راهنمای جامع
استانداردهای اعتبار بخشی
مراکز جراحی محدود و سرپایی

نسخه مورد استناد اعتباربخشی مراکز جراحی محدود
دور اول - تابستان ۱۴۰۱

فهرست

صفحه

الف– مدیریت و رهبری ..... – ۴ –
الف– ۱ رهبری و مدیریت کیفیت ..... - ۴ -
الف–۲ مدیریت منابع انسانی ..... - ۱۴ -
الف– ۳ مدیریت خطر حوادث و بلایا ..... - ۱۹ -
الف– ۴ ساختار فیزیکی و تسهیلات ایمن ..... - ۲۵ -
ب– مراقبتها و مدیریت امور بالینی ..... – ۳۷ –
ب–۱ مراقبتهای عمومی بالینی ..... - ۳۷ -
ب–۲ پیشگیری و مدیریت آسیبهای ناشی از جراحی ..... - ۴۹ -
ب–۳ مراقبت های بیهوشی و جراحی ..... - ۵۶ -
ب–۴ پیشگیری و کنترل عفونت ..... - ۶۰ -
ب–۵ مدیریت خدمات پاراکلینیک و دارویی ..... - ۶۵ -
ج– حمایت از گیرنده خدمت ..... – ۷۳ –
ج–۱ حقوق گیرندگان خدمت ..... - ۷۳ -

راهنمای استفاده از کتاب جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود و سرپایی

راهنمای جامع ا ستانداردهای اعتباربخ شی مراکز جراحی محدود که به منظور شفاف و عینی شدن سنجش ا ستانداردهای مذکور تدوین شده ا ست، پس از اجرای اعتباربخشی آزمایشی ۲۰ مرکز جراحی محدود در سال ۱۳۹۹، و کسب بازخوردها و نظرات محیطی و ستادی؛ با اندکی تغییرات به شرح ذیل برای **اولین دور اعتباربخشی** مراکز جراحی محدود کل کشور قابل استناد خواهد بود:

- در نسخه مورد استناد از راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی مراکز جراحی محدود ، ۳ محور به عنوان مولفه های اصلی، ۳۹ استاندارد کیفی و ۱۴۷ سنجه به تفکیک ۷۶ سنجه سطح یک، ۵۳ سنجه سطح دو و ۱۸ سنجه سطح سه وجود دارد. در ذیل هر استاندارد، سنجه‌های مرتبط در چارچوب جداول یکسان معرفی و ذیل هر سنجه، ملاک های ارزیابی با همراه توضیحات مربوط جهت شفاف سازی بیشتر جهت پیاده سازی و ارزیابی سنجه‌ها ارائه شده است. همچنین سنجه‌ها در سه سطح به شرح ذیل طبقه بندی شده اند:

- **سنجه های سطح یک:** سنجه‌هایی که اهمیت، حساسیت و امکان تحقق آن‌ها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر مرکز جراحی محدود می‌باشند.
- **سنجه های سطح دو:** سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی مراکز جراحی محدود می‌باشند.
- **سنجه های سطح سه:** سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی مراکز جراحی محدود می‌باشند.

الف– مدیریت و رهبری

الف– ۱ رهبری و مدیریت کیفیت

الف۱-۱ مدیران/مسئولان مرکز جراحی در حیطه وظایف شان متعهد و پاسخگو می‌باشند.	سطح
الف۱-۱-۱ مدیران/ موسسان مرکز جراحی در انجام وظایف محوله و رعایت ضوابط و قوانین متعهد و پاسخگو می‌باشند.	سطح یک

- برنامه‌ریزی و سازماندهی مناسب مرکز جهت ارائه خدمات مطلوب و ایمن و جلب رضایت و رعایت حقوق بیماران
- همراهی و هماهنگی کامل مدیران/ موسسان مرکز جراحی با مسئول فنی مرکز جراحی و نظارت بر حسن اجرای استانداردها و رفع نواقص و اشکالات
- کسب اطمینان از رعایت تمامی ضوابط، مقررات، آئین نامه‌ها و دستورالعمل‌ها و تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و قوانین بالادستی کشوری
- نظارت و کنترل دقیق بر مدیریت منابع انسانی و بکارگیری کارکنان دارای صلاحیت و مجاز به اشتغال در مرکز جراحی
- نظارت و کنترل دقیق بر رعایت مفاد آخرین ویرایش آیین نامه مراکز جراحی محدود و سرپایی و فهرست اعمال مجاز و شرایط عمومی بیماران
- نظارت وکنترل مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای در تمام سطوح عملکردی مرکز جراحی در تمام ساعات شبانه روز
- تدوین نمودار سازمانی با روابط و تعیین سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در مرکز و برقراری ارتباط سازمانی بر اساس آن
- تعهد و پاسخگویی مدیران/ موسسان مرکز جراحی در برابر نتایج سازمانی و نیازهای گیرندگان خدمت و ارائه دهندگان خدمت

مفاد آخرین ویرایش آیین نامه مراکز جراحی محدود و سرپایی و فهرست اعمال مجاز و شرایط عمومی بیماران، به عنوان ملحقات لاینفک آن، ملاک اصلی ارزیابی عملکرد قانونی مراکز جراحی است. تعهد و پاسخگویی مدیران/ موسسان مرکز جراحی به معنی رعایت دقیق مقررات و قوانین حاکمیتی نظام سلامت است. ضمن آن که هر یک از مدیران و مسئولان، بایستی با آگاهی از مشکلات و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد مرکز، تلاش نمایند با بیان نظرات و تحلیل‌های خود در جلسات و نشست‌های درون سازمانی، ضمن آن‌که دلایل اتخاذ تصمیمات و امور انجام شده را برای کارکنان واحد/واحدهای زیرمجموعه خود به طور شفاف بیان کنند. همچنین کارکنان را به بیان دلایل کارهای انجام شده و یا وظایف انجام نشده تشویق نمایند. در مرکز جراحی بایستی روحیه قانون مداری و قانون محوری و رعایت دقیق مفاد آیین نامه مربوط حاکم با شد و پا سخگویی کامل و شفاف به ارزیابان وزارت بهدا شت تو سط مدیران/ مو س سان مرکز جراحی ا صل اجتناب ناپذیر سازمانی تعریف شده با شد. ایجاد پا سخگویی از طریق م شخص نمودن مو ضوعات مهم در اجرای وظایف هر یک از افراد و نظارت بر انجام وظایف محوله و نشان دادن عکس‌العمل مناسب در قبال موفقیت‌ها و شکست‌ها از اهم وظایف مدیران و مسئولان مرکز است. خوش‌نامی مرکز جراحی و فعالیت بر اساس ارزش‌ها و سیاست‌های اصلی بایستی برای مدیران/ موسسان مرکز جراحی مهم بوده و با رفتار خود باعث شوند کارکنان اطمینان یابند، مدیران/ موسسان مرکز جراحی به وظایف مدیریتی خود متعهد و پاسخگو هستند.

مسئول فنی یکی از ارکان اصلی مدیریت در مراکز جراحی است. لذا مدیران/ مو سسان مرکز جراحی بایستی ضمن بکارگیری مسئول فنی مجاز از مسیر قانونی مربوط و ایجاد اختیارات و فضای نظارت مستمر وی، همراهی و هماهنگی کامل را با وی داشته باشند. بدیهی است برابر ضوابط در صورتی‌که مسئول فنی تمایل به ادامه همکاری نداشته باشد، بایستی سه ماه قبل مراتب را به صورت مکتوب به موسس و معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده مربوطه اعلام نماید. در ظرف این مدت موسس موظف است نسبت به معرفی مسئول فنی جایگزین اقدام نموده تا پس از تصویب و تأیید صلاحیت وی توسط کمیسیون قانونی، پروانه مسئول فنی جدید صادر گردد. همچنین موسس در صورت عدم حضور و یا تخلف مسئول فنی از وظایف قانونی می‌تواند با ارائه مستندات و مدارک درخواست تغییر مسئول فنی نماید و در صورت احراز تخلف توسط کمیسیون قانونی بایستی فرد واجد شرایط دیگری را معرفی نمایند، تا پس از تائید کمیسیون قانونی پروانه مسئولیت فنی دریافت نماید. نصب فهر ست اعمال جراحی مجاز در مرکز و تعرفه‌های مصوب مراجع قانونی در د سترس و دید مراجعین و نیز نصب ا صل یا تصویر پروانه های قانونی رشته های تخصصی مرکز در دسترس و دید مراجعین با نظارت مدیران/موسسان مرکز الزامی است.

