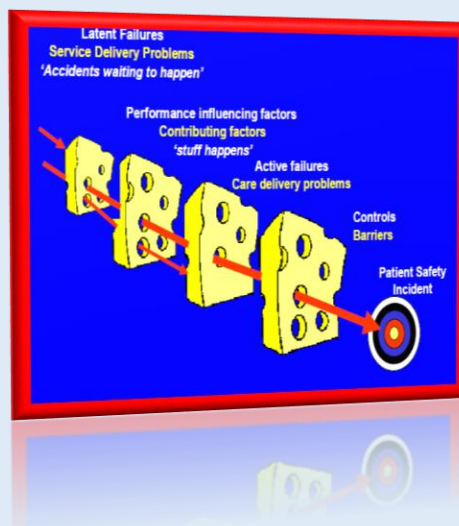




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

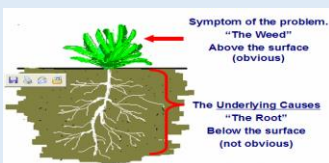
مدیریت نظارت و اعتبار بخشی امور درمان



وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات NEVER EVENTS در درمان بیماران	
1. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	2. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
3. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	4. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
5. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	6. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
7. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	8. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
9. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	10. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
11. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	12. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
13. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	14. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
15. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	16. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
17. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	18. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
19. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	20. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
21. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	22. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
23. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	24. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
25. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	26. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان
27. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان	28. عدم حصول رضایت بیمار یا همراه بیمار از انجام عمل جراحی یا درمان

کتابچه درس های آموخته شده وقایع ناخواسته درمانی

تهیه و تنظیم : واحد رسیدگی به وقایع ناخواسته درمانی - بهار و تابستان ۱۴۰۲



ایمنی بیمار

ایمنی بیمار یک اصل بنیادی کیفیت است که در برنامه های جهانی سلامت مورد توجه ویژه قرار گرفته است. ایمنی بیمار یک ضرورت مهم برای استقرار نظام های سلامت تاب آور است که میتوانند با ارائه خدمات سلامت با کیفیت نیازهای مردم را تأمین کند. 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

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

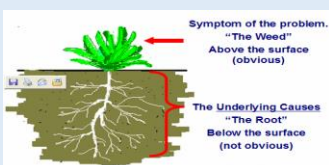
عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	بیمار آقای ۸۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۲ در ساعت ۱۳:۵۱ بدنبال دیسترس تنفسی، تنگی نفس، اپیستاکسی و سابقه بیماری قلبی - ریوی، مشکل بینایی، شنوایی پذیرش شده و در ساعت ۱۴:۳۰ در بخش CCU بستری شده است. بخاطر اپیستاکسی تامپون بینی گذاشته شده و اکسیژن با ماسک دریافت می کرده است. بیمار همراه داشته و طبق گزارش پرستاری آموزش به بیمار و همراه در مورد اطلاع به پرسنل در صورت هرگونه جابجایی داده شده است. در ساعت ۲۱:۰۵ تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ پس از رفتن همراه بدون اطلاع به پرسنل (جهت تعویض همراه) بیمار اقدام به بلند شدن از تخت و کندن سیم و کابل چست لید نموده و در اثر از دست دادن تعادل با پشت و از ناحیه کتف چپ روی زمین افتاده است. بلافاصله پرسنل بر بالین بیمار حاضر شده و با کمک بیمار را روی تخت قرار میدهند. پس از چند دقیقه بیمار دچار آپنه شده که بلافاصله کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام میشود. پس از اینتوباسیون و برگشت بیمار در ساعت ۲۱:۴۵ سی تی اسکن مغزی و مشاوره نروسرجری انجام شده که طبق نظر نروسرجر مشکلی نداشته است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ ساعت ۲۲:۱۵ اینتوبه به بخش ICU منتقل شده است. بیمار بعد از سه روز اکستوبه و به بخش CCU منتقل شده و در نهایت پس از ۱۰ روز بستری در CCU ارست قلبی تنفسی و فوت نموده است.
علل رویداد حادثه	۱. ترک بیمار توسط همراه بدون اطلاع به پرستار ۲. ناکافی بودن آموزش های ارائه شده به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار، بدساید و ... ۳. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه ۴. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت ۵. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۶. عدم اطلاع بیمار به پرسنل جهت خروج از تخت ۷. عدم رویت بیمار بدلیل وجود پره بین تختها توسط پرسنل حاضر در اتاق بیمار (عدم توجه به وضعیت بیماران حین حضور پرسنل در اتاق)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش به بیمار و همراه در خصوص اهمیت استفاده از زنگ احضار پرستار در هنگام خروج از تخت، نحوه استفاده از بدساید و اطلاع در صورت ترک بیمار ➤ 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 ➤ 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



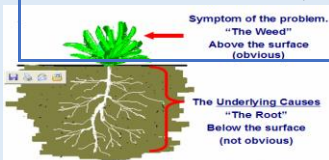
	➤ کنترل اثر بخش بودن آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان ➤ اثر بخش کردن آموزشهای داده شده و تاکید بر اهمیت این آموزشها در جهت حفظ ایمنی بیمار ➤ تاکید بر استفاده از زنگ احضار پرستار توسط بیماران در آموزشهای داده شده بخصوص در هنگام جابجایی و پایین آمدن از تخت و بسته بودن بد ساید تخت ➤ بررسی دقیق وضعیت بیماران بخصوص بیماران بیقرار یا بیمارانی که که تحت بیهوشی -بیحسی قرار گرفته اند و یا داروهای کاهش دهنده سطح هوشیاری ومخدر یا خواب آور دریافت کرده اند (رعایت تکنیک SBAR) ➤ در دسترس قرار دادن وسیله های مورد نیاز بیماران از جمله لوله ادرار ➤ در دسترس قرار دادن مواد غذایی بیماران از جمله شیر -سینی غذا -...توسط پرسنل واحد تغذیه در راستای مدیریت پیشگیرانه خطر ➤ تاکید به همراهان جهت تعویض همراه بر بالین بیمار و انتقال آموزشهای داده شده به همراه جدید در مورد نحوه اطلاع جابجایی بیمار به پرسنل ➤ تدوین پروتکل داخلی درخصوص جابجایی همراهان بر بالین بیمار با نظارت پرسنل نگهداری
عنوان	مرگ در حین عمل جراحی CD گذاری مهره های کمری
شرح حادثه	مددجو خانمی ۵۹ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ ساعت ۱۲:۴۱ به صورت الکتیو به دستور پزشک معالج جهت فیکساسیون ستون فقرات در بخش جراحی اعصاب بستری گردیده است. طبق اظهارات مددجو، دو ماه قبل از مراجعه به دنبال سقوط همتراز دچار کمردرد و گاهی گزگز و بی حسی ران چپ شده است. بیمار سابقه عمل جراحی CD گذاری مهره کمری را ۸ سال قبل و جراحی هیستریکتومی را هم در ۶ ماه قبل ذکر نموده است. مشاوره بیهوشی و مشاوره قلب شده است که، رزرو ۲ واحد پکسل ایزوگروپ درخواست و بیان شده در صورت OK بودن موارد مذکور، بیهوشی جهت جراحی بیمار بلامانع است. متخصص قلب هم در مشاوره فرمودند با توجه به تاکی کاردی سینوسی لطفا ارزیابی از جهت آنمی، عفونت و پرکاری تیروئید داشته باشند و در صورت پایداری تاکی کاردی و برطرف شدن علت آن با ریسک متوسط، جراحی بیمار بلامانع است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۵ ساعت ۸:۳۰ صبح بیمار از بخش به اتاق عمل منتقل گردیده است. در حین عمل دو واحد پکسل دریافت نموده است. ساعت ۱۷:۰۰ بیمار برادی کارد شده HR=50 که آتروپین تزریق شده است. بیمار افت فشارخون داشته که در ساعت ۱۷:۱۰ عملیات CPR شروع شده و تا ساعت ۱۷:۳۰ ادامه داشته است، ریتم قلبی بیمار سینوسی شده که در پوزیشن لترال قرار گرفته و سچور پوست انجام شده است. ساعت ۱۸:۳۰ مجدد بیمار CPR شده و ساعت ۱۹:۱۵ فوت بیمار اعلام گردیده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم مدیریت زمان ماندگاری بیمار، قبل از شروع عمل جراحی ۲. عدم آماده سازی وسایل و داروهای بیهوشی با توجه به انتخاب نوع بیهوشی توسط تکنسین بیهوشی زیر نظر پزشک بیهوشی و ارزیابی بیمار از نظر بیهوشی قبل از عمل ۳. عدم رعایت چک لیست بیهوشی و جراحی ایمن بیمار در اتاق عمل (قبل، حین، بعد از عمل) در تمام طول مدت عمل جراحی توسط کلیه کادر درمان ۴. عدم حضور متخصص بیهوشی در حین استفاده از داروها، تاثیر و یا عدم تاثیر داروها ۵. عدم شرکت در کلاس های آموزشی ۶. عدم ارتباط موثر پزشک معالج با پزشک قلبی بیمار و متخصص بیهوشی ۷. عدم گزارش فوری وقایع ناخواسته طبق شیوه نامه ابلاغی
	➤ مدیریت زمان ماندگاری بیمار، قبل از شروع عمل مدیریت ➤ آماده سازی وسایل و داروهای بیهوشی با توجه به انتخاب نوع بیهوشی توسط تکنسین بیهوشی زیر نظر پزشک بیهوشی و ارزیابی صحیح و دقیق بیمار از نظر بیهوشی قبل از عمل ➤ 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) ➤ استفاده از داروها، تاثیر و یا عدم تاثیر داروها بلافاصله بعد از تزریق، کنترل، ثبت در پرونده



