ➤ وجود فرآیندها و روتین های اشتباه در اتاق عمل ➤ عدم نظارت و پایش عملکرد پرسنل توسط مسئول شیفت اتاق عمل و عدم حضور بر بالین در زمان شروع بدحال شدن بیمار ➤ عدم اطلاع فعال شدن همزمان چند اتاق و بدحالی بیمار توسط مسئول شیفت و رزیدنت بیهوشی به متخصص بیهوشی	
➤ اصلاح فرآیندهای اتاق عمل بیمارستان و نظارت مسئول اتاق عمل و سوپروایزر بر فرآیندهای درحال اجرا ➤ ابلاغ و تاکید بر فعال شدن اتاق های جراحی با حضور متخصص بیهوشی- تذکر درخصوص شروع فرآیند بیهوشی و SEDATION ➤ باحضور متخصص بیهوشی و زیر نظر متخصص بیهوشی (طبق دستورالعمل جراحی ایمن، اولین و مهمترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی می باشد) ➤ نصب پوستره های رنگی و بزرگ چک لیست جراحی ایمن در معرض دید در تمامی بخش های اتاق عمل ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل جراحی ایمن و استفاده صحیح از چک لیست جراحی ایمن جهت تمامی پرسنل اتاق عمل ➤ نظارت سرپرستار و مسئول شیفتها به استفاده از چک لیست جراحی ایمن توسط پرسنل و پزشکان ➤ اصلاح فرآیند تعداد متخصصین بیهوشی به تعداد اتاق عمل فعال مطابق دستورالعمل و نظارت مدیران میانی از طریق کنترل دقیق برنامه های پرسنل و چک برنامه های اسکچول بصورت روزانه و بازدید سرزده از اتاق عمل (بالاخص شیفت عصر و شب) ➤ مکاتبه با تمامی گروه های تخصصی درخصوص لزوم ویزیت و ارزیابی بیمار قبل و بعد از جراحی توسط پزشک معالج و نظارت مدیران میانی، معاون درمان مرکز و سوپروایزران بالینی بر این امر و ارائه گزارشات در جلسات تیم مدیریت اجرایی ➤ اصلاح فرآیند پذیرش و نوبت دهی بیماران و برنامه زمانبندی در سه شیفت صبح-عصر و شب و لزوم برنامه ریزی مناسب درخصوص پذیرش بیماران الکتیو و اورژانسی و پرخطر مطابق دستورالعمل و حذف ازدحام اعمال جراحی شیفت عصر و شب ➤ اصلاح برنامه کاری و چینش نیروهای اتاق عمل و بیهوشی در سه شیفت صبح- عصر و شب و بکارگیری نیروهای رسمی و باسابقه در تمامی شیفت های کاری و نظارت مدیر پرستاری بر این امر ➤ تذکر به سرپرستار و مسئول شیفت اتاق عمل و تکنسین های بیهوشی درخصوص چک سلامت کلیه دستگاه ها در ابتدای شیفت با چک لیست مربوطه و جابجایی دستگاه های مشکل دار و پیگیری رفع مشکل ➤ حساسیت زایی کلیه پرسنل از طریق انجام بازدید و نظارت از بخش ها بویژه اتاق عمل درخصوص چک سلامت کلیه دستگاه ها در ابتدای شیفت و جابجایی دستگاه های مشکل دار و هماهنگی با مسئول تجهیزات پزشکی ➤ اصلاح فرآیند مانیتورینگ بیماران در اتاق عمل و الزام انجام مانیتورینگ کامل تمامی بیماران در اتاق عمل (ECG، کاپنوگراف، پالس اکسیمتری، فشارخون و...) و نظارت مسئول شیفت در تمامی اتاق ها در ابتدای عمل جراحی درخصوص انجام مانیتورینگ کامل بیماران ➤ آموزش اثربخش درخصوص احیای قلبی ریوی و نحوه تشخیص ارست قلبی تنفسی در بیماران جهت کلیه پرسنل اتاق عمل بصورت برگزاری کارگاه عملی و کنترل میزان توانمندی پرسنل بصورت دوره ای از طریق گرفتن آزمون های عملی ➤ سنجش اثربخش توانمندی و عملکرد پرسنل جدیدالورود توسط سوپروایزر آموزشی و سرپرستار اتاق عمل و در صورت کسب توانمندی لازم درخصوص آموزش های دریافت شده، از پرسنل در شیفت های در گردش استفاده گردد و نظارت بر عملکرد پرسنل در شیفت ها نیز بطور کامل صورت گیرد ➤ نظارت مسئول اتاق عمل/مسئولشیفت بر حضور متخصصین بیهوشی و رزیدنتها در اتاق عمل و مدیریت بیمار بدحال و در صورت نیاز هماهنگی با سوپروایزران بالینی و معاون درمان مرکز ➤ مکاتبه با معاونت آموزشی درخصوص اطلاع رسانی و آموزش دقیق حیطه عملکردی دستیاران تخصصی مطابق کوریکولوم آموزشی و شرح وظایف به دستیاران تخصصی در آموزش های بدو ورود ➤ نظارت معاون درمان و آموزش مراکز بر عملکرد اعضاء هیات علمی و دستیاران تخصصی در شیفت های بالینی ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل جراحی ایمن جهت رزیدنت ها و کارشناسان بیهوشی و اتاق عمل و جراحان و تاکید بر اجرای	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