نمودار سازمانی نمایش تصویری از ساختار داخلی سازمان است که ارتباطات ساختاری بین جایگاه‌های مختلف سازمانی و یا مشاغل را بیان می‌کند و نمادی برای نشان دادن مسیرهای گزارش‌گیری و گزارش‌دهی و سلسله مراتب د ستوردهی و د ستورپذیری ا ست. نمودار سازمانی با در نظر گرفتن نقش‌های تعریف شده در مرکز جراحی و نحوه ارتباط آن‌ها از نظر م سئولیت‌های تعیین شده و حدود اختیارات تدوین می شود. نمودار سازمانی صرفا جدول معرفی م سئولان و اع ضای سازمان نیست، بلکه توزیع ساختارمند اختیارات در مرکز را نشان می دهد. لذا انطباق این نمودار با ارتباط کاری واقعی، بین نقش‌های مختلف سازمانی مد نظر است. طراحی نمودار سازمانی بایستی به نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند.

الف ۱-۱-۲ مسئول فنی مرکز جراحی در حیطه وظایف محوله در مرکز جراحی فعالیت نموده و پاسخگو می‌باشد.	سطح یک

- وجود مسئول فنی دارای پروانه معتبر قانونی در مرکز جراحی
- حضور فیزیکی مسئول فنی در تمامی ساعت‌های فعال در مرکز و انجام وظایف محوله برابر ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- آگاهی و اشراف کامل مسئول فنی به وظایف محوله
- نظارت و کنترل دقیق بر رعایت دقیق آیین نامه مراکز جراحی محدود و سرپایی و فهرست اعمال مجاز و شرایط عمومی بیماران و سایر قوانین و مقررات مربوط
- نظارت و کنترل دقیق بر رعایت موازین و اصول ایمنی بیمار و مدیریت خطر و ارائه خدمات مطلوب و ایمن و جلب رضایت و رعایت حقوق بیماران در مرکز جراحی

- مواردی از وظایف مسئول فنی مراکز جراحی محدود و سرپایی

۱. نظارت و کنترل بر رعایت قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و سایر موازین علمی و فنی و شئونات اسلامی و اخلاقی در مرکز
۲. بررسی و تائید صلاحیت کارکنان فنی شاغل در مرکز بر اساس اصول این آئین‌نامه و ضوابط قانونی مربوط

نظارت و کنترل بر تهیه و تنظیم برنامه کاری قسمت‌های مختلف مرکز و انجام خدمات درمانی در ساعت‌های تعیین شده
نظارت و کنترل بر نحوه پذیرش و ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و ابلاغ تذکرات لازم به آنان در جهت اجرای وظایف نظارتی محوله به مسئول فنی
نظارت و کنترل بر رعایت دقیق تعرفه های مجاز طبق ضوابط و تعرفه های مصوب در مرکز جراحی
نظارت و کنترل بر رعایت دقیق شرایط عمومی پذیرش و فهرست اعمال مجاز مطابق ضوابط مربوط در مرکز جراحی
نظارت و کنترل بر مدیریت بیماران بدحال شده به دنبال جراحی و اقدامات درمانی اولیه و اعزام ایمن بیماران جهت استمرار مراقبت به بیمارستان معین طرف قرارداد
نظارت و کنترل بر نحوه تامین، نگهداری و نحوه تامین، انبارش و استفاده از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی در مرکز طبق ضوابط مربوط
نظارت و کنترل بر تهیه و تنظیم و نگهداری پرونده‌های پزشکی کلیه بیماران مراجعه کننده به مرکز و بررسی شرح حال و دستورهای پزشکی مندرج در آن
نظارت و کنترل بر ایمنی مرکز جراحی و ارائه خدمات با رعایت موازین ایمنی بیماران
نظارت و کنترل بر ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و مدیریت صحیح فوریت‌های پزشکی احتمالی در مرکز
نظارت و کنترل بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت
اعلام موارد عدم انطباق و نواقص و ایرادهای فنی به تیم مدیریت/موسسان مرکز جراحی و نظارت بر اجرای اقدامات اصلاحی
ابلاغ تذکرات لازم به پزشکان و پیراپزشکان و سایر کارکنان در جهت اجرای وظایف طبق ضوابط مربوط
گزارش موارد عدم انطباق و نواقص و ایرادهای فنی به دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در مواردی که اقدامات اصلاحی مدیریت/موسسان مرکز جراحی موثر نباشد
ارسال ماهیانه نام، نام خانوادگی و کدملی بیماران، نام جراح و نوع اعمال جراحی انجام شده در مرکز را با ذکر تشخیص و اندیکاسیون به دانشگاه / دانشکده مربوطه
نظارت و کنترل میدانی بر روند ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز که مرکز فعال است و مراقبت از بیماران تداوم دارد.
سایر وظایف محوله بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت

مسئولین فنی نمی‌توانند در زمان تقبل مسئولیت فنی، در محل دیگری شاغل باشند و پروانه همزمان با تصدی مسئولیت فنی برای آنان صادر نخواهد شد. از طرفی مسئول فنی در هر حال نباید بیش از دو نوبت کاری در هر شبانه روز در مرکز شاغل باشد.

در صورتی‌که مسئول فنی نتواند به هر علت در ساعت‌های تعیین شده در مرکز حاضر شود، ضمن هماهنگی با مدیریت بایستی پزشک واجد شرایط دیگری، با تایید موسس حداکثر تا سه ماه و با پر کردن فرم مخصوصی که توسط وزارت ابلاغ شده، می‌تواند وظایف وی را موقتاً انجام دهد و چنانچه مدت معذوریت وی بیش از دو ماه باشد باید توسط موسس، جانشین واجد شرایط دیگری به معاونت سلامت / درمان دانشگاه / دانشکده ذیربط معرفی شده و پروانه مسئولیت فنی اخذ شود. بدیهی است تا زمان تایید صلاحیت مسئول فنی جدید، پزشک معرفی شده جانشین، مسئولیت انجام کلیه وظایف مسئول فنی و پاسخگوئی به مراجع ذیصلاح را به عهده خواهد داشت.

الف ۱-۱-۳ عنوان و مکان استقرار مرکز جراحی مطابق ضوابط مربوط است.	سطح یک

- ساختمان مستقل و استاندارد مرکز جراحی مطابق باضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی
- استفاده از تابلو و عنوان"مرکز جراحی محدود و سرپائی" و نام مصوب و مکتوب در پروانه بهره برداری تاسیس در تابلوها، سرنسخه‌ها و دیگر اسناد مرکز
- دسترسی بدون مانع و تسهیل شده برای افراد کم توان جسمی به تمامی قسمت‌های مرکز جراحی
- وجود حداقل فضاهای مورد نیاز مرکز طبق ضوابط ابلاغی

ساختمان مرکز باید مستقل و مطابق نقشه‌های پیشنهادی بر مبنای متراژ حداقل ۵۰۰ مترمربع در شهرهای با جمعیت بیش از ۱ میلیون نفر و ۴۰۰ مترمربع در سایر شهرها و شهرستان‌ها باشد. در صورتی‌که ساختمان مرکز بیش از یک طبقه باشد باید مجهز به آسانسور بیماربر و پله فرار بوده و موقعیت درب ورودی مرکز جهت انتقال بیمار، تردد آمبولانس و در مواقع اضطراری جهت تردد ماشین‌های آتش نشانی، از طریق یکی از خیابان‌های اصلی یا فرعی تا محل استقرار آسانسور مناسب باشد. اخذ گواهینامه ا ستاندارد/ گواهی ایمنی از اداره کل ا ستاندارد برای تمامی آ سانسورهای فعال مرکز و تعمیر و نگهداری آ سانسورها تو سط شرکت‌های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور منطقه الزامی است.