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ حضور مستمر متخصص بیهوشی به صورت مستمر بر بالین بیمار و پایش دقیق و ثبت وضعیت همودینامیک ، علائم حیاتی ، OUT PUT و در پرونده ➤ لزوم تعامل بیشتر متخصص بیهوشی و پزشک جراح با یکدیگر ➤ انجام اعمال جراحی (تمام مراحل) در عمل های سنگین توسط اتند مربوطه و عدم واگذاری اقدامات به رزیدنت ➤ در صورتی که بیمار قبلا توسط جراح دیگر عمل شده است ، پزشک جدید با پزشک قبلی مشورت نماید. ➤ پیشنهاد مشورت با جراحان هم رشته در عمل های سنگین ➤ نظارت بر عدم دستکاری در پرونده بیماران توسط مسئولین شیفت، سرپرستاران و... (هرگونه دستکاری پرونده اعم از تاریخ، ساعت ، برگه های دستورات ، مشاوره ها ، سیر بیماری و ممنوع می باشد و پیگرد قانونی دارد) ➤ اعلام صحیح و دقیق ساعت شروع و اتمام عمل جراحی ➤ برگزاری کلاس های آموزشی اثربخش ارزیابی ریسک در بیماران در معرض خطر، آشنایی با استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی و شیوه نامه اجرایی واکنش سریع وقایع ناخواسته جهت کادر درمان ➤ تمامی خطاها علی الخصوص کدهای وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران به صورت فوری طبق دستورالعمل و فلوچارت مربوطه گزارش، فرم وقایع ناخواسته تکمیل و ارسال گردد. (در شیفت صبح به واحد ایمنی و در شیفت عصر و شب و ایام تعطیل به سوپروایزر وقت اعلام و فرم مربوطه ارسال گردد)
عنوان	سقوط از تخت
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۱ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۱۴ ساعت ۲:۳۰ صبح با تشخیص IVH (کانتیوژن های متعدد و پراکنده) و مولتیپل تروما به دنبال تصادف با GCS=6 و با پذیرش جراح عمومی و جراح مغز و اعصاب از مرکز دیگر به اورژانس بیمارستان به صورت اینتوبه با آمبولانس اعزام شده است. بیمار از ابتدای ورود بسیار آژितه و بیقرار بوده که بلافاصله به اتاق CPR منتقل و تحت مانیتورینگ مداوم و دارو و سرم تراپی قرار گرفته است. علائم حیاتی اولیه بیمار BP=92/48 و PR=110. بدساید بیمار بالا بوده، پرستار و همراه بیمار کنار تخت بیمار بوده اند. در ساعت ۴:۰۰ صبح به دستور رزیدنت جراح عمومی، بیمار نیاز به تعبیه ورید مرکزی داشته که در همین حین با وجود بالا بودن بدساید تخت، بیمار از تخت سقوط نموده است. بلافاصله بیمار با احتیاط برروی تخت برگردانده شده و در ارزیابی اولیه، بیمار اکستوپ نشده، جراحات و پارگی هم در اثر سقوط به وجود نیامده است. طب اورژانس مجدد بیمار را ویزیت نموده و سی تی اسکن مجدد از سر و گردن و ریه بیمار انجام و به رویت رسیده که تغییری نداشته است. بیمار در ساعت ۵:۱۵ صبح به بخش ویژه تروما منتقل و در همان تاریخ بیمار تحت چست تیوپ گذاری ریه قرار گرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۲ بیمار با GCS=13 و دستور پزشک معالج و بیهوشی به بخش جراحی منتقل و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۳ تحت جراحی فک و صورت قرار گرفته است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار ۲. عدم حضور مستمر پرستاران بر بالین بیماران و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ۳. عدم مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران بیقرار و آژیته ۴. عدم توجه به دلایل بیقراری بیمار و انجام اقدام درمانی صحیح درخصوص رفع بیقراری بیمار ۵. عدم دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک معالج در بیماران بیقرار ۶. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به همراه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش در خصوص ریسک خطر سقوط ➤ ارزیابی صحیح ریسک سقوط در بیماران آسیب پذیر و پر خطر ➤ ارزیابی مستمر، مراقبت و درمان بیماران آسیب پذیر و پر خطر و بیقرار ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ➤ مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیماران با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن



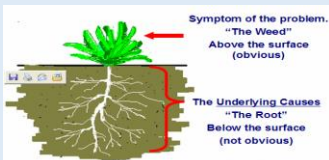
عنوان	در رفتگی فک بدنبال انتوباسیون حین جراحی
شرح حادثه	مددجو خانمی ۴۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۹ با تشخیص کرانیوپلاستی در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری و در شبیفت عصر تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۱ به بخش ICU جراحی مغز و اعصاب منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۲ ساعت ۱۲:۴۵ با برانکارد اکسیژن دار و GCS=12 به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت ۱۸:۱۰ پس از عمل جراحی کرانیوپلاستی از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ پرستار ICU با توجه به کاهش تورم صورت متوجه دفورمیتی شدن صورت و فک شده است. به پزشک معالج اطلاع داده و توسط فلوشیپ مراقبت های ویژه ویزیت و درخواست مشاوره فک و صورت گردیده است. متخصص فک و صورت درخواست CT Scan صورت داده اند که انجام شده و به رویت ایشان رسیده و تشخیص در رفتگی فک و صورت داده اند. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ ساعت ۸:۴۵ فک بیمار جا اندازی شده است.
علل رویداد حادثه	۱. اداره همزمان بیش از ۲ اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی ۲. عدم بررسی وضعیت ظاهری بیمار بعد از عمل جراحی توسط پزشک متخصص بیهوشی و پرسنل اتاق عمل ۳. عدم تحویل و تحول صحیح بیمار بین پرسنل اتاق عمل و ریکاوری ۴. عدم چک و گزارش صحیح وضعیت بالینی بیمار در هنگام تحویل بیمار به پرستار و ثبت در پرونده ۵. شلوغی و ازدحام بیماران در اتاق عمل ۶. عدم تناسب تعداد اتاق های جراحی با متخصصین بیهوشی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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) ➤ ثبت دقیق وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از عمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی الزام تحویل و تحول بالینی صحیح بیمار و ثبت گزارشات و مستندات پرونده مطابق مشاهدات بالینی ➤ چک دقیق پانسمان، درن ها، سوند و وضعیت ظاهری بیمار در هنگام تحویل و تحول بیمار و ارائه گزارش صحیح به پرسنل بعدی ➤ نظارت سوپروایزران بالینی و مسئولین بخش ها بر روند تحویل و تحول بیماران بین پرسنل مطابق ISBAR ➤ 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) ➤ 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)
عنوان	سقوط بیمار به دنبال رفتن به سرویس بهداشتی به دنبال سرگیجه
شرح حادثه	مددجو آقای ۵۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ با تشخیص شکستگی پروگزیمال هموروس چپ بستری شده است. بیمار سابقه مصرف و اعتیاد به دخانیات داشته و همچنین HIV و HBS بوده است. در همان تاریخ ساعت ۲۴:۰۰ بیمار تحت عمل آتل گیری Uslap دست چپ قرار گرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۹ ساعت ۶:۳۰ صبح علیرغم آموزش های داده شده به بیمار و بالا بودن بدساید تخت، از فاصله بین بدساید و پایین تخت جهت رفتن به سرویس بهداشتی از تخت پایین آمده که دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. بلافاصله بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط به تخت برگردانده شده است. در ارزیابی از بیمار، پشت سر بیمار زخم شده که محل آسیب دیده پانسمان شده است. موضوع به اطلاع رزیدنت جراحی رسیده ، که پس از ویزیت و معاینه توسط ایشان فرمودند در حال حاضر نیاز به اقدام خاصی ندارد و تحت نظر باشد. همچنین در شیفت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۹ پس از ویزیت و معاینه مددجو توسط پزشک معالج ، فرمودند نیاز به اقدام خاصی ندارد و با دستور دارویی، پانسمان و مراجعه به درمانگاه مرخص می باشد.
	۱. عدم ارائه مراقبتها به شیوه ی ایمن و متناسب بیماران پرخطر و آسیب پذیر با توجه به شرایط آنها ۲. عدم حضور فعال کادر درمان بر بالین بیماران