صحيح و عملکرد منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن ➤ تذکر و نظارت درخصوص عدم تزریق دارو بدون حضور و دستور متخصص بیهوشی در اتاق عمل توسط تکنسین بیهوشی (الزامیست دوز دارو بطور دقیق توسط متخصص بیهوشی تعیین و درحضور ایشان دارو تزریق گردد) ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از جراحی جهت کلیه جراحان و متخصصین بیهوشی ➤ آموزش اثربخش نحوه صحیح پرونده نویسی و گزارش نویسی و موارد قانونی در ثبت پرونده جهت تمامی پرسنل پرستاری بخش، اتاق عمل و دانشجویان پزشکی و پزشکان ➤ تاکید و نظارت به پرسنل پرستاری درخصوص چک صحیح تمام پارامترهای علائم حیاتی و ثبت صحیح در پرونده و اطلاع به پزشک معالج درخصوص مورد غیرنرمال ➤ آموزش اثربخش درخصوص نحوه صحیح ارزیابی اولیه و شرح حال گیری و ثبت در پرونده جهت پرستاران و دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ الزام پره آپ بیماران قبل از عمل جراحی مطابق سنجه های اعتباربخشی و رعایت اصول رضایت آگاهانه	
عنوان	شرح حادثه
فوت مادر باردار بعد از انجام لاپاراتومی و انتقال به بخش مددجو خانم ۲۲ ساله در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۷ ساعت ۱۴:۲۳ با شکایت درد و خونریزی واژینال به تریاژ مراجعه کرده است. علائم حیاتی : SPO2:99% - T:36.5- RR:20- PR:78- BP:132/66- LMP:99/08/28 (20W) به گفته خود بیمار ۵ ماهه تریاز سطح ۲ و ساعت ۱۴:۲۴ ارجاع به قسمت CP اورژانس- ویزیت و شرح حال گیری توسط پزشک عمومی انجام و دستورات: سونوگرافی حاملگی- مشاوره زنان- ارسال آزمایشات (CBC, BG-RH, PTT-PTT-INR)- طبق گزارش پرستار تحت نظر اورژانس: بیمار در سطح تریاز ۳ با علائم حیاتی: BP:۱۱۷/۷۰, PR:۱۱۰, RR:۱۸, T:۳۷, SPO2:۹۹ (ساعت ۱۴:۲۰) مشاوره پزشک زنان در اورژانس در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۷ ساعت ۱۷:۳۰ انجام شد (علائم حیاتی ثبت شده: BP:125/72, PR:115, RR:40, SPO2:98) و درخواست سونوگرافی و انجام آزمایشات داده شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۷ ساعت ۲۱:۵۹ سونوگرافی انجام شد که گزارش آن بدین شرح می باشد: جنین ۱۹-۱۸ هفته، فاقد FHR، فاقد حرکت، AFI نرمال و مایع در کلدوساک خلفی در حد mild. جواب آزمایشات مورخ ۱۴۰۰/۱/۱۷ ساعت ۱۸:۰۶ و ۱۹:۱۲: CBC: WBC=15.9, Hb=10, Hct=30.9, PLT=172 U/A: Protein=+2, Blood=+3, RBC=many در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۷ ساعت ۲۲:۳۰ در بخش ژنیکولوژی بستری شده است. ارزیابی اولیه توسط کارشناس پرستاری انجام : وزن: ۶۱ و قد: ۱۵۰ و BMI:26 و علائم: BP:۱۰۰/۶۲, PR:۹۰, RR:۱۷, T:۳۶,۷, SPO2:۹۹. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۸ ساعت ۸ صبح توسط متخصص زنان ویزیت شد. سونوگرافی مجدد در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۸ ساعت ۱۰:۲۱ انجام شد که گزارش بدین شرح می باشد: یک جنین فاقد FHR، جفت خلفی، AFI: 40 mm، مایع mild در کلدوساک خلفی. IUD تایید شد. قرص میزوپروستول 400mg، واژینال، هر ۴ ساعت در دستور داشته است (در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۸ ساعت ۱۲ ظهر ۴۰۰mg و نیز ساعت ۲۳، ۴۰۰mg به صورت واژینال دریافت کرده است). در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۸ ساعت ۱۷، T:۳۸ و PR:۱۱۲ داشته است که به اطلاع پزشک زنان رسانده و دستورات تلفنی اخذ شده: آمپول آپوتل دریافت کرد. قرص میزوپروستول قطع شد و بیمار هیدراته شد و شیاف دیکلوفناک دریافت کرده. مجدد ساعت ۲۰:۰۰ ویزیت توسط متخصص زنان و دستور چک PT-PTT : PT=13.1, PTT:32, INR=1.1- ویزیت مورخ ۱۴۰۰/۱/۱۹ ساعت ۰۹:۰۰ توسط دستیار تخصصی: در صورت V/B و درد	