الف ۱-۱-۴ ☑ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده نظارت مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرنده خدمت، ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در مرکز جراحی است.	سطح یک

- برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در مرکز جراحی با هدایت مدیریت
- طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای توسط پرسنل مرتبط
- دریافت گزارش‌های فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه و پیگیری اجرای آن‌ها
- نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان مرکز جراحی
- تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن
- انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای
- تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در مرکز جراحی
- پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در مرکز
- ارائه گزارش از عدم انطباق‌های به دست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت و انجام اقدام اصلاحی/ پیشگیرانه در موارد عدم انطباق
- نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی مرکز جراحی

رفتار حرفه‌ای و رعایت اخلاق بالینی در سطوح رهبری و مدیریت، گام اول در ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در مرکز جراحی است که با حساسیت بالایی بایستی به آن دقت شود. الگوسازی و معرفی اسوه‌ها و الگوهای اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای به صورت دوره‌ای در ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای کمک‌کننده است.

انواع شیوه‌ها و منابع نظارت

۱. نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت
۲. اخذ گزارش‌های محیطی از صندوق‌های ارتباط مردمی
۳. برنامه‌های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرندگان خدمت
۴. پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق حرفه‌ای

روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در مرکز جراحی بایستی در سه حیطه اخلاق حرفه‌ای در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش شود. شناسایی مبانی اخلاق حرفه‌ای در تمامی گروه‌های شغلی و برنامه‌ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان گام اول در مسیر تحقق این استاندارد است. موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از

۱. مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار
۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی
۳. اجرای دستورالعمل مرکز جراحی در معاینه بیماران غیر هم‌جنس
۴. ارائه آموزش کافی بیمار
۵. عدم بهره‌جویی پزشکان در رابطه با بیمار
۶. برخورد حرفه‌ای با بیمار و همراهان متعارض
۷. عدم تحمیل هزینه بی‌مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار

۸. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار
۹. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و بروز مسائل اخلاقی و قانونی

➢ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از

۱. میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت مرکز جراحی
۲. برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی تیم پزشکی
۳. حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوان‌ها
۴. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران
۵. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوءرفتار جزیی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار
۶. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار.

➢ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از

۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
۲. بهبود در دسترسی به خدمات
۳. ارائه صادقانه گزارش‌ها و گواهی‌های پزشکی
۴. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکه‌های اجتماعی

الف ۱-۱-۵ ☑ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر اهتمام و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی با موازین شرع مقدس در مرکز می‌باشد.	سطح یک

- آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت مرکز جراحی از قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات و شرح وظایف مربوط
- برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای قانون و ایجاد فضای مناسب جهت اجرا
- آگاهی سایر مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق، همراه با شواهد، توسط تیم رهبری و مدیریت
- انطباق عملکرد کلیه مسئولان و کارکنان
- وجود مستندات حاکی از نظارت تیم مدیریت و رهبری بر حسن اجرای قانون
- وجود مستندات نشانگر بررسی وضعیت اجرای قانون در مرکز، گزارش و اقدام اصلاحی

رعایت ا صول مورد احترام جامعه در مراکز جراحی یکی از اجزای مهم رعایت حقوق گیرنده خدمت و حقوق شهروندی، بوده و از آن‌جا که یکی از مطالبات اکثریت مراجعین مراکز فوق، ضمن دریافت بهترین خدمات درمانی، برخورداری از احترام، رعایت حریم و توجه به این اصول است، عدم عنایت به این موضوع غفلت از یکی از وظایف اساسی مدیریت هر مرکز بوده و مانعی بزرگ در مسیر استقرار استانداردهای عالی خدمت می باشد. همچنین مطابق مفاد قانون انطباق امور اداری و فنی مو سسات پز شکی با موازین شرع مقدس، به شماره ۲۵۵۷ مورخ ۱۳۷۷/۸/۲۴ مجلس، و ابلاغی هیات وزیران به شماره ۲۸۶۲۴/ت۲۳۸۸۸ مورخ ۱۳۸۰/۶/۲، کلیه موسساتی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است و به امر بهداشت و درمان می پردازند، موظف به رعایت مقررات این قانون و آیین نامه ابلاغی می‌باشند.

الف ۱-۲ عملکرد تیم مدیریت بیانگر برنامه ریزی و سازماندهی مبتنی بر شواهد است.	سطح
الف ۱-۲-۱ نتایج عملکرد مرکز جراحی به طور مستمر پایش و مدیریت می‌شوند.	سطح دو

- ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمان‌های مشخص
- پایش عملکرد بالینی و غیربالینی بر اساس گزارش‌های به دست آمده
- تفسیر/ تحلیل شاخص‌های مربوط در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای کاربردی بر اساس آن‌ها
- مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پیش تعیین شده/ ابلاغ شده
- تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه‌ها/ سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه‌های بالینی و غیر بالینی

هر یک از مراکز جراحی بایستی به صورت کاملاً بومی با شناسایی گلوگاه‌های مهم و گزارش‌های لازم برای سازمان‌های بالادستی، نسبت به تعریف شاخص‌های بالینی و غیر بالینی موثر بر نتایج مرکز خود اقدام نماید. در همین راستا توصیه موکد توجه به میزان تاثیر این پایش‌ها در بازنگری سیستم مدیریتی و بهبود نتایج مرکز است و اتلاف وقت و هزینه برای پایش‌های متعدد و بدون/کم ثمر توصیه نمی‌شود.

- انواعی از گزارش‌های عملکردی
  ۱. نسبت تعداد پذیرش بیماران بر حسب پزشک/ هر بیماری (سه ماهه)
  ۲. متوسط ساعت اقامت بیمار در مرکز/ هر پزشک/ هر بیماری (ماهانه)
  ۳. نرخ عفونت بدنبال انجام جراحی به تفکیک پزشک/ هر بیماری (سه ماهه)
  ۴. هزینه/درآمد مرکز/ هر تخت جراحی (سه ماهه)
  ۵. نسبت ساعت کار اتاق عمل به کل ساعت کار قابل استفاده اتاق عمل (ماهانه)
  ۶. گردش تخت اتاق عمل (تعداد جراحی انجام شده بر روی هر تخت) هر سرویس تخصصی/ هر پزشک (ماهانه)
  ۷. نرخ اعمال جراحی کنسل شده به تفکیک علل آن (سه ماهه)

مدیریت بر اساس گزارش های به دست آمده بر عملکرد واحدها نظارت نموده و بر اساس نتایج نظارت و مقایسه آن با نتایج از پیش تعیین شده، اقدامات/ برنامه‌ها/ سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای را مشخص می‌نمایند. اطلاعات/داده‌های پردازش شده، محصول فرآیند پردازش داده‌ها/اطلاعات هستند.