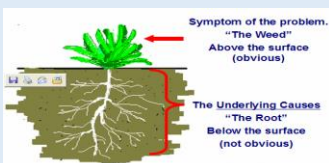
علل رویداد حادثه	۳. عدم ارائه آموزش های اثربخش بدو ورود، حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ۴. عدم برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی موثر با بیمار حین ارائه خدمت ۵. عدم اقدامات لازم پس از قرارگیری بیمار در محدوده خطر ۶. عدم آموزش کافی به بیماران در مورد مراقبتهای پس از عمل (رژیم غذایی، نوع فعالیت، مراقبت از زخم، اتصالات و ...) ۷. عدم وجود زنگ احضار پرستار در بخش ۸. نامناسب بودن ساختار ایستگاه پرستاری بخش ۹. عدم رعایت طرح انطباق در بخش ارتوپدی زنان (وجود بیماران آقا در بخش به علت کمبود تخت آقایان در مرکز)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 ➤ تعبیه زنگ اظهار پرستار جهت تمام تخته های بیمارستان ➤ تهیه کمر بند محافظ بدساید و لبه پایینی تخت ➤ برگزاری کلاس آموزشی شرایط تهدید کننده ایمنی جهت کارکنان پرستاری با تمرکز بر سقوط ➤ 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 ➤ 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 دستبند های شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتبار بخشی و...) ➤ در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ شناسایی و 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 ➤ آموزش موثر بیماران در مورد مراقبتهای پس از عمل (رژیم غذایی، نوع فعالیت، مراقبت از زخم، اتصالات و ...)
عنوان	موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهارچوب اخلاق پزشکی
شرح حادثه	مددجو خانم فخری تاج بنی اسدی ۶۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ ساعت ۲۳:۵۱ با تشخیص شکستگی هموروس و مائلول پای چپ در اثر سقوط از پله به اورژانس مراجعه نموده و در بخش جراحی زنان و سرویس ارتوپدی بستری گردیده است. بیمار سابقه کم خونی مزمن، فشارخون بالا و دیابت داشته و دارو مصرف می نموده است (گلی بن کلامید و لوزارتان). در اورژانس بیمار پس از ویزیت توسط طب اورژانس، توسط رزیدنت جراحی مشاوره شده و طبق دستور ایشان آزمایشات درخواستی ارسال شده است، توصیه به مشاوره داخلی با توجه به سابقه زمینه ای بیمار شده و اینکه در صورت صلاحدید متخصص داخلی، پکسل تزریق گردد و در غیر اینصورت درمان دارویی کم خونی پس از عمل جراحی صورت پذیرد، توصیه به مشاوره قلب با توجه به RF های متعدد بیمار شده، رزرو دو واحد پکسل، سونوگرافی شکم و لگن و در صورت ناپایداری همودینامیک به سرویس جراحی اطلاع داده شود. مشاوره داخلی انجام و دستورات دارویی داده شده و اجازه تزریق یک واحد پکسل و چک مجدد CBC ۶ ساعت پس از اتمام تزریق، داده شده است. در ابتدای شیفت شب، خون بیمار وصل بوده ولی به علت اینکه آنژیوکت آبی بوده و رگ خوب نداشته است، به رزیدنت جراحی اطلاع که فرمودند بیمار نیاز به تعبیه CVP line دارد که به اطلاع پزشک معالج رسید و ایشان OK دادند. در ساعت ۲۰:۴۵ بیمار استفراغ کافه گراند داشته که تلفنی به پزشک معالج اطلاع شده و به دستور ایشان مجدد مشاوره جراحی گردد که پس از اطلاع به رزیدنت جراحی فرمودند بیمار به صورت اورژانسی جهت تعبیه CVP line به اتاق عمل منتقل گردد. در ساعت ۲۱:۰۰ بیمار به صورت اورژانسی جهت CVP line گذاری به اتاق عمل منتقل شده است (زمان شروع در ساعت ۲۱:۱۵ بوده که پس از بیهوشی عمومی CVP line گذاری انجام شده است). در اتاق عمل NGT توسط جراح گذاشته شده که ترشحات تیره رنگ داشته است. در ساعت ۲۱:۴۰ درخواست پکسل توسط



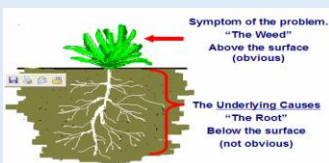
متخصص بیهوشی شده، در ساعت ۲۱:۴۵ BS بیمار چک شده که ۵۰۷ بوده و به دستور بیهوشی ۱۰ واحد انسولین تزریق شده است. در ساعت ۲۲:۰۰ ABG برای بیمار ارسال شده است، درپپ نواری نفین و مایع درمانی با سرم گرم شروع شده است. در ساعت ۲۲:۱۵ بیمار برادی کارد شده، آتروپین تزریق و عملیات CPR انجام گردیده، اینتوبه شده و لوله تراشه بیمار خونریزی داشته است. در ساعت ۲۳:۲۰ ختم CPR اعلام شده است.	
۱. عدم اقدامات درمانی اورژانسی مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس ۲. عدم دستور انتقال بیمار به بخش ویژه ۳. عدم تعبیه خط وریدی مناسب، پیش از انتقال بیمار از اورژانس به بخش و در بخش ۴. عدم مایع درمانی مناسب پیش از انتقال بیمار از اورژانس به بخش و در بخش ۵. عدم اقدامات درمانی اورژانسی مورد نیاز بیمار در بخش (تعبیه سوند معده، سوند ادراری و) ۶. عدم رعایت دستورالعمل ساعات هم پوشانی، SBAR، 5P، Hand off و Hand over در بخش ۷. عدم حضور فعال بر بالین بیمار و آگاهی از وضعیت بالینی بیمار ۸. عدم ارائه مراقبتهای پرستاری به صورت مستمر و بدون وقفه ۹. عدم ارائه مراقبتهای شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران پرخطر و آسیب پذیر ۱۰. عدم مدیریت درد و بیقراری بیمار با شیوه اثربخش و ایمن ۱۱. عدم برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر کادر درمان حین ارائه خدمت با یکدیگر ۱۲. عدم ثبت تمامی اقدامات درمانی در پرونده بیمار ۱۳. عدم حضور اتند جراحی در طول عمل، در اتاق عمل و فعالیت رزیدنت مربوطه زیر نظر ایشان ۱۴. عدم تناسب تعدد بیماران هر پرستار ۱۵. تعدد بیماران ۱۶. تعداد زیاد تخت در هر اتاق بخش ۱۷. دسترسی آزمایشگاه به حذف آزمایشات در سیستم	علل رویداد حادثه
➤ لزوم بستری بیماران بدحال حتما در بخش ویژه ➤ نظارت بر ثبات پرونده بیماران توسط سرپرستاران و پیاده سازی راهکارهای اصلاحی و ارائه گزارش بازخورد ➤ تاکید و آموزش درخصوص اطلاع تمامی مشکلات بیمار به پزشک مربوطه ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ اهمیت ویژه در تعبیه خط وریدی مناسب جهت کلیه بیماران تحت نظر اورژانس ➤ نظارت بر انجام اقدامات پاراکلینیک بیمار در بخش اورژانس توسط سوپروایزران بالینی و قبل از انتقال بیمار به بخش و در صورت نیاز اقدامات درمانی اورژانسی انجام گردد. (گرافی، آزمایشات و ...) ➤ رعایت دستورالعمل ساعات هم پوشانی، SBAR، 5P، Hand off و Hand over ➤ حضور فعال پرستار بر بالین بیمار حضور داشته و اطلاع مستمر از شرایط بیمار ➤ ارائه مراقبتهای پرستاری و پزشکی به صورت مستمر و بدون وقفه ➤ شناسایی صحیح بیماران پرخطر و آسیب پذیر و ارائه مراقبتهای شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ➤ مدیریت درد و بیقراری بیماران با شیوه اثربخش و ایمن ➤ حضور فعال اتند جراحی در تمام طول مدت عمل، در اتاق عمل و فعالیت رزیدنت مربوطه زیر نظر اتند ➤ عدم دسترسی کنسل کردن آزمایشات درخواستی توسط آزمایشگاه ➤ در صورتی که برقراری خط وریدی مناسب برای بیمار امکان پذیر نبود، بلافاصله به سوپروایزر وقت و پزشک معالج جهت تعیین تکلیف اطلاع رسانی شود. ➤ ترانسفوزیون اورژانسی پکسل در بیماران با هموگلوبین ۷ و پایین تر ➤ اطلاع رسانی آزمایشگاه به بخش در صورت ثبت آزمایش در سیستم و عدم وجود نمونه	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



عنوان	سقوط بیمار به دنبال سرگیجه
شرح حادثه	مددجو آقای ۶۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ با شکایت از درد پهلوی و تکرر ادرار با حجم کم مراجعه نموده و در سرویس ارولوژی بستری گردیده است. در شیفت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۴ بیمار تحت عمل جراحی TURP و TURT قرار گرفته و پس از عمل جراحی از اتاق عمل به بخش منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار با دستور پزشک معالج، نسخه دارویی و مراجعه به درمانگاه مرخص شده است. در همان تاریخ ساعت ۱۶:۰۰ پس از تسویه حساب و دریافت کارت ترخیص (قبل از خروج از بخش)، بیمار با کمک همراه به سرویس بهداشتی رفته که دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط بر روی برانکارد خوابانده شده است. در ارزیابی اولیه، بیمار دچار افت فشارخون شده و زخمی بر روی بینی داشته است که IV Line برای بیمار برقرار شده، سرم تریپ شروع شده و اکسیژن برای بیمار گذاشته شده است. وضعیت بیمار به اطلاع طب اورژانس رسیده و توسط ایشان ویزیت شده که درخواست نوار قلب شده و پس از انجام و به رویت رساندن به ایشان نرمال بوده است. وقایع به اطلاع پزشک معالج رسیده و ایشان فرمودند که بیمار دوباره بستری و تا فردا تحت نظر باشد که بیمار مجدد به اورژانس منتقل گردیده، سی تی اسکن از صورت و سر انجام شده و به رویت طب اورژانس رسیده که فرمودند نرمال می باشد و مشاوره مغز و اعصاب و قلب در بخش انجام گردد. زخم بینی در اورژانس شستشو داده شده ولی نیاز به اقدام خاصی نداشته است. در شیفت شب تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار طبق دستور پزشک معالج از اورژانس به بخش منتقل و بستری شده است. در حال حاضر بیمار با حال عمومی خوب تحت نظر می باشد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم نقل و انتقال ایمن بیمار ترخیصی ۲. عدم آگاهی کافی پرسنل بخش از لزوم و اهمیت ارزیابی ریسک سقوط ۳. عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار ۴. عدم آموزش کافی و اثربخش در رابطه با سقوط به بیمار و همراه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید و نظارت بر انجام ترخیص بیماران به صورت ایمن و بر اساس تکنیک SMART ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری (تمامی بیماران حتی ترخیص نشده) ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس ➤ 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 ➤ مشخص نمودن حدود فعالیت بیمار به صورت دقیق در پرونده
عنوان	سوختگی با کوتر
شرح حادثه	مددجو آقای ۶۲ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ بصورت الکتیو در سرویس جراحی قلب بستری گردیده است. سابقه DM, HTN و مشکل قلبی داشته است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ ساعت ۱۲:۳۰ در اتاق عمل شماره یک تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفته. ساعت ۲۰:۳۰ تحویل بخش ICUOH شده و تمام نواحی بدن از نظر سوختگی کوتر بررسی شده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ پرستار شیفت شب پس از بررسی بیمار از نظر زخم بستر متوجه زخم خطی کبود رنگ ۷ سانتی و زخم تاوولی ۲*۲ در باتکس سمت راست بیمار شدند. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۱ بیمار به بخش CCU2 منتقل گردیده و تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۱ و ۱۴۰۲/۰۲/۱۲ پس از بررسی توسط دو کارشناس زخم تشخیص کوتر سوختگی داده شد. پانسمان و مراقبتهای لازم انجام گردیده است.