شدید شکم اطلاع داده شود- رزرو ۲ واحد پکسل- سوند تراکشن- مشاوره قلب و ECG- مشاوره داخلی و فعلا قرص میزوپروستول HOLD باشد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۹ ساعت ۱۱:۲۰ صبح مشاوره قلب بر بالین انجام شد و قرص ایندرال ۲۰mg به صورت BD گذاشته شد تا زمان تائیکاردی (ساعت ۱۲ و ۲۴ تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۹ قرص ایندرال دریافت کرده است)- درخواست اکو قلب- ECG: Sinus Tachycardia- بعلت تاکی کاردی قرص میزوپروستول قطع شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۹ سوند تراکشنال تعبیه شد. در ساعت ۱۵:۴۵ سرم رینگر با ۵۰ واحد سنتو، ۴۴ قطره در دقیقه برای بیمار شروع شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۱۹ ساعت ۱۵:۵۰ مشاوره داخلی انجام شد: بیمار تائیکارد است (HR:142) و الگوی S1Q3T3 دارد. آمپول اناکساپارین (۶۰mg BD) و دستور CT آنژیوگرافی عروق ریه گذاشته شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۲۰ ساعت ۱۰ صبح مجدداً توسط متخصص زنان ویزیت شد. T:۳۹,۹ و PR:۱۲۵، تهوع داشته است. آمپول اناکساپارین D/C شد و آمپول هپارین ۵۰۰۰ واحد، BD شروع شد (بدلیل احتمال جراحی اورژانسی ویا خونریزی). دستور شیاف دیکلوفناک و سرم رینگر و سنتو طی ۴ ساعت پس از دریافت میزوپروستول در صورت نداشتن علائم زایمانی گذاشته شد. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۲۰ با T:۳۹,۹ مشاوره عفونی بصورت تلفنی انجام شد و دستورات: آمپول آپوتل و قرص استامینوفن ۵۰۰mg TDS گذاشته شد و آمپول کلیندامایسین و جنتامایسین D/C شد. آمپول مروپنم TDS و ونکومایسین BD و CXR درخواست شد. مورخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۰ ساعت ۱۳:۱۵ انجام مشاوره داخلی: (بیمار تب دار و تائیکارد- اسهال و شکم درد دارد)- مطرح بودن DIC در زمینه IUFD: چک LDH-S/E-Amylase-Lypaz- مصرف زیاد مایعات- ادامه آنتی بیوتیک تراپی و ارسال PCR در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۲۰ ساعت ۲۳ توسط دستیار زنان ویزیت شد و علائم حیاتی T:۳۸, RR:۳۶, PR:۱۶۰, BP:۱۳۰/۸۰ - درد شکم و تنگی نفس دارد، تندرینس جنرالیزه و V/B در حد Spotting. دستورات: سونوگرافی بر بالین، گرفتن دو رگ، فیکس سوند فولی و دریافت آمپول آپوتل انجام و سوند ترکشنال D/C شد و آمپول آپوتل نیز دریافت کرد. VBG و مشاوره داخلی اورژانسی. در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۲۱ سونوگرافی شکم و لگن انجام شد و مایع آزاد در کلدوساک خلفی و احتمال راپچر رحم گزارش شد. سوند ترکشنال D/C شد. ساعت ۰۰:۲۵ به اتاق عمل منتقل شد. طبق گزارش کارشناس بیهوشی: بیمار Pail و حالت faint داشته که از بخش تحویل گرفته شده. با سوپروایزر جهت تحویل پکسل اورژانسی تماس حاصل شده. تحت مانیتورینگ قرار گرفته (BP:120/70- PR:130) داشته و در ساعت ۰۰:۳۰ تحت بیجسی اسپینال توسط متخصص بیهوشی قرار گرفته و لاپاراتومی انجام و نوزاد دختر با آپگار صفر خارج شده و در حین ترمیم رحمیم و در ساعت ۰۰:۵۰ برادیکارد و آپنه تنفسی کرده که ونتیلاسیون انجام و اپی نفرین زده شده و در ادامه BP:90/50, PR:110 داشته که مجدداً در ساعت ۰۱:۰۰ ارست قلبی و احیا شده است و ماساژ قلبی انجام و اپی نفرین تزریق شده و اینتوبه و به ونتیلاتور وصل شده (سپس G/A شده است). یک دوز دگزامتازون و یک دوز بیکربنات و آمپول لازیکس دریافت کرده است. داخل لوله تراشه ترشحات کف آلود داشته است. در ساعت ۰۱:۲۵ پکسل های بیمار دریافت و انفوزیون شروع و در ساعت ۰۱:۴۵ با علائم BP:80/50-PR:100 و اینتوبه و بیهوش که همراه gasping بوده تحویل ICU شده است و در ICU نیز افت BP داشته و به دنبال افت SPO2 مجدداً CPR شده است. در ICU اقدام به تعبیه CV-line شد. در نهایت در تاریخ ۱۴۰۰/۱/۲۱ در ساعت ۰۲:۲۰ مددجو Expire شد.	