- پردازش اطلاعات به قصد رسیدن به یک یا چند مورد هدف انجام می‌شود و شامل مراحل ذیل است:
  ۱. اطمینان از پاک و صحیح و کافی بودن داده‌ها/اطلاعات
  ۲. مرتب سازی داده‌ها/اطلاعات در مجموعه‌های مختلف
  ۳. کاستن از داده‌های جزئی برای رسیدن به نکات اصلی
  ۴. تجمیع و درهم کرد داده‌ها / اطلاعات برای به دست آوردن جنبه‌های جدیدی از وقایع و پدیده‌ها
  ۵. گردآوری، سازمان‌دهی، تحلیل و تفسیر و نمایش داده‌ها/ اطلاعات
  ۶. گزارش‌دهی مناسب داده‌ها/ اطلاعات و طبقه بندی داده‌ها به گروه‌ها و طبقات مختلف

برگزاری جلسات حضوری با مسئولان واحدها، کارکنان و ارباب رجوع و گوش فرا دادن به مشکلات، شکایات و پیشنهادات آن‌ها یکی از راه‌های توصیه شده برای کسب اطلاعات از روند و نتایج کار در مرکز است. همچنین برای تعیین یک سیستم گزارش‌دهی مدیریتی، باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، چه اطلاعاتی را به چه صورت گردآوری نموده و به چه فردی گزارش دهد و چه فردی در کدام بازه زمانی تحلیل این اطلاعات را انجام داده و به مسئول فنی گزارش نماید.

الف ۱-۲-۲ فرآیندهای جاری در مرکز جراحی شناسایی و مدیریت می‌شوند.	سطح سه
❖ شناسایی فرآیندهای جاری و مشخص کردن اجزاء فرآیندها ❖ تعریف شاخص‌های متناسب و معیارها/ حد مورد انتظار برای اندازه‌گیری فرآیندها ❖ اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج ❖ تعیین و اجرای اقدامات مناسب/ اصلاحات فرآیندی ❖ بازنگری و به روزرسانی فرآیندهای جاری	
فرآیند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. فرآیند بایستی شروع و خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی‌ها و خروجی‌ها و تعیین متولی و صاحبان فرآیند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه نماید. فرآیندهای اصلی، منظور آن گروه از فرآیندها هستند که در ارتباط مستقیم با مشتریان تعریف می‌شوند. فرآیندهای سازمانی در سه گروه فرآیندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرآیندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرآیندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد. فرآیندها می‌توانند به صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند. اجزاء فرآیند شامل ورودی‌ها، خروجی‌ها، منابع، متولی فرآیند و صاحبان فرآیند می شوند. برای تحت کنترل قرار دادن فرآیندها لازم است که فرآیندها شناسایی شده، کدگذاری شده و پس از تصویب، در سطح مرکز ابلاغ گردد. فرآیندهای اصلی باید به شکلی تعریف شوند که بتوان نقشه ارتباطی بین آن‌ها (نقشه فرآیندی) را ترسیم و مسیر حرکت مشتری مورد نظر را در بین فرآیندها مشخص نمود. تعامل فرآیندها شامل تاثیرگذاری هر فرآیند بر فرآیندهای مرتبط با آن بر اساس نقشه فرآیندی/ توالی فرآیندی است. ضروری است در هنگام تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری فرآیندها، به کافی و متناسب بودن آن دقت شود به طوری که برای هر یک از گلوگاه‌های فرآیند اصلی، اندازه‌گیری در نظر گرفته شود. شاخص‌ها می‌توانند جنبه‌های مختلفی را پوشش دهند، از جمله می‌توان به زمان ارائه خدمات و یا زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه، سرعت انجام کار، صحت/ دقت انجام کار، رضایت مشتریان اشاره نمود. در شناسنامه شاخص‌های فرآیندی باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، با چه فرمولی و بر اساس چه اطلاعاتی، اندازه‌گیری شاخص‌ها را انجام می‌دهد. فرآیندهای ابلاغ شده باید با روند کاری در واحدهای مرتبط همخوانی داشته و کارکنان از آن آگاهی کامل داشته باشند. این فرآیندها حداقل سالی یک بار مورد بازنگری و در صورت نیاز ویرایش می‌شوند. هر مرکز جراحی تعداد محدودی فرآیند اصلی دارد و متعدد بودن فرآیندهای اصلی یا کوچک بودن دامنه هر فرآیند، باعث گسستگی سیستم مدیریتی در واحدها می شود. لذا توصیه می شود از تعریف فرآیندهای کوچک یا فرعی، بدون در نظر گرفتن توالی آن‌ها و ارتباط فرآیندهای اصلی با مشتریان اصلی خودداری شود.	
الف ۱-۲-۳ عملکرد مدیریت مرکز نشان دهنده استفاده از خرد جمعی و ترویج کارگروهی در مرکز می باشد.	سطح دو
❖ تنظیم جلسات منظم با مدیران، پزشکان، کادر بالین و پرسنل به منظور استفاده از خرد جمعی ❖ تایید کارکنان در زمینه استفاده از خرد جمعی و ترویج کار گروهی در مرکز	
ترویج و توسعه کار گروهی در سطوح مدیریتی و اجرایی و استفاده از خرد جمعی در تصمیم سازی و تصمیم گیری و همچنین هدایت کارکنان به انسجام هرچه بیشتر برای ارائه خدمات سریع و باکیفیت برای ایجاد رضایت در گیرنده خدمت و مراقبت‌های ایمن، به موقع و اثر بخش مهم‌ترین نتیجه خواهد بود.	

الف۱-۳ مرکز جراحی از فرآیند تشکیل و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
الف ۱-۳-۱ سامانه اطلاعات مرکز، امکان پذیرش و بازیابی برای تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک با قابلیت بازیابی در مراجعه‌های بعدی را فراهم می‌نماید.	سطح یک

- ❖ اختصاص شناسه منحصر به فرد قابل بازیابی در کلیه مراجعات بیماران پذیرش شده در مرکز
- ❖ قابلیت ارائه یادآور در مواردی که بیمار مراجعه قبلی داشته در سامانه اطلاعات مرکز جراحی
- ❖ هوشمندی و عدم امکان پذیرش یک بیمار در دو مراجعه با دو شناسه متفاوت در سامانه اطلاعات مرکز جراحی
- ❖ کنترل و اصلاح موارد اختصاص شناسه‌های متعدد به یک بیمار در سامانه اطلاعات مرکز جراحی
- ❖ امکان بازیابی سوابق پرونده‌های پزشکی
- ❖ امکان بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانس در تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل
- ❖ به روز رسانی و نگهداری دائمی محتوایِ ایندکس اصلی بیمار

به منظور استمرار روند درمان بیمار و دسترسی به سوابق مراجعه‌های قبلی، شماره اختصاص یافته به یک بیمار باید منحصر به فرد باشد. به این معنی که تمام پذیرش‌های بیمار در کلینیک‌ها و درمانگاه‌های مختلف با یک شماره منحصر به فرد انجام شود. شماره‌دهی پرونده‌های بستری براساس سیستم شماره‌دهی واحد انجام شود. به این صورت که پذیرش بیمار در مراجعه‌های مختلف بستری با یک شناسه منحصر به فرد و معمولا بین ۶ تا ۸ رقمی صورت پذیرد.

پرونده‌های پزشکی بایستی به آسانی در دسترس و قابل بازیابی باشند. البته شیوه بازیابی بایستی متضمن محرمانگی، حفظ امنیت، تعیین سطوح دسترسی کارکنان به اطلاعات پرونده بیماران، قابلیت ثبت مراجعه هر یک از کارکنان، شناسایی و بررسی مراجعات غیر موجه به پرونده بیماران، سلامت و صیانت از داده‌ها باشد. حداقل اقلام اطلاعاتی محتوای ایندکس اصلی بیمار

۱. نام و نام خانوادگی، کد ملی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه و آدرس محل سکونت بیمار
۲. شناسه الکترونیک بیمار و شماره پرونده
۳. تاریخ مراجعات، تاریخ ترخیص (ها)، بخش‌های بستری بیمار
۴. نام پزشک یا پزشکان معالج و تشخیص نهایی

الف ۱-۳-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم‌های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می‌پذیرد.	سطح دو

- ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری
- ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری

➢ شرح انواع فرم‌های ابلاغی

۱. فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری شامل فرم‌های پذیرش، خلاصه پرونده، شرح حال و معاینات بدنی، سیر بیماری، درخواست مشاوره، مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، گزارش عمل جراحی، مراقبت بعد از عمل جراحی، دستورات پزشک، گزارش پرستار، کنترل علایم حیاتی، نمودار علایم حیاتی، گزارش رادیولوژی، گزارش پاتولوژی، گزارش آزمایشگاه، گزارش الکتروکاردیوگرام، جذب و دفع مایعات است.
۲. فرم‌های ابلاغی در خصوص ارزیابی اولیه پرستاری در بخش شامل فرم‌های ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسال می باشد.