علل رویداد حادثه	۱. عدم بررسی دقیق تمام نواحی بیمار از نظر رطوبت ۲. عدم اطمینان کافی از داشتن رطوبت شان های زیر بیمار ۳. عدم کنترل دقیق نواحی بدن از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ۴. عدم استفاده از پانسمان نوین با کیفیت مطابق به وسعت نواحی (باتکس و ساکروم) ۵. عدم اطلاع رسانی کمبود پانسمان نوین مورد نیاز ۶. عدم جایگزینی پانسمان نوین مورد نیاز بیماران کاندید جراحی قلب باز
اقدامات اصلاحی پیشنهادهی	➤ استفاده از پانسمان نوین متناسب با وسعت بدن بیمار (باتکس و ساکروم) جهت کاهش تماس بیمار با تخت عمل ➤ پیگیری و اطلاع رسانی کمبود پانسمان مناسب در داروخانه ➤ عدم جایگزینی پانسمان نوین مورد نیاز بیماران کاندید جراحی قلب باز ➤ آموزش پیشگیری از کوتر سوختگی به کارکنان اتاق عمل ➤ 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...) ➤ استفاده از شان ضد آب یا دروشیت مناسب زیر برزنت (اطمینان از خشک بودن ملحفه ها و دروشیت 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 ➤ 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
عنوان	سقوط
شرح حادثه	بیمار آقای ۶۶ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۷ توسط آمبولانس ۱۱۵ با تشخیص Inferior MI به بیمارستان انتقال داده شده است. سابقه دیابت، فشارخون، چربی خون، مصرف اپیوم داشته است. نوار قلب بیمار حاکی از neglected MI بوده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۸ ساعت ۰۰:۳۵ پرایمری PCI روی LAD انجام و بیمار به بخش CCU2 منتقل گردید. اینترونشنیست دستور مدیرکل سایر موارد استنوزهای عروق کرونر را ثبت نمودند. بدلیل درد قفسه سینه طبق دستور پزشک مرفین چند نوبت تزریق شده است. بیمار CBR و بدلیل فشار خون پائین درپ نوراپی نفرین در جریان بوده است. ساعت ۰۶:۵۵ بدلیل BS:268 توسط پرستار مسئول بیمار ۳ واحد انسولین تزریق شده است. همراه نیز بخش را ترک نموده و بیمار در ساعت ۰۷:۰۰ اقدام به خروج از تخت جهت رفتن به سرویس بهداشتی بدون اطلاع به پرستار نموده و از بالای بدساید با صورت به زمین سقوط کرده، خونریزی از بینی داشته و پلک چشم راست نیز دچار اکیموز و کبودی شده است. مانیتورینگ و کنترل علائم حیاتی انجام و BP:102/80 داشته، به اینترن قلب اطلاع داده و تامپون بینی و کمپرس سرد چشم راست انجام شد. طبق دستور پزشک سی تی اسکن مغز و مشاوره ENT انجام و دستورات اجرا گردیده است (کمپرس سرد ۲۴ ساعت - سپس گرم ۴۸ ساعت و ۷۲ ساعت بعد مشاوره بربالین ENT و تصمیم گیری جهت جراحی ۷ تا ۱۰ روز آتی). مشاوره نروسرجری انجام و از نظر نروسرجر نیاز به اقدام جراحی نمی باشد و ۶ ساعت بعد سی تی اسکن مغز تکرار گردد. ساعت ۱۸:۳۰ Brain CT انجام و از نظر نروسرجر سی تی نرمال می باشد.



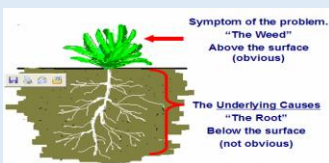
علل رویداد حادثه	۱. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار ۲. عدم کنترل اثربخشی آموزش های داده شده به بیمار ۳. عدم قراردادن وسایل کمک حرکتی و مورد نیاز بیمار در دسترس بیمار جهت استفاده ۴. عدم حضور همراه در کنار بیمار ۵. عدم پایش مستمر بیمار در طول شیفت و انجام صحیح اقدامات مراقبتی باتوجه به پرخطر بودن بیمار ۶. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی مناسب ۷.
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 بیمار در دسترس و آموزش خدمات/کمک پرستاران در این خصوص ➤ ارزیابی مکرر بیمار در طول شیفت (بالاخص بیمار پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیمار، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیمار، ارجاع/اعزام ایمن بیمار و... ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیمار با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیمار، شناسایی صحیح بیمار پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیمار در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ اطمینان از وضعیت قفل بودن تخت بیمار ➤ های لایت کردن احتمال پرخطر بودن سقوط در بیمار مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها
عنوان	ایجاد پنوموتوراکس بدنبال شالدون گذاری
شرح حادثه	بیمار خانم ۵۱ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ با دستور بستری از مطب متخصص نورولوژی با شکایت اختلال تکلم، ضعف عضلات، تنگی نفس به بیمارستان ارجاع شده است. سابقه جراحی توده سینه، پسودوریاژیس، میاستنی گراویس، آدیسون، HTN، حساسیت به پنی سیلین و هیوسین و شیر و ماست و ... داشته است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ درخواست مشاوره بیهوشی در خصوص نیاز به ICU و شالدون گذاری جهت انجام ۹ جلسه پلاسمافرز داده شد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی نیاز به بستری ICU نبوده است و بیمار از تعبیه شالدون امتناع کرده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۳ توسط پزشک معالج ویزیت و درخواست تعبیه شالدون تکرار گردید. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۵ ساعت ۱۳:۰۰ جهت تعبیه شالدون ژیگولار راست تلاش شد موفقیت آمیز نبوده و جهت بیمار شالدون فمورال راست تعبیه شد. بیمار بدنبال تعبیه شالدون از درد پشت (کمر) قسمت پایین سمت راست شاکی بوده و طبق دستور متخصص بیهوشی ۲ عدد قرص استامینوفن و آمپول آپوتل تجویز گردید. بیمار از انجام پلاسمافرز امتناع نمودند. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۶ ساعت ۰۹:۰۰ توسط پزشک معالج ویزیت و درخواست Chest Xray و مشاوره بیهوشی داده شد. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۶ گرافی انجام و توسط متخصص بیهوشی رویت با احتمال هموتوراکس درخواست مشاوره جراحی شد. طبق انجام مشاوره جراحی با بیمارستان دوم Chest CT و گرافی شکم ساعت ۱۵:۰۰ انجام و بیمار ساعت ۱۹:۰۰ جهت تعبیه chest Tube راست به بیمارستان ... ارجاع شده و تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۷ ساعت ۰۱:۰۰ به بیمارستان برگرانده شده است (درناژ ۸۰۰ سی سی). در بررسی Hb: 7.2 داشته یک واحد پکسل ترانسفوزیون شده و Hb ۸.۱ شده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ طبق نظر پزشک معالج تصمیم به دریافت IVIG به جایگزینی پلاسمافرز



گرفته شد. در خواست خروج شالدون فمورال شد و شالدون توسط متخصص بیهوشی خارج گردید. بدلیل تداوم در درناژ از chest Tube، chest CT Scan انجام و طبق هماهنگی حضوری متخصص بیهوشی با جراح بیمارستان دوم، پذیرش در سرویس جراحی گرفته و پس از هماهنگی با پزشک معالج و ترخیص از سرویس نورولوژی ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ ساعت ۱۸:۰۰ به بیمارستان ... اعزام گردید.	
۱. عدم انجام Chest XRay کنترل پس از عدم موفقیت در تعبیه CVLine ژینگولار ۲. عدم بررسی دقیق علت درد و شکایت بیمار توسط پزشک و پرستار ۳. عدم ارزیابی و پایش دقیق علائم حیاتی و همودینامیک بیمار پس از انجام پروسیجر ۴. عدم ثبت و گزارش دقیق کلیه موارد غیر طبیعی در بیماران به پزشک معالج و انجام دهنده پروسیجر ۵. ناکافی بودن توضیح فواید و عوارض شالدون گذاری توسط پزشک متخصص و انجام دهنده پروسیجر هنگام اخذ رضایت آگاهانه ۶. نبود دستورالعمل مراقبتهای پس از شالدون گذاری	علل رویداد حادثه
➤ مانیتورینگ قلبی - ریوی و کنترل علائم حیاتی بیماران هر یک ساعت تا ۴ ساعت اول پس از شالدون گذاری ➤ پایش دقیق همودینامیک بیماران (دیس پنه و تاکیکاردی، کاهش فشار خون و درد و...) و گزارش به پزشک انجام دهنده پروسیجر ➤ ثبت دقیق و گزارش کلیه موارد غیر طبیعی در بیماران به پزشک معالج و انجام دهنده پروسیجر ➤ بررسی دقیق علت درد و شکایت بیمار توسط پزشک و پرستار ➤ ارائه توضیح کافی فواید و عوارض شالدون گذاری توسط پزشک متخصص و انجام دهنده پروسیجر هنگام اخذ رضایت آگاهانه ➤ تعبیه شالدون گذاری بخش های غیر ویژه در اتاق عمل سرپایی اروژانس ➤ انجام Chest X-ray پس از شالدون گذاری ناحیه ساب کلاوین و ژینگولار ➤ هماهنگی با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار برای تعبیه شالدون گذاری در صورت عدم انجام پروسیجر توسط متخصصین بیهوشی ➤ اطلاع رسانی مصوبات مورثالیتی و موربیدیتی به مدیر گروه ها و اطلاع رسانی آشناری به کلیه پزشکان و پرستاران ➤ تدوین و اجرایی دستورالعمل مراقبتهای پس از شالدون گذاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
ترک بدون اطلاع مرکز	عنوان
بیمار آقای ۴۴ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۴ ساعت ۲۱:۲۶ توسط آمبولانس ۱۱۵ بدلیل تشنج به اورژانس بیمارستان انتقال داده شده است و در سرویس نورولوژی در بخش نورولوژی مردان بستری گردیده است. بیمار هوشیار و homeless و بدون همراه بوده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۶ ساعت ۲۲:۳۰ بدون اطلاع به پرستار، پس از تعویض لباس بیمارستان را ترک نموده است. از بیمار شماره تماس و آدرس در پرونده ثبت نشده است. در طول بستری جهت تکمیل مشخصات پرونده پاسخ مناسبی به منشی بخش نداده است. مراتب به حراست و مددکاری اطلاع رسانی شده است.	شرح حادثه
۱. عدم اطلاع رسانی کافی در خصوص استفاده از بیمه سلامت ۲. عدم پیگیری به موقع، تکمیل مشخصات بیمار (تلفن و آدرس و) توسط منشی و مددکاری ۳. عدم حساس سازی در خصوص تکمیل بودن پرونده بیمار توسط سرپرستار/مسئول شیفت ۴. عدم ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار ۵. عدم اطلاع رسانی حضور بیمار با مشکل بیمه ای در بخش به کارکنان حراست ۶. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش ۷. کمبود نظارت واحد نگهداری و پرستاری بر ورود و خروج بیماران	علل رویداد حادثه
➤ نصب پوستر اطلاع رسانی در معرض دید در خصوص استفاده از بیمه سلامت جهت افراد فاقد بیمه در بخشها و پذیرش ➤ راه اندازی سیستم اطلاع رسانی "استفاده از بیمه و..." از طریق پیامک در زمان پذیرش ➤ تدوین و ابلاغ فلوچارت پیگیری پرونده ناقص ➤ پیگیری به موقع، تکمیل مشخصات بیمار (تلفن و آدرس و...) توسط مددکاری و منشی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