عدم ارائه شرح حال دقیق از جانب بیمار به پرسنل و توضیحی مبنی بر اقدام به سقط در مکانی دیگر توسط خود بیمار و همراه بیمار (مهمترین علت) ویزیت و مشاوره زنان با تاخیر در اورژانس انجام شده است (علیرغم تریاژ سطح ۲ و پرخطر بودن مادر باردار) عدم حضور متخصص زنان/ دستیار زنان در اورژانس جهت ویزیت و تعیین تکلیف به موقع بیماران انجام سونوگرافی با تاخیر در اورژانس و تعیین تکلیف با تاخیر و بالای ۶ ساعت بیمار در اورژانس عدم درخواست مشاوره اورژانسی داخلی، عفونی و قلب در تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ علیرغم تائیکاردی و تب بیمار	علل رویداد حادثه



▶ عدم انجام ویزیت و مشاوره عفونی بر بالین ▶ عدم انجام و پیگیری اکو بیمار علیرغم دستور در مورخ ۱۹/۰۱/۱۴۰۰ ▶ عدم انجام و پیگیری CT آنژیو عروق ریه بیمار علیرغم دستور در مورخ ۱۹/۰۱/۱۴۰۰ (علت عدم انجام در گزارش ها ذکر نشده است) ▶ عدم انجام سونوگرافی بر بالین شیفت صبح و عصر مورخ ۲۰/۰۱/۱۴۰۰ علیرغم وضعیت بالینی بیمار ▶ انتقال با تاخیر به اتاق عمل ▶ عدم تحویل اورژانسی و سریع پکسل از آزمایشگاه به بخش علیرغم درخواست ساعت ۲۳:۴۵ از بخش، پکسل در ساعت ۰۱:۲۵ تحویل اتاق عمل شده ▶ عدم ارسال به موقع نمونه PCR بیمار ▶ عدم انجام سی تی اسکن ریه باتوجه به مطرح شدن احتمال کووید-۱۹ در بیمار ▶ عدم تشکیل کمیسیون بر بالین بیمار ▶ عدم انجام اقدامات درمانی بصورت تیمی (Team work) ضعیف و عدم هماهنگی متخصصان جهت تصمیم گیری اقدامات درمانی ▶ ثبیتات نادرست و ناقص پرونده بالینی بیمار ▶ عدم پیگیری صحیح مشاوره ها توسط رزیدنت ها و اطلاع به اتند مربوطه ▶ عدم رعایت پروتکل علمی در بیهوشی و توجه به وضعیت بالینی بیمار ▶ عدم شناسایی و درنظر گرفتن بیمار بعنوان مادر پرخطر و انتقال به بخش ژنیکولوژی	
➤ تاکید و تذکر به کادر درمانی درخصوص رعایت شرح وظایف قانونی و توجه کافی به وضعیت بالینی بیمار (از طریق تشویق پرسنل نمونه در انجام صحیح شرح وظایف و پیگیری به موقع و صحیح وضعیت بیمار بصورت ماهیانه و همچنین معرفی افراد خاطی در رعایت شرح وظایف و... به گروه های مربوطه) ➤ آموزش و نظارت درخصوص اجرای صحیح فرآیند تیم درمانی، تشکیل کمیسیون بر بالین، رعایت دستورالعمل تعیین تکلیف در اورژانس و ... توسط معاون درمان و آموزش مرکز و همچنین مدیران میانی و ارائه گزارش در جلسات مرتبط ➤ ابلاغ مجدد و نظارت بر انجام به موقع مشاوره های درخواستی (اورژانس و غیراورژانسی) از طریق چک رندوم پرونده بیماران در بخش های بالینی توسط مدیران میانی و نظارت سوپروایزران بالینی در شیفت های کاری و نظارت معاونین مراکز بصورت رندوم و ارائه گزارش در جلسات مرتبط ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل تعیین تکلیف بیماران در اورژانس به تمامی پزشکان و نظارت بااستفاه از چک لیست تعیین تکلیف، بررسی پرونده ها و... ➤ نظارت بر حضور رادیولوژیست در شیفت های کاری و انجام به موقع موارد اورژانسی درخواست شده و ارسال به موقع گزارش رادیولوژی (بررسی تعداد رادیولوژیست مرکز باتوجه به حجم/تعداد مراجعه کننده و مشکلات بخش تصویربرداری) ➤ ساماندهی برنامه آنکالی و مقیمی پزشکان - مکاتبه و نظارت جدی بر نحوه انجام مشاوره ها توسط متخصصین در بالین ➤ آموزش و ابلاغ مجدد ضرورت تحویل بیماران بر بالین، توسط پزشکان مقیم براساس تکنیک ISBAR ➤ ضرورت معاینه بالینی دقیق بیماران توسط پزشکان و توجه بالا به گزارشات پاراکلینیکی و رویت کلیشه های سی تی اسکن و گرافی و ... توسط اتندها ➤ نظارت و ابلاغ مجدد ضرورت پیگیری وضعیت بالینی بیمار و انجام اقدام تشخیصی و درمانی موثر برای مادران پرخطر بصورت تیم درمان و تشکیل کمیسیون بر بالین ➤ آموزش مجدد و نظارت بر اجرای دقیق دستورالعمل هموویژولانس و تکمیل برگه اورژانسی در صورت بدحال بودن بیمار و دستور پزشک و پیگیری مستقیم تحویل پکسل توسط مسئول شیفت ➤ آموزش مجدد و نظارت بر فرآیندهای بانک خون در خصوص تسریع در تحویل خون اورژانسی و پکسل براساس زمان استاندارد توسط مسئول فنی و سوپروایزر آزمایشگاه و همچنین مسئول شیفت های عصر و شب ➤ بررسی فرم های تزریق/تحویل خون های ارسال شده به بخش های بالینی بصورت ماهانه توسط سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