الف ۱-۳-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.	سطح سه

- ❖ وجود فضای کافی جهت نگهداری پرونده‌های بستری در وضعیت جاری و راکد، مطابق با مدت زمان‌های مقرر و متناسب با میزان مراجعه
- ❖ رعایت شرایط محل نگهداری پرونده‌ها مطابق دستورالعمل ساماندهی اسناد وزارت بهداشت

الف ۱-۳-۴ کد گذاری پرونده‌های بالینی بر اساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها و ضوابط مربوط انجام می‌شوند.	سطح دو

- ❖ کد گذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش طبقه بندی‌ها
- ❖ کد گذاری تشخیص نهایی حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیمار

کد گذاری تمامی تشخیص‌ها و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش طبقه بندی‌ها ابلاغی وزارت بهداشت بر اساس نسخه ابلاغی (ICD10-2016) انجام شده و در سامانه اطلاعات مرکز جراحی ثبت می شود. در این خصوص دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت مد نظر قرار گیرد.

الف۱-۴ مستندات پزشکی بیماران مطابق ضوابط مربوط تکمیل، نگهداری و قابل بازیابی است.	سطح
الف ۱-۴-۱ تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی در پرونده پزشکی بیماران ثبت و نگهداری می‌شود و قابلیت دسترسی مجدد و بازیابی به صورت به‌روز دارد.	سطح دو

- ثبت کلیه اقدامات و وضعیت بیمار در پرونده بیمار (اعم از کاغذی یا الکترونیک) توسط کادر بالینی طبق اصول گزارش‌نویسی در اوراق مصوب
- پزشک جراح شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء می‌نماید.
- پزشک بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد از جراحی پایش و در فرم بیهوشی و فرم مراقبت بعد از جراحی ثبت، مهر و امضاء می‌نماید.
- مدیریت مرکز جراحی بر نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی نظارت می‌نماید و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آورد.
- آگاهی کارکنان پرستاری و ثبت اقدامات در پرونده پزشکی مطابق راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی

نگهداری پرونده های پزشکی به صورت دستی یا رایانه‌ای، حداقل به مدت ده سال در مرکز الزامی است.
مدیر مرکز با نظارت بر روند بکارگیری روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در بازه زمانی مشخص عملکرد کارکنان پرستاری را پایش نموده و مداخلات اصلاحی اعمال و نظارت می‌نماید.

الف ۱-۴-۲ مرکزجراحی مجهز به سامانه الکترونیک مدیریت اطلاعات سلامت با پشتیبانی مدارک پزشکی بیماران است.	سطح سه

- امکان بازیابی سوابق پرونده‌های پزشکی و به روز رسانی و نگهداری دائمی محتوای ایندکس اصلی بیمار
- امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی بر اساس نام و نام‌خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کدملی بیمار

پرونده‌های پزشکی به منظور استمرار استفاده از شواهد و مراقبت از بیمار، تحقیق و پژوهش و پاسخگویی به سایر درخواست‌های اطلاعاتی مجاز تدوین می‌شود و بایستی به آسانی در دسترس و قابل بازیابی باشند. البته شیوه بازیابی بایستی متضمن محرمانگی، حفظ امنیت، تعیین سطوح دسترسی کارکنان به اطلاعات پرونده بیماران، قابلیت ثبت مراجعه هر یک از کارکنان، شناسایی و بررسی مراجعات غیر موجه به پرونده بیماران، سلامت و صیانت از داده‌ها باشد. بازیابی صرفاً توسط افراد مجاز و آموزش دیده انجام شود. سوابق بازیابی‌ها توسط هر فرد در سیستم ثبت شده و امکان حذف لاگ فایل مربوطه وجود نداشته باشد.

- حداقل اقلام اطلاعاتی محتوای ایندکس اصلی بیمار

۱. نام و نام‌خانوادگی، کدملی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه و آدرس محل سکونت بیمار
۲. شناسه الکترونیک بیمار و شماره پرونده
۳. تاریخ مراجعات، تاریخ ترخیص (ها)
۴. نام پزشک یا پزشکان معالج و تشخیص نهایی
۵. قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری
۶. قابلیت پشتیبانی سامانه از نسخه اسکن شده انواع اجازه نامه‌ها
۷. سامانه اطلاعات امکان ارائه اطلاعات ارائه دهندگان خدمت را فراهم می‌نماید.
۸. سامانه اطلاعات امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیماران را فراهم می‌نماید.

- حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری

۱. داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک
۲. تاریخ پذیرش، نوع پذیرش، نوع بیمه
۳. تشخیص‌های اولیه و نهایی، کد تشخیص‌ها، اقدامات درمانی، کد اقدامات درمانی
۴. یاداشت‌های پرستاری مانند مستندات مربوط به ارزیابی اولیه بیمار، گزارش/مشاهدات پرستاری، نتایج کنترل علایم حیاتی
۵. درخواست‌ها و گزارش مشاوره‌ها
۶. داده‌های مربوط به اعمال جراحی شامل مراقبت‌های قبل از عمل، گزارش بیهوشی، گزارش عمل جراحی و مراقبت‌های بعد از عمل جراحی
۷. نتایج آزمایشات، گزارش پاتولوژی و گزارش تصویربرداری‌ها
۸. گزارش داروهای مصرفی
۹. گزارش الکتروکاردیوگرام
۱۰. تاریخ ترخیص، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، علت فوت، کد علت فوت، شرح حال پزشکی و نتایج معاینات فیزیکی، یادداشت‌های سیر بیماری، دستورات پزشک
۱۱. داده‌های خلاصه پرونده بیمار شامل شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیک، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص
۱۲. صورت‌حساب بیمار

الف ۱-۵ پذیرش بیماران بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و رعایت موازین ایمنی انجام می‌شود.	سطح
الف ۱-۵-۱ ❋شرایط عمومی بیماران طبق ضوابط مربوط توسط پزشک ارزیابی شده و صرفا بیماران واجد شرایط جهت جراحی به مرکز معرفی می‌شوند.	سطح یک

- ارزیابی اولیه شرایط عمومی توسط جراح سپس معرفی مکتوب بیمار در چارچوب ضوابط به مرکز جراحی
- پذیرش بیماران در چارچوب شرایط عمومی بیماران و ضوابط مربوط
- ارزیابی شرایط عمومی بیمارتوسط متخصص بیهوشی قبل ازورود بیمار به اتاق عمل وتایید/عدم تایید آمادگی بیمار در پرونده بیمار با ثبت مهر، امضا، تاریخ و ساعت
- انجام پروسیجرهای مجاز برای بیماران مجاز توسط پزشکان مجاز طبق دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت

مرکز جراحی محدود و سرپائی به موسسه‌هایی اطلاق می‌گردد که بیمار پس از انجام جراحی، حداکثر در طول چند ساعت و کمتر از ۲۴ ساعت قادر به ترک مرکز باشد. جراحی محدود و سرپائی به آن دسته از اعمال جراحی گفته می شود که بیمار پس از جراحی و اتمام مراقبت‌های بیهوشی با شرایط ایمن بدون نیاز به مراقبت مستقیم پزشکی و پرستاری قابل ترخیص باشد. رشته های تخصصی در هر مرکز شامل رشته‌هائی است که مورد تائید وزارت بوده و در پروانه بهره‌برداری تأسیس مرکز قید می‌گردد.