➤ اطلاع رسانی پرونده ناقص و بدون بیمه به مسئول شیفت / سرپرستار ➤ حساس سازی در خصوص پرونده ناقص و بدون بیمه توسط سرپرستار / مسئول شیفت و ثبت در کاردکس ➤ ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار توسط پرستار بیمار / مسئول شیفت ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با مشکل بیمه ای / احتمال فرار در بخش به کارکنان حفاظت فیزیکی ➤ بازدید های دوره ای توسط واحد نگهبانی از کلیه بخش ها و کنترل حضور بیماران در بخش ➤ 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 ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی در خصوص مسائل قانونی ترک / فرار بیمار از بیمارستان	
عنوان	
شرح حادثه بیمار خانم ۸۲ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۶ ساعت ۲۳:۰۰ با اختلال تکلم مراجعه نموده است. سابقه فشارخون بالا و نقرس داشته. در سرویس نورولوژی در بخش داخلی زنان بستری گردیده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۷ ساعت ۱۵:۴۵ در بخش MRI، بیمار از روی ویلچر سر خورده و طبق اظهارات بیمار سمت چپ سر به زمین برخورد کرده و بدلیل مساعد بودن حال بیمار Brain MRI انجام شد. بیمار در بخش توسط اینترن ویزیت و به اطلاع متخصص نورولوژی رسیده و از نظر ایشان مشکلی وجود نداشته و تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۸ ساعت ۹:۰۰ Brain CT کنترل انجام و پس از ویزیت توسط پزشک معالج با نسخه دارویی ترخیص گردیده است. تمام نواحی بدن بررسی گردید، اکیموز و کبودی رویت نشد.	
علل رویداد حادثه ۱. طولانی شدن زمان انجام MRI ۲. بسته نبودن کمربند ایمنی ویلچر در زمان انتظار ۳. عدم همراهی کمک پرستار / پرستار بطور مستمر در کنار بیمار ۴. آموزش ناکافی شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی ➤ در الویت قرار دادن بیماران بستری در خصوص انجام امور پاراکلینیک ➤ مدیریت زمان انجام MRI توسط واحد مربوطه ➤ بسته بودن کمربند ایمنی ویلچر بیماران در زمان حمل و نقل ➤ انجام ارزیابی مستمر بیمار مستعد سقوط (حضور مستمر کمک پرستار) ➤ آموزش کافی شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه	
عنوان	
شرح حادثه بیمار ۶۴ ساله مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۳ ساعت ۰۳:۵۵ صبح با شکایت درد قفسه سینه و تنگی نفس بستری موقت و پس از انجام اقدامات اولیه در ساعت ۰۸:۲۲ با تشخیص تنگی نفس و پنومونی بستری دایم شده است. بیمار سابقه دیابت، فشارخون و مصرف لوژارتان، متفورمین، دیابزید دارد. از ۴ روز پیش تعریق سرد، تب و لرز و درد قفسه سینه داشته است. علایم حیاتی در بدو پذیرش: $SpO_2=85$ BP: 113/74 - PR:113 - RR:18 - T:36.5. طبق شرح حال بیمار بقرار است و دیسترس تنفسی دارد. ساعت ۱۰/۱۰ صبح حین جابجایی به آمبولانس برای انتقال به ICU بعلت افتادن نرده برانکارد آمبولانس بر روی دست بیمار حدوداً ۱/۳ ابتدایی بند انگشت چهارم دست راست آمپوته شده که بلافاصله به اورژانس برگردانده و ویزیت پزشک طب اورژانس انجام و پانسمان فشاری مرطوب شده است. در ساعت ۱۰/۲۵ درخواست مشاوره شد. در حین انتقال از اورژانس به آمبولانس پرستار مربوطه بر بالین بیمار حضور نداشته و کمک بهیار و خانواده حضور داشتند.	



علل رویداد حادثه	۱- عدم بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمر بند و بررسی اتصالات ۲- عدم پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی ۳- عدم حضور پرستار مسول بیمار بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسول بخش و عدم نظارت سوپروایزر شیفت اورژانس ۴- عدم اطلاع به پزشک در خصوص مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار بقرار ۵- نبود نیروی کارآمد ویژه بعنوان بیماربر برای نقل و انتقال ایمن بیمار ۶- عدم اثر بخشی آموزشهای ایمنی بیمار به پرسنل
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمر بند و بررسی اتصالات توسط مسول شیفت /پرستار مربوطه و کمک بهیار ➤ پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی توسط تجهیزات پزشکی و ارایه گزارش هفتگی سلامت تجهیزات به مسول ایمنی ➤ حضور پرستار مسئول بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسول بخش و نظارت سوپروایزر ➤ ارائه آموزشهای ایمنی به بیمار به شیوه ای اثربخش و قابل درک و کنترل اثربخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار در هر شیفت ➤ حضور سوپروایزر و مسئول شیفت بر بالین بیماران بلافاصله پس از رخداد ناخواسته و نظارت جدی بر اقدامات و مراقبت های فوری و مناسب پس از رخداد ➤ لزوم اطلاع به پزشک در خصوص بررسی نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار بقرار ➤ آموزش اثربخش و عملیاتی درخصوص انجام مراقبت های درمانی بدنبال آمپوتاسون عضو جهت کلیه کادر پرستاری ➤ آموزش عملیاتی درخصوص جابجایی و نقل و انتقال ایمن بیماران جهت کادر پرستاری، پرسنل کمک پرستاری و بیماربر ➤ آموزش مجدد و مداوم پرسنل توسط سوپروایزر آموزش و مسول ایمنی
عنوان	سقوط از تخت و فوت بیمار
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۳ ساله تحت پوشش مرکز خیریه ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۱۴:۲۵ با تشخیص اولیه تنگی نفس بستری موقت و در ساعت ۲۰:۱۶ به علت تنگی نفس و تشخیص نهایی CLL با ادم جنرالیزه در سرویس آنکولوژی بستری دایم شده است. علایم حیاتی بدو پذیرش: Spo2:78 T:36/5 RR:18 PR:89 BP:160/97. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۲۳ ویزیت داخلی انجام و ICU add و مشاوره بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و به ICU منتقل شده است. در شرح حال اولیه بیمار داروهای مصرفی: کلونازپام /کلروپرومازین/فلوکسیتین/ترازودون / +opium / smoker: + قید که در ویزیت اول هم درخواست شده داروهای بیمار آورده شود که در طول مدت بستری این امر انجام نشده و تلفیق دارویی هم صورت نگرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۲ توسط پزشک معالج قابل انتقال به بخش که بدلیل نداشتن همراه در ICU مانده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ ساعت ۱۲:۰۰ با ویزیت متخصص بیهوشی دستور خروج از ICU و انتقال به بخش با صلاحدید پزشک معالج داده شده ولیکن بعلت نداشتن همراه در ICU مانده است. جواب K:3/3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ ساعت ۲۲:۰۰ طبق گزارش پرستار با رعایت نکات ایمنی با GCS:15/15 به بخش منتقل شد که اشاره ای به داشتن همراه نشده است. در ویزیت ۱۴۰۲/۰۵/۱۶ توسط پزشک معالج دستور همراه از بهزیستی داده شد که در گزارش پرستار شیفت قید شده است بدلیل نداشتن همراه نمونه درخواستی ارسال نشده است ولیکن اشاره ای به احتمال سقوط و آموزش به بیمار در این زمینه نشده است. مجدداً در برگه جواب آزمایش K:3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است. در گزارش پرستاری چندین شیفت اشاره ای به همراه و احتمال سقوط نشده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۷ ساعت ۱۰:۰۰ ویزیت پزشک معالج پیگیری داشتن همراه از بهزیستی ثبت شده که همراه مراجعه ولی ساعت و تاریخ دقیق مراجعه همراه به بخش مشخص نمیشد. در مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ شیفت شب، همراه بیمار بخش را بدون اطلاع پرسنل ترک کرده است که پس از تماس با مسول مرکز عنوان شده که حضور پیدامیکنن که متاسفانه همراه مراجعه نکرده است. بیمار طبق اظهار پرستار شیفت در ساعت ۵/۳۰ صبح در ساعت استراحت پرستار بیمار و حضور پرستار دوم به دنبال خروج از تخت علیرغم بالا بودن