بهبود کیفیت بیمارستان درخصوص بررسی زمان ارسال نمونه از بخش ها، زمان انجام فرآیندهای بانک خون و آماده سازی و مدت زمان تحویل کیسه به بخش ها و... ➤ نظارت بر فرآیند تحویل/تحویل نمونه خون و فرآورده های خونی از/به آزمایشگاه و بخش ها توسط سوپروایزران بالینی بااستفاده از چک لیست های نظارتی ➤ تاکید و نظارت بر ارسال فرم تحویل و تزریق خون به همراه کیسه های خون از بانک خون به بخش های بالینی ➤ طراحی و اصلاح سیستم HIS به گونه ای که درخواست خون اورژانسی بیماران بعد از ثبت در سیستم، به رنگ دیگر و بصورت ویژه مشاهده گردد ➤ پیشنهاد میگردد خط Hotline جهت بخش های بالینی برای اطلاع موارد اورژانسی به بانک خون استفاده گردد (شماره ای مختص تماس های بانک خون) ➤ تاکید و نظارت درخصوص ارسال اورژانسی نمونه خون بیمار و فرم های تزریق خون اورژانسی/عادی درخصوص بیماران مولتیپل تروما و بدحال و پیگیری مستقیم توسط مسئول شیفت (علاوه ثبت اورژانسی در سیستم و ارسال فرم های دریافت خون، پیگیری تلفنی بصورت اورژانس بابتانک خون نیز صورت گیرد) ➤ آموزش اثربخش نحوه ثبت صحیح پرونده و گزارش نویسی به تمام پزشکان و کادر پرستاری ➤ ضرورت پیگیری روند درمان مادران پرخطر توسط معاون درمان، مدیر گروه زنان و رابط مادر پرخطر بیمارستان	
عنوان	فوت بیمار بدلیل عدم تشخیص صحیح و انتقال به موقع به اتاق عمل جراحی
مددجو آقای ۵۳ ساله ساعت ۹:۴۹ دقیقه مورخ ۹۹/۱۱/۱۳ به دنبال تصادف و مولتی پل تروما با امبولانس ۱۱۵ به بیمارستان منتقل میگردد. سطح ۲ تریاژ قرار میگردد پس از ارزیابی بالینی اولیه به تحت نظر اورژانس منتقل میگردد. GCS:15/15- BP:162/98-RR:18-PR:88-SPO2:96 % میباشد. ساعت ۹:۵۵ دقیقه توسط پزشک اورژانس ویزیت میشود. تروما به سرو سینه و شکم و لگن میباشد. تندرین منتشر شکمی دارد. درخواست مشاوره جراحی داده میشود. درخواست گرافی لگن و فمور؛ زانو و پا HRCT , brain ct scan داده میشود. آزمایشات درخواستی ورزرو ۳ واحد خون داده میشود. ساعت ۱۰:۲۵ دقیقه جواب آزمایشات پیگیری میشود. PO2:20.8 --HCO3:27.1 -PCO2:51-BE:2.9 VBG: PH:7.25. ساعت ۱۰:۳۵ دقیقه cpk:250-troponin :negative -Hb:15-hct:43.2-plt:215-lymp :1000-bs:135-bun :10-crt:1.1 توسط جراح عمومی ویزیت میشود GCS :15/15-BP:150/80-PR:80-RR:14 میباشد. درخواست CHEST CT SCAN بدون کنتراست ، گرافی از لگن و مشاوره ارتوپدی و ارسال آزمایشات داده میشود. طبق نظر جراح عمومی، شکم تندرین ندارد. سمع ریه ها CLEAR است و کاهش صدا ندارد. درخواست سونوگرافی شکم و لگن از نظر مایع آزاد داده میشود. سونوگرافی در شرایطی که بیمار در وضعیت سوپاین و شرایطی که قادر به همکاری تنفسی نبود انجام میشود. در سونوگرافی شواهدی به نفع آسیب به احشا و مایع آزاد در فضای موریسون و اسپلنورنال اینترلوپ و لگن رویت نشد. مثانه پر از ادرار و اکوفری دارای ضخامت جداری طبیعی است. جهت سونداژ اقدام میشود. موفق نیست. ساعت ۱۲ مشاوره ارتوپدی پیگیری میشود. متخصص ارتوپدی در اتاق عمل حضور دارد. ساعت ۱۲:۴۳ دقیقه جواب آزمایشات پیگیری میشود. U/A:RBC:8-10-WBC:MANY-BLOOD :1+-Pr:1+ گزارش میشود. ساعت ۱۲:۵۵ دقیقه مجددا مشاوره ارتوپدی پیگیری میشود. متخصص ارتوپد در اتاق عمل حضور دارد. ساعت ۱۳ ویزیت مجدد جراح عمومی مقیم انجام میشود. هموتراکس و پنوموتراکس ندارد و در حال حاضر نیاز به اقدام اورژانسی جراحی ندارد. دستور فیکس سوند فولی داده میشود. ساعت ۱۳:۲۵ دقیقه ویزیت مجدد جراحی انجام میشود شکم نرم است. دیستانسیون ندارد تندرین ندارد و نیاز به اقدام جراحی ندارد. مشاوره ارتوپدی پیگیری میشود. ساعت ۱۵:۳۰ دقیقه مشاوره ارتوپدی انجام میشود درخواست سی تی اسکن سه بعدی از لگن داده میشود. شکستگی تروکانتر بزرگ فمور راست و شکستگی در بال بزرگ ایلیاک راست مشهود میباشد. ساعت ۱۷ مددجو در سرویس ارتوپدی در بخش جراحی بستری میگردد. دیورز برقرار نمیشود. جهت سونداژ اقدام میشود. موفق نیست. درخواست مشاوره ارولژی توسط جراح عمومی داده میشود. طبق دستور درخواست تعبیه سوند سوپراپوبیک داده میشود. ساعت ۱۷ طی تماس تلفنی با پزشک معالج جهت اخذ دستورات درخواست انجام تراکشن پوستی ۱.۵ کیلو گرم ؛ تزریق آمپول انگزپارین ۶۰ میلی گرم ؛ مشاوره قلب ، مشاوره داخلی و اسپیرال chest ct scan داده میشود . ساعت ۲۰:۵ دقیقه با متخصص ارولژی بیمارستان دیگر تماس گرفته میشود. دستور فیکس سوند سوپراپوبیک داده میشود. ساعت ۲۳ دیورز اختیاری (هماچوری) داشت. (بدون سونداژ). ساعت	شرح حادثه