➢ شرایط عمومی غیر مجاز در پذیرش بیماران در مراکز جراحی محدود و سرپایی

۱. بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه (ICU وCCU و ...) دارند.
۲. بیمارانی که در کلاس ASA غیر از ۱ و ۲ تعریف می‌شوند.
۳. اعمال جراحی که نیاز به تزریق خون دارند.
۴. اعمال جراحی بیش از ۴ ساعت که منجر به اختلال همودینامیک شوند.
۵. شیرخواران Extreme premature با سن کمتر از ۶۰ هفته Post Conceptual که نیاز به انتوباسیون و بیهوشی عمومی دارند.
۶. پذیرش نوزادان و اطفال بدون تجهیزات و کادر فنی و تخصصی مورد نیاز.
۷. بیمارانی که به علت بیماری‌های زمینه‌ای تحت درمان با انواع ضدانعقادهای خونی هستند، به استثنای جراحی‌های اتاق قدامی چشم.
۸. بیماران با سابقه ترومبوآمبولی به استثنای مواردی که بیش از یک سال از وقوع آن گذشته و در زمان پذیرش تحت درمان نیستند.
۹. بیماران با سابقه جراحی قلبی یا سکته قلبی طی ۶ ماه گذشته.
۱۰. بیماران با سابقه سکته مغزی که از ثبات وضعیت بیمار کمتر از ۳۰ روز بگذرد.
۱۱. بیماران دارای سابقه بروز و یا سابقه فامیلی هایپرترمی بدخیم.
۱۲. بیماران تحت درمان با داروهای ضدایمنی و MAO Inhibitors
۱۳. بیماران Multiple Trauma
۱۴. بیمارانی که هوشیاری کامل ندارند.
۱۵. هرگونه پیوند عضو احشائی
۱۶. پذیرش و بستری بیماران جهت اقدامات درمانی غیر جراحی.
۱۷. اعمال جراحی که نیاز به بستری بیمار بیش از ۲۴ ساعت دارد.
۱۸. انجام هرگونه اعمال جراحی خارج از لیست مجاز در مراکز جراحی محدود.

پزشک جراح بایستی از آمادگی بیماران بر اساس شرایط عمومی فوق الذکر اطمینان حاصل نماید و متخصص بیهوشی بایستی قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضمن ارزیابی مجدد شرایط عمومی بیمار، آمادگی برای بیهوشی و جراحی را به صورت مکتوب در پرونده بیمار ثبت، مهر و امضا نماید.

الف ۱-۵-۲* بیماران صرفا در چارچوب فهرست خدمات اعمال مجاز در مراکز جراحی محدود با رعایت قوانین، ضوابط و تسهیلات مربوط پذیرش می‌شوند.	سطح یک

- تعیین فهرست اعمال مجاز در مرکز جراحی با توجه به نوع تخصص و گرایش خدمات در چارچوب فهرست اعمال مجاز طبق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- انجام اعمال جراحی در چارچوب فهرست اعمال مجاز در مراکز جراحی محدود و سرپایی مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت و توسط پزشکان مجاز

متخصصین مرکز مجاز به انجام عمل‌هایی در مرکز می‌باشند که حداکثر توقف بیمار پس از عمل جراحی از ۲۴ ساعت تجاوز ننماید و همچنین بیمارانی در این مراکز باید تحت عمل قرار گیرند که احتمال خطر حین و بعد از عمل بر روی آنان حداقل ممکن باشد. بیمارانی که بدلیل داشتن مشکل در سایر ارگان ها ریسک عمل جراحی در آنان بالا است نباید در این مراکز پذیرفته شوند، بیمار و یا بستگان وی باید توانایی انجام مراقبت های بعد از عمل را داشته باشند و در این موارد توسط جراح و تیم پزشکی معالج توجیه شوند. پذیرش بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های غیرجراحی داشته باشند، ممنوع است. پزشکان شاغل در این مراکز، تنها مجاز به پذیرش و معاینه بیماران ارجاع شده به مرکز جهت عمل جراحی بوده و هرگونه کاربری درمانگاهی/مطب از این مراکز غیرمجاز می‌باشد. بدیهی است تعویض پانسمان بیماران پس از جراحی بدون اخذ وجه اضافی منعی ندارد.

الف ۱-۶ تامین کالا / ملزومات و تجهیزات عمومی بارعایت هزینه اثربخشی، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	**سطح**
الف ۱-۶-۱ تامین کالا / ملزومات و تجهیزات عمومی با رعایت اصول، کیفیت و ایمنی بیمار انجام می‌شود.	سطح دو

- عدم اختلال در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد مرکز جراحی
- عدم تاخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد مرکز جراحی
- عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه‌ها در تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات عمومی

ملزومات و تجهیزات عمومی شامل تمامی اقلام اداری، غذایی، بهداشتی، لوازم و تجهیزات غیر پزشکی است.

الف ۱-۶-۲ تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اثربخشی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح سه

- وجود برنامه خرید کالاها/ ملزومات و تجهیزات مطابق روش‌های معین
- کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع از طریق نظارت و کنترل‌های لازم
- ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات
- اولویت بندی درخواست‌های عادی و فوری با استفاده از روشی معین و شفاف
- شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر
- خرید بر اساس صرفه صلاح مرکز و هزینه اثربخشی
- تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگی‌های کیفی و نقطه سفارش آن‌ها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده
- تهیه و توزیع کالاها/ ملزومات و تجهیزات براساس زمانبندی و یا نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آن‌ها با درخواست با مشارکت درخواست کننده
- کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت‌های میدانی مدیریت
- عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه‌ها در تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات

➢ ابعاد اجرایی استقرار این استاندارد

۱. نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک تک اقلام مشخص شود.
۲. موجودی انبارهای کالا/ملزومات و تجهیزات کنترل و موقع رسیدن به نقطه سفارش موجودی انبارها تکمیل شود.
۳. ذخیره کالا/ ملزومات و تجهیزات منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار باشد (تعیین نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک تک اقلام) تامین شود.
۴. نیروی انسانی ماهر برای نگهداری و تعمیرات فعال برای تاسیسات و نیز برای دستگاه‌ها و تجهیزات غیرپزشکی تامین شود.
۵. دستگاه‌های جایگزین آماده به کار سالم به تعداد کافی و در دسترس باشند.
۶. لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات یدکی آن‌ها به اندازه کافی در انبار باشد.
۷. مدیریت اطلاعات تامین کنندگان برنامه ریزی و انجام شود.
۸. فرآیند خرید از مرحله درخواست تا تحویل تبیین و توسط تمامی صاحبان فرآیند رعایت شود.