بدساید دچار سقوط از تخت و باصورت به زمین افتاده است که دچار کاهش سطح هوشیاری شده و پس از اطلاع به پزشک ویزیت رزیدنت در ساعت ۰۶/۰۴ صبح انتقال به ICU و اطلاع اورژانسی مقیم بیهوشی صادر شد. علایم حیاتی بیمار با مانیتورینگ ساعت ۰۷/۱۲ انجام و توسط متخصص بیهوشی با لوله تراشه ش ۸ اینتوبه و به ونتیلاتور وصل شده است. در ناحیه بینی کوفتگی و کبودی مشاهده شده. ساعت ۰۸:۳۰ با ونتیلاتور پرتابل برای انجام CT و انتقال به ICU4 منتقل شده است. ویزیت در ICU ساعت ۰۹:۴۰ توسط پزشک معالج انجام و آزمایشات درخواستی ارسال و مشاوره اورژانسی نوروسرجری درخواست شد. پس از هماهنگی با مرکز دوم جهت مشاوره در ساعت ۱۳/۵۰ اعزام شده است. بیمار در مرکز دوم مورد عمل جراحی تخلیه هماتوم قرار گرفته ولیکن پس از یک روز متأسفانه پس از احیا قلبی ریوی فوت شد.

علل رویداد حادثه

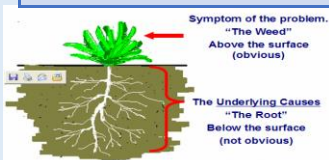
۱. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی، درمانی مناسب با توجه به ریسک ارزیابی شد
۲. عدم مسئولیت پذیری سازمان بهزیستی در ارائه خدمات مراقبتی/حمایتی از بیماران خودشان (پیگیری حضور همراه و ...)
۳. عدم توجه به دلایل بیقراری بیمار و انجام اقدام درمانی صحیح در خصوص رفع بیقراری بیمار
۴. عدم دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک معالج در بیماران بیقرار، افت هوشیاری و دلیریوم
۵. عدم تأکید کادر درمان به همراه بیمار در خصوص ترک نکردن بالین بیمار حتی برای مدت کوتاه و فراخوان همراه بیمار کانفیوز به ایستگاه پرستاری
۶. عدم شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار و امضا دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر
۷. عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار
۸. عدم توجه رزیدنت به بیقراری بیمار و دستور مهار شیمیایی یا فیزیکی
۹. عدم اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار
۱۰. عدم انجام تلفیق دارویی با توجه به مصرف داروهای اعصاب و روان و مخدر توسط بیمار
۱۱. عدم اطلاع رسانی جواب آزمایش K=3 و عدم درخواست مجدد پتاسیم بصورت روزانه توسط پزشک معالج
۱۲. استفاده از همراه بیمار جهت ارسال نمونه به خارج از آزمایشگاه
۱۳. عدم ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش
۱۴. عدم انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار
۱۵. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و موثر

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

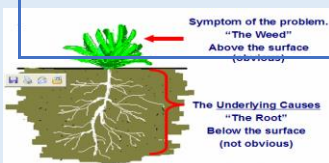
- شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار و امضا دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر
- ضرورت انجام مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیمار با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن در صورت نیاز
- هایلایت کردن احتمال سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها
- ضرورت نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت های بالینی بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری بالاخص در بیماران پرخطر و آسیب پذیر
- ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تأکید 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...) و انجام اقدام مراقبتی مناسب با توجه به ارزیابی انجام شده
- الزام بر رعایت نکات ایمنی و وجود همراه ثابت جهت بیماران در معرض سقوط بر حضور همراه و آموزش موثر همراه
- تنظیم صورتجلسه در صورت عدم حضور همراه توسط حراست با حضور سوپروایزر و مسئول شیفت
- آموزش اثربخش و عملیاتی ثبت و گزارش نویسی بر اساس شرایط موجود بیمار و اقدامات انجام شده و ارزیابی مستمر پس از آموزش



➤ پیگیری جهت آموزش لازم به همراه در خصوص ایمنی بیمار ➤ تذکر در خصوص عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار شب مورخ ۱۴۰۲/۵/۱۸ ➤ نظارت سوپروایزران بالینی و سرپرستاران بر اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار ➤ ابلاغ مجدد و نظارت بر انجام تلفیق دارویی در تمامی بیماران توسط پزشکان مطابق دستورالعمل‌های وزارتی ➤ نظارت معاون درمان/ مسئول فنی مرکز بر ارائه اقدامات تشخیصی و درمانی به موقع برپالین توسط اعضاء هیئت علمی و نحوه بررسی عملکرد رزیدنت‌های مربوطه ➤ نظارت مدیران میانی بر عدم استفاده از همراهان در انجام اقدامات تشخیصی- درمانی و همچنین لزوم قید نحوه انتقال نمونه‌ها به آزمایشگاه مرجع در قرارداد سالیانه و الزام به رعایت کلیه مفاد قرارداد با نظارت مدیران میانی ➤ آموزش و نظارت به کلیه دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها و کادر پرستاری درخصوص اطلاع رسانی مقادیر غیرنرمال نتایج پاراکلینیکی به پزشکان معالج و پیگیری درخصوص انجام اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شرایط بیمار ➤ چک مجدد برگه ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش ➤ پیگیری انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار ➤ تذکر به پرستار مسئول بیمار و پزشک مربوطه درخصوص عدم انجام دقیق و موثر اقدامات تشخیصی و درمانی ➤ تدوین آیین نامه/پروتکل داخلی درخصوص نحوه پذیرش بیماران از سازمان بهزیستی و ... با مشارکت سازمان‌های مربوطه و ابلاغ به کلیه کارکنان بیمارستان ➤ مکاتبه با سازمان بهزیستی درخصوص عدم رعایت الزامات مراقبتی بیمار، درنظر نگرفتن همراه و ملزم به پاسخگویی بودن درخصوص بیمار ➤ 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 آموزش‌های بدو ورود	
عنوان	جاماندن گایدوایر در رگ بیمار پس از شالدون گذاری
شرح حادثه بیمار خانم ۵۶ ساله بکه در تاریخ ۱۴۰۲/۱/۲۱ ساعت ۲۰:۰۰ با علائم تنگی نفس، ضعف و بیحالی به تریاژ مراجعه نموده است. بدو ورود فشار خون 150/86 و $SPO_2=98\%$ داشته است. سابقه مشکلات قلبی، تعویض دریچه و مصرف وارفارین و آسپرین داشته و با سطح ۲ تریاژ در اورژانس بزرگسال بستری می‌شود. ساعت ۲۱:۵۰ توسط پزشک عمومی ویزیت شده و دستور سی تی اسکن ریه و ویزیت عفونی، آزمایشات روتین و اکسیژن تراپی میشود. در آزمایشات $CR=2.89$ و $K>8$ داشت. ساعت ۱:۴۹ ویزیت رزیدنت داخلی شده که دستور: بستری در ICU، مشاوره قلب، مشاوره نفرولوژی، سونوی شکم و لگن و مشاوره بیهوشی داده میشود. مشاوره نفرولوژی تلفنی توسط رزیدنت داخلی انجام و دستور تعبیه شالدون و دیالیز اورژانسی میشود. مشاوره جراحی درخواست و رزیدنت جراحی در بخش اورژانس حاضر و شالدون گذاری انجام میشود. هیچ نتی در پرونده توسط رزیدنت جراحی (برگه مشاوره-شرح عمل-دستورات و ...) گذاشته نمیشود. در گزارش پرستاری نام رزیدنت و توضیحات انجام پروسیجر ثبت نشده است. ۰۲/۱/۲۲ از ساعت ۳ تا ۵ صبح یک نوبت همودیالیز در بخش ICU انجام میشود. ساعت ۷:۱۵ توسط رزیدنت داخلی ویزیت که با توجه به خونریزی فعال از محل شالدون دستور پانسمان فشاری و تزریق ۲ واحد FFP داده شده است. ساعت ۱۱:۱۵ دو واحد FFP تزریق شد و از ساعت ۱۴:۳۰ تا ۱۷ دیالیز نوبت دوم بدون هپارین انجام میشود. شرح عمل و برگه مشاوره جراحی توسط رزیدنت جراحی در ساعت ۱۶:۳۰ در بخش ICU تکمیل که علی رغم وجود شواهد پرونده مبنی بر خونریزی از محل شالدون گذاری و جاماندن گایدوایر در رگ بیمار، نوشته شده بیمار خونریزی و همتوم ندارد و گایدوایر به پرستار تحویل داده شده است. پرستار بخش زیر برگه مشاوره را مهر و امضا می کند با اینکه دستورات اشتباه هستند. بیمار ۰۲/۱/۲۶ به بخش فوق تخصصی زنان منتقل و ۰۲/۱/۲۷ با توصیه به مراجعه سرپایی به کلینیک قلب و نفرولوژی با $Cr=1.34$ مرخص میشود. روز بعد بیمار جهت ویزیت قلب به تهران مراجعه نمود که در بررسی‌ها متوجه وجود گایدوایر در رگ بیمار شده اند و مجدداً بیمار به مرکز اول ارجاع میشود. در تاریخ ۰۲/۱/۲۹ مجدداً در بخش جراحی زنان بستری و بعد از اصلاح INR بیمار به سانتر تخصصی دیگر اعزام و گایدوایر توسط متخصص قلب و اینترونشن خارج میگردد و بیمار در تاریخ ۰۲/۱/ ترخیص میشود.	