۳۰ دقیقه مورخ ۹۹/۱۱/۱۴ درد شکم؛ تندر نس، نفخ و برجستگی شکم تلفنی به اطلاع جراح عمومی میرسد. درخواست ارسال CBC و اطلاع جواب داده میشود. درخواست انجام ویزیت و معاینه جراحی از سوی پرستار مسئول بیمار به جراح عمومی داده میشود. طی تماس تلفنی جراح عمومی فرمودند "در صورت افت HB اطلاع داده شود." دیورز مددجو به اطلاع ارولژیست میرسد. اقدام خاصی نیاز نیست. جواب HB: 12.8: و درد شکم و تورم شکم بصورت تلفنی توسط پرستار مسئول بیمار به جراح عمومی مقیم اطلاع داده میشود. درخواست ویزیت و معاینه از سوی پرستار مسئول بیمار داده میشود. جراح اظهار میدارد که فردا صبح جهت ویزیت خواهند آمد. مراتب به اطلاع سوپروایزر شیفت میرسد. ساعت ۳ صبح درد شکم و تاکی کارد بودن {PR:110} و افت فشار خون {90/60} تلفنی به اطلاع جراح عمومی میرسد و بر بالین حضور نمی یابند. ساعت ۴ جهت شرح حال مددجو و تماس های تلفنی انجام شده با پزشک معالج تماس گرفته میشود. پاسخگو نبودند. طبق گزارش پرستاری ثبت شده ساعت ۴:۱۵ دقیقه شرح حال مددجو {درد شکم - تاکی کاردی PR:109-BP:90/60} توسط سوپروایزر به اطلاع جراح عمومی میرسد و اظهار میدارد که سی تی اسکن شکم و لگن انجام شود و به اطلاع ایشان برسد. ساعت ۴:۳۵ دقیقه صبح پس از انجام سی تی اسکن شکم و لگن بدون کنتراست با جراح تماس گرفته میشود. جراح اظهار میدارد که مورد حاد اورژانس ندارد و NGT فیکس گردد. دستور اجرا میشود. برگشتی سبزرنگ به حجم ۱۵۰۰ سی سی دارد و شکم نرم میشود. مددجو تحت مانیتورینگ به علایم حیاتی PR:100-SPO2:95%-BP:90/60 به همکار صبحکار تحویل داده میشود ساعت ۸ صبح توسط جراح عمومی ویزیت میشود. درخواست انجام سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی داده میشود. مددجو از درد شکم شاکی است. طبق گزارش پرستاری ساعت ۹ صبح مددجو توسط متخصص ارتوپدی ویزیت میشود. درخواست مشاوره جراحی داده میشود. ساعت ۹:۱۰ دقیقه توسط جراح عمومی مقیم ویزیت میشود. دستور فیکس سوند فولی داده میشود. جهت انجام سونداژ جراح عمومی و پزشک اورژانس اقدام میشود. موفق نمیشد. ساعت صبح ۱۰ جهت مشاوره توسط متخصص داخلی ویزیت میشود. مددجو دیورز ندارد. تاکی کارد است با توجه به تروما احتمال خونریزی داخلی مطرح است و نیاز به بررسی از نظر دیورز دارد و با توجه به اندیکاسیون اورژانس جراحی نیاز به OK داخلی ندارد. ساعت ۱۰:۲۰ دقیقه پس از اجازه خروج مددجو توسط متخصص بیهوشی جهت سی تی اسکن شکم و لگن با کنتراست منتقل میشود. مددجو دیورز ندارد. ساعت ۱۲ توسط متخصص ارولژی ویزیت میشود جهت سونداژ اقدام میشود موفق نمیشد (سوند رد نمیشود) درخواست مشاوره قلب و عروق و تایید متخصص ارتوپدی جهت انجام پوزیشن لیتاتومی جهت سیستوسکوپی و در صورت نیاز سیستوستومی داده میشود ساعت ۱۲:۳۰ دقیقه مشاوره قلب و اکو انجام میشود. EF:55% است نیاز به داروی قلبی ندارد. طبق گزارش پرستاری مددجو از احتباس ادراری شاکی است و شکم گاردینگ میباشد. ساعت ۱۴:۴۰ دقیقه با ریاست بیمارستان تماس گرفته میشود. طبق دستور با متخصص طب اورژانس جهت سونداژ سوپراپوبیک هماهنگ میشود. ساعت ۱۵ متخصص طب اورژانس بر بالین مددجو حاضر میشود. سونوگرافی FAST انجام میشود طبق گزارش پرستاری متخصص طب اورژانس اظهار میدارد که مثانه خالی میباشد و نیاز به انجام سیستوسکوپی میباشد. مددجو تحت مانیتورینگ قلبی میباشد. تاکی کارد-HR:110-T:36.2-BP:85/60 RR:18- میباشد. طی مصاحبه با سوپروایزر شیفت اظهار داشتند که پس از ارزیابی بالینی مددجو، تنفس GASPING و حال عمومی بد بوده است که با متخصص بیهوشی تماس گرفته میشود. جواب سی تی اسکن شکم و لگن بدون کنتراست پیگیری میگردد. با رادیولوژیست تماس گرفته میشود. ایشان