الف–۲ مدیریت منابع انسانی

الف ۲-۱ کارکنان مرکز جراحی بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز صلاحیت های لازم جذب و بکارگیری می‌شوند.	سطح
الف ۲-۱-۱ * جذب و بکارگیری پزشکان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، صلاحیت‌های حرفه ای و فنی صورت می‌پذیرد.	سطح یک

- ❖ وجود مجوزهای قانونی لازم برای اشتغال پزشکان سهامدار در این مرکز جراحی
- ❖ وجود مجوزهای قانونی لازم برای اشتغال پزشکان میهمان در این مرکز جراحی
- ❖ وجود قرارداد معین کاری و مستندات و مجوزهای لازم برای اشتغال و همکاری پزشکان در مرکز جراحی
- ❖ بکارگیری پزشکان صرفا بر اساس صلاحیت‌های حرفه‌ای و خدمات مجاز با توجه به گرایش تخصصی
- ❖ حضور و فعالیت حداقل و منطبق بر ضوابط برای پزشکان مجاز در هر نوبت کاری
- ❖ وجود پرونده پرسنلی جهت پزشکان شاغل در مرکز

➢ نکاتی مهم در خصوص بکارگیری جذب و بکارگیری پزشکان

۱. مقررات و مجوزهای قانونی لازم و ضوابط نحوه حضور برای اشتغال پزشکان سهامدار و میهمان در مرکز جراحی.
۲. مرکز بایستی حداقل ۱۰روز قبل از بکارگیری پزشکان، مراتب را با ذکر مشخصات، سوابق و مستندات به دانشگاه علوم پزشکی مربوط جهت بررسی اعلام نماید.
۳. عدم بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد و تمام وقت جغرافیایی.
۴. پزشکان عمومی صرفا می توانند به عنوان مسئول فنی در این مراکز فعالیت نمایند.
۵. شاغلین رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی مرکز موظف به رعایت قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی هستند.
۶. وجود پروانه‌های قانونی معتبر که منوط به رعایت قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی و سایر ضوابط وزارت است.
۷. صلاحیت حرفه‌ای پزشکان با خدمات تخصصی مرکز جراحی انطباق کامل داشته باشد.
۸. رعایت آئین نامه اجرائی قانون اجازه تاسیس مطب در بکارگیری مسئول یا مسئولین فنی و پزشکان مرکز الزامی است.
۹. هرگونه تغیر و جابجائی کارکنان فنی و نیروهای تخصصی مرکز باید با اطلاع معاونت درمان دانشگاه / دانشکده ذیربط صورت گیرد.
۱۰. اشتغال اعضاء هیئت علمی تمام وقت در کلیه ساعات اداری و غیراداری در این مراکز ممنوع می‌باشد.
۱۱. اشتغال اعضاء هیئت علمی در ساعات اداری در این مراکز ممنوع می‌باشد.
۱۲. اشتغال پزشکان شاغل در در ارگان‌های نظامی و انتظامی، دولتی و موسسات وابسته به دولت در ساعات اداری در این مراکز ممنوع می‌باشد.
۱۳. رعایت فعالیت حداکثر دو نوبت کاری برای کلیه پزشکان غیرشاغل در ارگان‌های نظامی و انتظامی، دولتی و موسسات وابسته به دولت الزامی است.
۱۴. پزشکان شاغل در مرکز جراحی مجاز به اشتغال همزمان در سایر مراکز و موسسات پزشکی و حرف وابسته در همان نوبت کاری نیستند.
۱۵. حداقل کادر پزشکی برای یک مرکز جراحی
۱۶. یک نفر متخصص جراحی در هر یک از رشته های جراحی
۱۷. (عمومی، ارولوژی، ارتوپدی، زنان و زایمان، گوش و حلق و بینی، چشم، مغز و اعصاب و سایر رشته های جراحی مورد تائید وزارت طبق ضوابط و نوع فعالیت مرکز).
۱۸. یک نفر متخصص بیهوشی برای هر نوبت کاری.
۱۹. یک نفر به عنوان مسئول فنی برای هر نوبت کاری.
۲۰. یک نفر متخصص داخلی به عنوان مشاور.
۲۱. هر مرکز با توجه به نوع فعالیت، باید از وجود مشاورین تخصصی مربوطه استفاده نماید.
۲۲. یک نفر پزشک مسئول فنی/جانشین مسئول فنی مطابق ضوابط مربوط در هر نوبت کاری.

الف ۲-۱-۲ ❊ جذب و بکارگیری کارکنان پرستاری و اتاق عمل بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، صلاحیت‌های حرفه‌ای و فنی صورت می‌پذیرد.	سطح یک

- ❖ جذب و بکارگیری کارکنان پرستاری و اتاق عمل به تعداد متناسب با فعالیت مرکز و منطبق بر ضوابط مربوط
- ❖ وجود مجوزهای قانونی لازم برای اشتغال پرستاران و کارکنان اتاق عمل در این مرکز جراحی
- ❖ وجود قرارداد معین کاری و مستندات و مجوزهای لازم برای اشتغال و همکاری
- ❖ تعیین حداقل مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری و اتاق عمل و ارزیابی مهارت‌های عمومی بالینی آن‌ها قبل از بکارگیری
- ❖ تعیین معیارهای ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران و کارکنان اتاق عمل و ارزیابی مهارت‌های تخصصی آن‌ها قبل از بکارگیری
- ❖ تعیین حداقل مهارت‌های ارتباطی پرستاران و کارکنان اتاق عمل و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی آن‌ها قبل از بکارگیری
- ❖ عدم بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی
- ❖ ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرف وابسته
- ❖ توزیع و چینش کارکنان گروه پرستاری متناسب با نیاز بیماران و ارائه مستمر مراقبت‌های مستقیم پرستاری پس از جراحی
- ❖ وجود پرونده پرسنلی برای کارکنان پرستاری و اتاق عمل مرکز

➢ حداقل کارکنان

الف- کارکنان بالینی غیر پزشک اتاق عمل به ازای هر تخت فعال جراحی در هر نوبت کاری حداقل بایستی به شرح ذیل تامین و بکارگیری شود:

۱. یک نفر کارشناس/کاردان هوشبری
۲. یک نفر کارشناس پرستاری یا کارشناس/ تکنسین اتاق عمل
۳. یک نفر کارشناس پرستاری یا کارشناس/ تکنسین اتاق عمل به عنوان اسکراب

یهی است به ازای افزایش تخت‌ها از سه تخت به بالا به همین نسبت بایستی نیروی انسانی کادر پرستاری و اتاق عمل افزایش یافته و تامین شود. به عنوان مثال برای یک مرکز جراحی با سه تخت جراحی فعال بایستی حداقل سه نفر کارشناس/کاردان هوشبری، سه نفر کارشناس پرستاری یا کارشناس/ تکنسین اتاق عمل و سه نفر کارشناس پرستاری یا کارشناس/ تکنسین اتاق عمل به عنوان اسکراب در هر نوبت کاری اشتغال داشته باشند. همچنین حداقل یک نفر از کارکنان بالینی غیر پزشک اتاق عمل بایستی کارشناس پرستاری باشد.

ب – کارکنان بالینی غیرپزشک برای مراقبت از بیماران بستری به ازای هر ۳ تخت فعال جراحی در هر نوبت کاری حداقل بایستی به شرح ذیل تامین و بکارگیری شود:

۱. یک نفر پرستار به ازای هر سه تخت فعال جراحی
۲. یک نفر بهیار/کمک بهیار

حداقل مهارت‌های عمومی بالینی شامل توانمندی در انجام مراقبت‌های پایه پرستاری واتاق عمل است. حداقل مهارت و توانمندی‌های تخصصی و تجهیزات مرتبط با فرآیندهای مراقبتی مورد نیاز در بخش‌های جراحی و اتاق عمل است. حداقل مهارت‌های ارتباطی متناسب با نوع بیماران و نیازهای ارتباط موثر تبیین می‌شود.

برای ارزیابی مهارت‌های مورد اشاره مدیر مرکز با مشارکت پرستاران و کارکنان اتاق عمل خبره بر اساس حداقل مهارت‌های لازم چک لیست ارزیابی را تدوین می‌نماید. کار شناس خبره هر بخش با معیارهای تعیین شده صلاحیت کارکنان پر ستاری را ارزیابی می‌نماید. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز لازم ا ست ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموز شی مرتبط با هماهنگی مدیریت تنظیم و اجرا شود و صرفا پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل محدودیت بکارگیری رفع شود. بدیهی است در صورت عدم انطباق محرز نبایستی اینگونه کارکنان جذب و بکارگیری شوند.