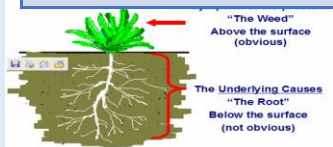
علل رویداد حادثه	۱. عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر ۲. عدم اطلاع جاماندن گایدوایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند مربوطه ۳. عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر توسط پزشک/ رزیدنت ۴. تکمیل فرمها (شرح عمل-مشاوره) روز بعد توسط رزیدنت دیگری و ثبت اطلاعات نادرست (عدم خونریزی-تحویل گایدوایر به پرستار) در پرونده و عدم اطلاع پرستار مربوطه به مسئول شیفت/ سوپروایزر ۵. عدم نظارت رزیدنت سال بالا و اتندها بر انجام پروسیجرها توسط رزیدنت های سال پایین ۶. عدم انجام پروسیجرهای تهاجمی در اتاق عمل ۷. چک راند دستورات نادرست پزشک توسط پرستار و انجام اقدام صحیح ۸. عدم انجام اقدام تشخیصی درمانی مناسب در مرکز اول علی رغم وجود شواهد پرونده مبنی بر خونریزی از محل شالدون گذاری و جاماندن گایدوایر در رگ بیمار توسط پزشک معالج/رزیدنت سال بالا و ترخیص بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 ثبت پرونده جهت تمامی رده های درمانی در آموزش های بدو ورود و پیشنهاد مصوب کردن کسب نمره بالای ۸۵ در آزمون (ثبت پرونده) بدو ورود بعنوان شرط پذیرش و... ➤ آموزش اثربخش و در بالین نحوه صحیح ثبت پرونده، گزارش نویسی و چک صحیح و دقیق دستورات پزشک 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 ➤ انجام شالدون گذاری و ... ترجیحاً در اتاق عمل باتوجه به شرایط بیمار (غیراورژانسی و ...) ➤ تذکر به پرستار مربوطه بابت تایید دستور غیرواقعی پزشک ➤ برگزاری کارگاه های آموزشی دستورالعمل های ایمنی، مسائل قانونی در پزشکی، ثبت پرونده و ... جهت کلیه رزیدنت ها ➤ نظارت بر انجام پروسیجرهای تهاجمی توسط اتندها/رزیدنت ارشد و پیگیری وضعیت بیمار حتماً توسط اتند و رزیدنت ارشد ➤ تذکر به رزیدنت انجام دهنده پروسیجر بابت عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون و عدم اطلاع جاماندن گاید وایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند و عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر و تکمیل فرمها روز بعد توسط رزیدنت دیگری ➤ تذکر به رزیدنت دوم که با وجود اینکه انجام دهنده پروسیجر نبوده است ولی مستندات را در پرونده تکمیل کرده و مهر و امضای خودش را ثبت نموده است ➤ تذکر به رزیدنت ارشد بابت عدم نظارت بر انجام پروسیجر توسط رزیدنت سال پایین
عنوان	سوختگی با کوتر
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۹ ساله در تاریخ ۲۰/۰۳/۱۴۰۲ با تشخیص فیستول آنال بستری گردیده است. در ساعت ۱۷:۴۵ جهت جراحی به اتاق عمل منتقل شده است. پرسنل اتاق عمل پلیت کوتر را روی ران بیمار که شیو نشده قرار میدهند و در حین و انتهای عمل، جراح و پرسنل متوجه قرمزی و سوختگی ناحیه قدام ران راست (محل قرارگیری کوتر) در ابعاد ۳*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 بوده است، هر ۸ ساعت با پماد زینک پانسمان شده و بیمار تاریخ ۲۱/۰۳/۱۴۰۲ با توصیه به مراجعه به درمانگاه و تعویض پانسمان با هماهنگی کارشناس زخم جهت پیگیری زخم بیمار تا بهبودی کامل ترخیص میشود.
	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



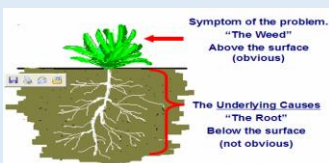
علل رویداد حادثه	۴. عدم دقت و توجه کافی پرسنل در قرار دادن پلیت کوتور در قسمت صحیح (انتخاب صحیح محل گذاشتن پلیت) ۵. عدم دقت در مدت نگه داری و توجهات پوستی در حین اتصال کوتور با پوست ۶. آگاهی و عملکرد ضعیف کارکنان اتاق عمل جهت ارائه مراقبتهای لازم و توجهات حین جراحی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش و تاکید 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 کوتور 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 کوتور ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب
عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	مددجو کودک ۳ ساله در تاریخ ۱۵/۰۱/۱۴۰۲ با تشخیص تب بستری گردیده است. آموزشهای لازم در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار به مادر و تنها نگذاشتن کودک بدون اطلاع به پرستار داده شده است. در تاریخ ۱۷/۰۱/۱۴۰۲ ساعت ۲۲:۳۰ روی اولین پله ی زیر پای تخت جهت بازی و پریدن میروید که سقوط میکند و سر بیمار به زمین اصابت میکند، به دنبال آن کمک بهیار و پرستار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند و کودک مجدداً بر روی تخت منتقل شده و بلافاصله کمپرس یخ روی پیشانی بیمار گذاشته و با پزشک معالج تماس گرفته شده است و برای کودک جراحی پیش نیامده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم تهیه و استفاده از تخت های با ارتفاع کم ۲. عدم توجه به نیازهای کودک و ایجاد محیطی ایمن ۳. عدم تهیه ی وسایل بازی ایمن و مناسب جهت سرگرم نمودن کودک ۴. عدم خارج نمودن تجهیزات و وسایلی که خطر ساز و منجر به آسیب رسیدن به کودک میگردد ۵. ناکافی بودن آموزش به مادر در خصوص مراقبت های لازم و پرهیز از بازی های نا ایمن و خطرناک
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ در صورت امکان جهت بخش های اطفال تخت های با ارتفاع کم تهیه و پله های زیر تخت از بخش حذف گردند ➤ آموزش به مادر بیمار در خصوص سرگرم کردن کودک با کشیدن نقاشی جهت تحویل به بخش و دریافت جایزه از سرپرستار ➤ حداقل امکان تجهیزات و وسایلی که خطر ساز و منجر به آسیب به کودک میگردد از اتاق کودک خارج و در دسترس نباشد. ➤ پایش اثربخشی آموزش های داده شده توسط سرپرستار و سوپروایزر بالینی
عنوان	اقدام به خودکشی بیمار با مسمومیت مولتی Drug
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۵ ساله با شکایت احساس قفل شدن دست و پا و بیحالی به دنبال مصرف قرص B2 ، شیره تریاک، قرص فلوکستین، ۲ عدد کلردیازپوکساید، قرص ایندروال دو ساعت پیش از ورود به بیمارستان، در تاریخ ۱۹/۰۳/۱۴۰۲ در ساعت ۱۹:۰۵ با پای خود و همراهان به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار هوشیار و بیحال بوده است. سابقه جراحی واریکوسل و بیمار اعصاب و روان داشته و قرص B2 و فلوکستین مصرف می کند. در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته. علائم حیاتی اولیه : PR:97 T:36.8 RR: 17 SPO2:96% BP: 124/80 بیمار پس از پذیرش در اورژانس تحت مانیتورینگ قرار گرفته و اقدامات اولیه درمانی شامل : سرم تراپی، دارو درمانی، ارسال آزمایشات، انجام ECG و مشاوره مسمومیت انجام و در سرویس مسمومیت در بخش بستری گردیده است. در ساعت ۲۲:۱۵ به بخش مسمومیت



با ویلچر منتقل میشود. بیمار در حین انتقال بیقرار و پرخاشگر بوده و حضور همراه باعث افزایش پرخاشگری بیمار شده است و به همین دلیل بدون همراه پذیرش میشود. در ساعت ۳:۳۵ برق بخش مسمومیت قطع می گردد و در ساعت ۴:۲۵ با درب کمپوت اقدام به خودزنی در ناحیه ساعد دست راست خود می کند، بلافاصله به پزشک اطلاع داده میشود. بیمار خونریزی فعال نداشته و توسط اینترن سه عدد سوچور زده شده و جهت آرام سازی بیمار آمپول دیازپام تزریق میگردد. با توجه به عدم پاسخ داروی آرام بخش ساعت ۶ صبح مجدد توسط پزشک ویزیت و آمپول هالوپریدول برای بیمار شروع میشود. در ساعت ۹:۳۰ توسط پزشک مسمومیت ویزیت و فرمودند مشاوره روان پزشکی انجام و برای بیمار با توجه به پرخاشگری پرومتازین شروع شود. نبض و حس و حرکت دست راست کنترل و نرمال بوده است. بیمار از سرویس مسمومیت ترخیص و دستور اعزام به بیمارستان روان دارد ولی خانواده نپذیرفتند. بیمار با نامه پذیرش روان و با پای خود و همراهان در ساعت ۱۴:۳۰ بیمارستان را ترک کردند.	
۱. نامناسب بودن ساختار فیزیک بخش و محل قرارگیری ایستگاه پرستاری جهت رویت تمام بیماران ۲. عدم ایزولاسیون بیمار با توجه پرخاشگری و بیقراری یا بستری بیمار در اتاق نزدیک استیشن پرستاری جهت سرکشی مداوم ۳. عدم بررسی محیط اطراف بیمار از نظر وسایل تیز، برنده و فلزی و غیر فلزی نبودن نرس کال ۴. عدم ارزیابی صحیح بیمار و اخذ شرح حال گیری مناسب و طرح ریزی پلن درمانی مناسب ۵. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۶. تعداد کم کمک پرستاران در هر شیفت ۷. عدم سرکشی مستمر به بیمار	علل رویداد حادثه
➤ افزایش توجه به اختلالات روانی و داروهای مصرفی مرتبط توسط بیماران در حین بستری ➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری (مخصوصا در بخش های ویژه) ➤ 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 ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب با توجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ استفاده از مهار فیزیکی یا شیمیایی با دستور پزشک معالج در بیماران بیقرار ➤ 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 ➤ لزوم کنترل مستمر پرستار مسئول بیمار بالاخص در ساعت ۲۲ تا ۶ صبح و هنگام تغییر شیفت و ساعت ملاقات ➤ لزوم تکمیل sade scale در بیماران پرخطر با اختلالات روانپزشکی و ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با ارزیابی انجام شده ➤ تهیه و نصب زنگ احضار پرستار در تمامی بخش های بالینی ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، جمع آوری وسایل، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
خودزنی بیمار با مسمومیت متادون در بخش مسمومیت	عنوان
مددجو خانم ۲۴ ساله با شکایت مسمومیت دارویی با ۴۰ سی سی شربت متادون، ۴ عدد قرص متادون، ۶ عدد قرص ترامادول که در صبح مصرف کرده و مردمک میوتیک، در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۳ ساعت ۰۳:۵۰ با برانکارد آمبولانس ۱۱۵ به بیمارستان و همراه همسایه	شرح حادثه