در مرکز حضور ندارد و اظهار میدارد که جواب ساعت ۱۷ آماده میشود. جواب سی تی اسکن بصورت دست نویس به اطلاع سوپروایزر شیفت میرسد. سپس جواب سی تی اسکن تلفنی به اطلاع جراح عمومی میرسد. {پرفوراسیون روده و هماتوم به ابعاد ۱۱۰*۸۰ در ناحیه RUQ مشهود است}. ساعت ۱۵:۵۰ دقیقه توسط متخصص بیهوشی ویزیت میشود. مددجو کانفیوز و bp:81/40 و تاکی کارد و در سمع ریه رونکای دوطرفه ریه ها مشهود است. طبق دستور و سایل اینتوباسیون و احیا آماده میشود. دستور مشاوره اورژانسی جراحی داده میشود. ای سی یو add میشود. نمونه ABG, CBC اورژانسی ارسال میشود و زرو ۲ واحد پکسل انجام میشود. ساعت ۱۶ مددجو جهت انجام عمل جراحی اورژانسی به اتاق عمل منتقل میگردد. علایم حیاتی موقع پذیرش در اتاق عمل BP:75/40-PR:60-T:36.5-RR:18 ثبت میگردد. ساعت ۱۶:۱۰ دقیقه با تشخیص ترومای شکم تحت بیهوشی عمومی قرار میگردد. وضعیت بیمار در شروع بیهوشی ineffective respiration - cyanosis - تاکی پنه میباشد. با تشخیص ترومای شکم تحت عمل جراحی لاپراتومی و اکسپوز شکم قرار میگردد. پارگی کبد و پارگی سیگموئید کولون و هماتوم دارد. سوند سوپراپوبیک به علت عدم امکان سونداژ توسط جراح عمومی فیکس میگردد. ساعت ۱۹:۳۵ دقیقه عمل جراحی خاتمه میابد. دستور انتقال به بخش ای سی یو داده میشود. ساعت ۲۰:۱۰ دقیقه اینتوبه و تحت اکسیژن تراپی به بخش ای سی یو منتقل میگردد. تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار میگردد. ساعت ۲۰:۳۰ دقیقه برادیکارد و سپس اسیستول میشود. کد ۹۹ اعلام میگردد. در طول CPR یکبار VF دارد که با ۲۰۰ ژول شوک موثر و ریتم قلبی بر میگردد. بعد از ۳۰ دقیقه ساعت ۲۱ احیا موفق انجام میشود. BP 90/60-HR:120- و اینتوبه میباشد. ۹۹/۱۱/۱۵ ساعت ۸:۴۰ دقیقه تحت مانیتورینگ برادیکارد میشود. کد ۹۹ اعلام میگردد. دستورات دارویی (ایبی نفرین و بی کربنات سدیم) و ماساژ قلبی طبق دستور پزشک تیم احیا اجرا میگردد. پس از ۱۵ دقیقه احیا موفق میباشد. ساعت ۹:۳۰ دقیقه برادیکارد



وسپس اسپستول میشود GIB در برگشتی NGT مشهود میباشد. دستورات دارویی ، ماساژ قلبی طبق دستور پزشک تیم احیا انجام میشود. احیا ناموفق میباشد. ساعت ۱۵:۱۰ دقیقه ختم CPR اعلام میگردد. علل احتمالی فوت شوک سپتیک - DIC و شوک هیپو ولمی میباشد.

علل رویداد حادثه

۱. عدم درخواست ویزیت اورژانسی جراحی
۲. عدم انجام به موقع ویزیت و مشاوره ها در بخش
۳. عدم حضور جراح مقیم بر بالین بیمار از ساعت ۰۰:۳۰ تا ۰۸:۰۰ صبح روز بعد، بدنبال بدحال بودن بیمار و علیرغم پیگیری های مکرر پرسنل پرستاری بخش و اعلام تغییرات علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار
۴. وجود دستورات تلفنی متعدد در پرونده بیمار علیرغم مقیم بودن جراحان و...
۵. عدم پاسخگویی پزشک معالج در شیفت های مختلف بدنبال تماس های متعدد پرستاران درخصوص بدحال بودن بیمار
۶. وجود اقدامات تشخیصی غیرموثر در تعیین تکلیف و بهبودی بیمار که به کرات تکرار شده است
۷. انتقال دیر هنگام بیمار به اتاق عمل علیرغم وضعیت بالینی بیمار
۸. عدم حضور رادیولوژیست در مرکز مورخ ۹۹/۱۱/۱۴ و آماده شدن با تاخیر رپورت سی تی اسکن (عدم آمادسازی جواب سی تی اسکن با توجه به درخواست اطلاع اورژانسی جواب از سوی پزشک مشاور و جواب در زمان انتقال بیمار به اتاق عمل و بصورت دست نویس تحویل داده شده
۹. عدم اشاره و درخواست اقدام درمانی باتوجه به CX CT Level- Cervical spine spiral C4-C5 & C6-C7 (عدم انجام مشاوره نروسرجری)
۱۰. عدم اشاره و انجام اقدام درمانی مناسب درخصوص اسیدوز تنفسی بیمار علیرغم داشتن جواب VBG از ابتدا در اورژانس
۱۱. عدم انجام سی تی اسکن با کنتراست از ساعت ۲۰ الی ۰۸:۰۰
۱۲. در گزارش اورژانس قید شده است دیازپام بر بالین بیمار بصورت استندبای وجود دارد در صورتیکه توجیح علمی برای این تجویز وجود ندارد
۱۳. مشخص نبودن انجام سی تی اسکن با کنتراست در پرونده با وجود درخواست جراح در ساعت ۰۸:۰۰ مورخ ۹۹/۱۱/۱۴ طبق زمان انتقال بیمار به رادیولوژی و بازگشت به بخش (حدود ۲۰ دقیقه)، عدم حضور رادیولوژیست در مرکز و عدم وجود گزارش سی تی اسکن با کنتراست، سی تی اسکن صبح نیز بدون کنتراست انجام شده است)