اعزام شده است. بیمار بی قرار و آگاه به زمان و مکان نبوده است. سابقه بیماری نداشته. در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته. قبل از حضور در بیمارستان به گفته پرسنل ۱۱۵ سه عدد آمپول نالوکسان دریافت کرده است. علائم حیاتی اولیه : BP: 105/65 SPO2:97% RR: 19 T:37 PR:100 بیمار پس از پذیرش در اورژانس تحت مانیتورینگ قرار گرفته و اقدامات اولیه درمانی شامل : اکسیژن تراپی، سرم تراپی، دارو درمانی، ارسال آزمایشات، انجام ECG و مشاوره مسمومیت انجام شده است. پس از اقدامات اولیه جهت ادامه درمان در ساعت ۵:۳۵ به بخش مسمومیت منتقل شده است. در بخش با توجه به شرایط بیمار درپ نالوکسان و اکسیژن دریافت شروع شده. ویزیت پزشک معالج ساعت ۱۰ صبح انجام و با توجه به افکار خودکشی و آسیب به خود درخواست مشاوره روان پزشکی میشود که توسط روان پزشک در ساعت ۱۲ انجام و دستور بستری سرپایی به بیمارستان روان پس از ترخیص داده میشود. با توجه به شرایط بیمار (خواب آلوده و افت سطح اکسیژن خون، جواب آزمایشات مختل و عدم همکاری بیمار در دریافت دارو و کشیدن مکرر سیگار در بخش) بیمار ترخیص نگردیده است. در ساعت ۱۵:۱۵ بیمار به اتاق کثیف بخش رفته و اعلام می کند که می خواهد به خودش آسیب وارد کند که بلافاصله پرسنل متوجه و به تخت باز گردانده میشود. بیکراری بیمار به اطلاع دکتر معالج رسانده شده و دستور مهار فیزیکی داده شده. بیمار درخواست رفتن به سرویس بهداشتی داشته که پس از رفتن به سرویس بهداشتی در ساعت ۱۵:۲۰ درب داخل سرویس را قفل و با تیغ بیستوری برداشته از اتاق کثیف شروع به خودزنی در ناحیه ساعد دست راست خود می کند که با تلاش پرسنل حراست و تالسیسات درب سرویس باز شده و بلافاصله بیمار به تخت منتقل و خونریزی بیمار کنترل میگردد و زخم بیمار توسط پزشک اینترن ۵ عدد سوچور زده می شود و به پزشک معالج اطلاع رسانی می شود. برای بیمار مهار فیزیکی و شیمیایی اجرا می گردد. نبض، حس و حرکت دست راست بیمار چک و نرمال می باشد. خونریزی کنترل میگردد و مجدد توسط روانپزشک صبح روز بعد ویزیت میگردد. دستور اعزام بیمار به سانتر روان جهت ادامه درمان داشته و بیمار از سرویس مسمومیت ترخیص میگردد.	
۱. عدم ایزولاسیون بیمار باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۲. عدم بررسی محیط اطراف بیمار از نظر وسایل تیز، برنده و فلزی و غیر فلزی ۳. عدم انجام صحیح مهار فیزیکی در بیمار و توجه به برطرف نمودن نیازهای بیمار بصورت صحیح باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۴. عدم استفاده از مهار شیمیایی توسط پزشک معالج باتوجه به پر خاشگری و افکار خودکشی (عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب) ۵. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب ۶. عدم آگاهی نیروی طرحی بخش از نحوه برخورد با بیمار اعصاب و روان ۷. نامناسب بودن ساختار فیزیک بخش جهت رویت تمام بیماران ۸. عدم ارزیابی مستمر بیمار با مشکل اعصاب و روان و طرح اقدامات اصلاحی جهت جلوگیری از آسیب به بیمار ۹. عدم وجود بخش پشتیبان روان جهت بستری بیماران اعصاب و روان	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ مجدد نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی به بخش های روان و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ در صورت صلاح دید 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 ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده ➤ ایزوله کردن بیماران با افکار خودکشی و استفاده از مهار شیمیایی و فیزیکی صحیح مطابق دستور پزشک معالج ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ لزوم تکمیل sade scale در بیماران پرخطر با اختلالات روانپزشکی و ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با ارزیابی انجام شده	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



	➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، جمع آوری وسایل، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری ➤ برنامه ریزی جهت آموزش نیرو های طرحی در مورد نحوه برخورد با بیماران اعصاب و روان
عنوان	سقوط و کاهش سطح هوشیاری بیمار
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۲ ساله مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ ساعت ۰۰:۰۲ با همراه با شکایت تشنج به اورژانس مراجعه کرده است، همراه بیمار سابقه بیماری حساسیت دارویی و غذائی ذکر نمیکند، علائم حیاتی: BP: 151/101, SPO2:95%, HR:148, مردمک ها میوتیک است، ساعت ۰۰:۱۵ توسط پزشک عمومی ویزیت و تحت مانیتورینگ قلبی ریوی با ریتم سینوس تاکیکارد قرار گرفته است، لاین وریدی گرفته و آزمایشات درخواستی به آزمایشگاه ارسال شده است، جهت انجام نمونه ادرار در تخت به علت احتمال تشنج به بیمار آموزش داده شد، ولی بیمار توجهی نکرده و با پای خود دو نوبت به سرویس بهداشتی رفته ولی دیورز نداشته است، به بیمار در ارتباط با نالتون گذاری آموزش داده میشود ولی بیمار مقاومت و خودداری نموده، آموزش لزوم CBR بودن به مددجو داده شد ولی مقاومت نمود و گفته در تخت قادر به برقراری دیورز نمی باشد. ساعت ۰۲:۵۴ بیمار جهت گرفتن نمونه ادرار کنار تخت ایستاده، پرده های تخت بیمار توسط کمک پرستار کشیده و بسته شده است و کمک پرستار پشت پرده ایستاده است، بیمار ساعت ۰۲:۵۵ دچار فالینگ و تروما به صورت (بینی و ابروی چپ) شده است، سطح هوشیاری بیمار افت کرده و فوراً بیمار بر روی تخت قرار میگیرد، برادیکارد مییابد، کد ۹۹ اعلام و پس از اینتوباسیون بیمار و ۱۵ دقیقه احیای قلبی ریوی با ریتم سینوس برگشته و سپس جهت انجام Brain Ct به تصویربرداری ارجاع میشود و سی تی اسکن نکته پاتولوژیک نداشته و مشاوره نروسرجری با (آنکال بیمارستان دوم) انجام و بیان شده مشکل اورژانسی ندارد. بیمار دو نوبت تشنج به مدت ۲ ثانیه داشته که با آمپول دیازپام کنترل شده است. جهت مشاوره نرولوژی ساعت ۰۴:۱۵ با (آنکال بیمارستان) چندین نوبت تماس گرفته و پاسخگو نبودند، جواب اسکرین ادراری ترامادول مییابد. با آنکال مسمومیت تماس و پذیرش اخذ شده. ناحیه بالای ابروی بیمار سوچور و در نهایت ساعت ۰۸:۰۹ بیمار اینتوبه با ونتیلاتور و همکاران آمبولانس با GCS:6 به بیمارستان مسمومیت اعزام میشود. پیگیری از بیمارستان اعزامی در طی بستری بیمار انجام و مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ ساعت ۲۱:۰۰ بیمار فوت نموده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه ۲. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت و اطلاع به پرستار مربوطه ۳. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۴. عدم چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران در طی شیفت های بالینی ۵. عدم حضور کمک پرستار کنار بیمار حین جمع آوری نمونه و نظارت پرستار مسئول بیمار بر این امر ۶. عدم شناسایی بیمار آسیب پذیر و پرخطر و مراقبت و درمان با شیوه ایمن ۷. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر ۸. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط ۹. عدم انجام اقدامات مراقبتی و درمانی درخصوص پیشگیری از سقوط بیمار ۱۰. عدم ارزیابی و انجام اقدامات تشخیصی، درمانی مناسب و به موقع جهت کنترل تشنج های بیمار ۱۱. تاخیر در انجام مشاوره نرولوژی بیمار و تصمیم گیری درخصوص داروهای تشنج ۱۲. عدم آموزش اثربخش به بیمار و همراه درخصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، لزوم همراه در کنار بیمار و.
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 دستبند های شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتبار بخشی 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 ➤ اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ...



- 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
- آموزش کافی در مورد علائم هشدار (شروع تشنج) به بیمار و همراه
- 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 با توجه به وضعیت بالینی بیمار با محوریت دستور پزشک معالج
- ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...)
- انجام جمع آوری نمونه های ادراری در تخت با حضور کمک پرستار و نظارت پرستار مسئول بیمار