۱۴. عدم اطلاع سوپروایزر شیفت شب به ریاست بیمارستان (مسئول فنی) مبنی بر عدم حضور پزشک بر بالین مددجو با وجود چندین تماس مکرر پرستار مبنی بر بدحال بودن بیمار
۱۵. عدم رعایت تکنیک SBAR-HAND OVER توسط جراحان مقیم بر بالین بیمار در تعویض شیفت
۱۶. عدم انجام اقدام درمانی موثر علیرغم بستری بودن به مدت حداقل ۳۰ ساعت در بیمارستان (قبل از انتقال به اتاق عمل)
۱۷. تاخیر در ویزیت بر بالین متخصص اورولوژی باتوجه به بدحالی بیمار و نیاز به تعبیه کاتتر ادراری (مشخص نبودن آنکال اورولوژی استان و عدم حضور فعال)
۱۸. بستری بیمار در سرویس ارتوپدی (باتوجه به دردشکم و وضعیت بالینی بیمار می بایست در سرویس جراحی بستری میشده است)
۱۹. عدم اشاره به دیورز و سونداژ بیمار در گزارش شیفت صبح اورژانس الی ساعت ۱۶:۰۰ علیرغم داشتن دستور سونداژ توسط جراح در شیفت صبح
۲۰. عدم تطابق شرح حال ثبت شده توسط پزشک اورژانس و پرستار (در یک شرح حال بریدگی پلک راست و در شرح حال دیگر بریدگی پلک چپ بیان شده)
۲۱. اختلاف علائم حیاتی ثبت شده در تریاژ و اورژانس تحت نظر در یک ساعت مشابه
۲۲. عدم آگاهی و عملکرد مناسب پرسنل درخصوص بیمار مولتیپل تروما (بیمار فقط یک آنژیوکت صورتی داشته است، تنها در اورژانس ثبت شده است کولار گردنی فیکس و دربخش اشاره ای نشده است، در اورژانس درخصوص ثابت سازی لگن باتوجه



به شکستگی و... موردی ثبت نشده است) ۲۳. عدم تطابق در معاینه بالینی جراح و پزشک اورژانس (توسط پزشک بیان شده تندرست منتشر شکمی ولی توسط جراح بیان شده شکم نرم و تندر نمی باشد، همچنین از ساعت ۰۰:۳۰ بدنبال بدحالی بیمار و گزارش برجستگی و تندرست شکمی توسط پرسنل بخش، طبق ویزیت ساعت ۰۸:۰۰ جراح اعلام شده است شکم نرم و تندرست ندارد ولی توسط جراح دوم بیان شده است در معاینه تندرست هیپوگاستر دارد) ۲۴. در گزارش شیفت عصر بخش ثبت شده است بیمار stable نبوده ولی در این خصوص هیچگونه اقدامی صورت نگرفته و ثبتی هم در پرونده موجود نمی باشد ۲۵. عدم درخواست کنترل I&O در دستورات پزشک معالج و پزشک مشاور ۲۶. تحت نظر ماندن طولانی بیمار در اورژانس	
تذکر و برخورد با کادر درمانی بدنبال عدم رعایت شرح وظایف قانونی و عدم توجه کافی به وضعیت بالینی بیمار ابلاغ مجدد دستورالعمل مقیمی به جراحان و پزشکان مقیم درخصوص لزوم ویزیت بر بالین بیماران و عدم دادن دستورات تلفنی و نظارت مدیران میانی و سوپروایزران بر این امر (با استفاده از چک لیست مقیمی) و ارائه گزارش در کمیته های مربوطه ضرورت حضور مسئول فنی رادیولوژی در شیفت های کاری و انجام به موقع موارد اورژانسی درخواست شده و ارسال به موقع گزارش رادیولوژی و نظارت مدیران میانی و سوپروایزران بر این امر ((بررسی تعداد رادیولوژیست مرکز باتوجه به حجم/تعداد مراجعه کننده و مشکلات بخش تصویربرداری) ساماندهی برنامه آنکالی پزشکان آموزش اثربخش و ابلاغ مجدد ضرورت تحویل بیماران بر بالین، توسط پزشکان مقیم براساس تکنیک ISBAR و نظارت توسط مدیران میانی بر این امر ضرورت معاینه بالینی دقیق بیماران توسط پزشکان و توجه بالا به گزارشات پاراکلینیکی و رویت کلیشه های سی تی اسکن و گرافی و ... توسط پزشک معالج ابلاغ مجدد ضرورت پیگیری وضعیت بالینی بیمار و انجام اقدام تشخیصی و درمانی موثر توسط سرویس بستری کننده مکاتبه و تاکید با تمامی گروه های تخصصی درخصوص ضرورت پاسخگویی به موقع و در دسترس بودن پزشکان مقیم و معالج در تمامی شیفت های کاری- ارائه گزارش های نظارتی در جلسات تیم مدیریت اجرایی بیمارستان ضرورت انتقال اورژانسی و بدون تاخیر بیماران مولتیپل تروما به اتاق عمل باتوجه به گزارشات پاراکلینیکی و مشاوره های انجام شده ضرورت هماهنگی با ستاد هدایت درخصوص پاسخگویی و ویزیت بر بالین بیماران توسط متخصصین آنکال استانی نظارت بر تعیین تکلیف به موقع بیماران در اورژانس طبق دستورالعمل براساس چک لیست و چک پرونده بیماران و... برنامه ریزی درخصوص انجام سی تی اسکن باکنتراست در تمامی شیفت های کاری و طرح موضوع تامین نیروی انسانی واحد تصویربرداری در کمیته های مرتبط	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