الف-۲-۱-۳ جذب و بکارگیری کارکنان غیر بالینی بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، صلاحیت‌های حرفه‌ای و فنی صورت می‌پذیرد.	سطح دو

- ❖ بکارگیری کارکنان غیر بالینی به تعداد متناسب با فعالیت مرکز و منطبق بر ضوابط مربوط
- ❖ وجود قرارداد معین کاری و مستندات و مجوزهای لازم برای اشتغال
- ❖ تعیین معیارهای ارزیابی مهارت‌های تخصصی و ارزیابی مهارت‌های تخصصی آن‌ها قبل از بکارگیری کارکنان غیر بالینی
- ❖ تعیین معیارهای ارزیابی مهارت‌های ارتباطی و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی آن‌ها قبل از بکارگیری کارکنان غیر بالینی
- ❖ بکارگیری نیروهای شاغل در مرکز بر اساس قوانین بالادستی سازمان مربوط
- ❖ رعایت توازن در ترکیب رده‌های شغلی و سابقه افراد و تعداد آن‌ها در برآورد نیروی انسانی در هر بخش/ واحد
- ❖ وجود پرونده پرسنلی برای کارکنان غیر بالینی مرکز

➢ حداقل کارکنان غیر بالینی برای یک مرکز جراحی

۱. یک نفر کاردان / کارشناس مدارک پزشکی به عنوان مسئول قسمت مدارک پزشکی و بایگانی.
۲. یک نفر مسئول پذیرش و اطلاعات.
۳. یک نفر کاردان یا کارشناس بهداشت محیط به صورت پاره وقت جهت نظارت بهداشتی.
۴. حداقل ۳ نفر نیروی خدماتی و بیماربر در هر نوبت کاری برای پوشش دادن اتاق‌های عمل، واحد مراقبت‌های بعد از عمل و بستری.
۵. یک نفر مسئول حفاظت فیزیکی

الف ۲-۲ توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	**سطح**
الف ۲-۲-۱ ❋ برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو

- ❖ لزوم برگزاری دوره توجیهی بدو خدمت جهت نیروهای جدیدالورود
- ❖ تدوین برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
- ❖ لحاظ برنامه توسعه فردی کارکنان در برنامه آموزشی سالیانه کارکنان
- ❖ اجرای برنامه های آموزشی مصوب بر اساس نیازسنجی آموزشی انجام شده

کسب تجربه و آموزش، یک اتفاق یا رویداد نیست، بلکه فرآیندی است مستمر که طی آن، کارکنان سازمان از متولیان آموزش در سازمان، سایر کارکنان و همکارانشان، مشتری/ مراجعه کننده، الگوها و مدل‌های کاری و حتی از اشتباهات، یاد می‌گیرند.

انتظار می‌رود کارکنان از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و هر یک از آن‌ها دارای برنامه توسعه فردی واقعی باشند. برنامه توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه‌ای یک فرآیند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیازها است. بر اساس برنامه توسعه فردی هر یک از کارکنان، بایستی در حیطه‌های دانشی و مهارتی نیازهای آموزشی در حیطه کاری و انجام وظایف محوله پیشنهاد نمایند. برنامه توسعه فردی در تعامل نزدیک کارکنان با مسئول و به صورت طرح پیشنهادات کارکنان شکل می‌گیرد که توسط مسئول اعلام می‌شود. لحاظ برنامه‌های آموزشی ایمنی بیمار و مدیریت خطر حوادث و بلایا همواره از اولویت‌های مرکز جراحی است. پزشکان و کارکنان می‌توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را در مراکز معتبری نظیر سازمان نظام پزشکی، نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون و سازمان پزشکی قانونی طی نمایند.

الف ۲-۲-۲ اثربخشی برنامه‌های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	سطح سه

- ❖ تعیین شاخص‌های اثربخشی آموزش‌ها بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه‌های دانش و مهارت
- ❖ ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش آزمون و پس آزمون و در حیطه مهارت با بررسی مهارت‌های عملی آموخته شده
- ❖ در صورت نیاز طراحی اقدام اصلاحی براساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی برگزار شده

انتخاب این شاخص‌ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می‌پذیرد. به عنوان مثال سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی - ریوی را می توان ذکر کرد. در این نمونه شاخص‌ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت بکارگیری آموخته‌ها و بهبود اولویت‌بندی و کیفیت نتایج عملکردی به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی شود.

۱. میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تئوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران در پیش آزمون و پس آزمون
۲. میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته‌ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی)
۳. بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولا نتایج عملکردی ارزیابی می‌شود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق

در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص‌های اثربخشی دوره‌های آموزشی در هریک از حیطه‌های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه‌های آموزشی اقدام شود. مفهوم آموزش الزاما معادل یادگیری نیست، در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می‌شود.

الف ۲-۳ نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقاء و توسعه، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح
الف ۲-۳-۱ تمامی کارکنان دارای پرونده پرسنلی بوده و اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات و سطح بندی دسترسی به آن رعایت می‌شود.	سطح یک
❖ وجود قرارداد کار شفاف و مطابق ضوابط قانون برای تمامی پزشکان و کارکنان ❖ پیش بینی امنیت شغلی لازم برای کارکنان بر اساس ضوابط قانون کار و سایر مفاد قراردادهای حقوقی ❖ اطلاعات مربوط به مرخصی و سوابق حوادث شغلی احتمالی کارکنان، به تفکیک بخش‌ها / واحدها، در واحد منابع انسانی نگهداری می‌شوند. ❖ وجود پرونده برای تمامی کارکنان و پزشکان سهام‌دار و میهمان و تعیین حداقل محتوای پرونده پرسنلی منطبق با قوانین سازمان‌های بالادستی ❖ رعایت اصل محرمانگی، تعیین سطح دسترسی‌ها به پرونده کارکنان و پزشکان	
فهرست اوراق پرونده در قسمت داخلی جلد پرونده نصب گردد و صفحات شماره‌گذاری و با جداکننده از هم جدا شود. فرم قرارداد کارکنان دارای امضای کارکنان باشد. فرم ارزشیابی کارکنان مبتنی بر مدت قرارداد تکمیل و با امضای ارزشیابی کننده و ارزشیابی شونده رسیده باشد. به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سوء رفتار حرفه‌ایی کارکنان تعیین گردد. **مهم!** حضور / اشتغال حتی یک پزشک و یا یک پرسنل درمانی بدون قرارداد و پرونده منجر به از دست دادن تمامی امتیاز این محور و سایر استانداردهای مرتبط خواهد شد.	
الف ۲-۳-۲ ارزیابی مستمر عملکرد و کنترل‌های انضباطی کارکنان برنامه‌ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا می‌شوند.	سطح دو
❖ ارزیابی مستمر عملکرد کارکنان بر اساس یک شیوه مدون و معین ❖ ارایه بازخورد به کارکنان بر اساس نتایج ارزیابی به منظور بهبود عملکرد سازمانی ❖ پیش بینی شیوه‌های تشویقی و تنبیهی بر اساس معیارهای معین و نتایج ارزیابی مستمر برای کارکنان	
با توجه به ابعاد سازمانی یک مرکز جراحی توصیه می‌شود شیوه‌های انگیزشی برای کارکنان نسبت به شیوه‌های تنبیهی غلبه داشته باشد.	
الف ۲-۳-۳ رضایت کارکنان در مراکز جراحی به نحوی است که اشتغال در این مرکز را به سایرین توصیه می‌نمایند.	سطح دو
❖ رضایت کامل و توصیه پزشکان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه پرستاران و کارکنان اتاق عمل به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه کارکنان غیر بالینی به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ تعلق سازمانی در رده‌های مختلف شغلی و احساس مسئولیت نسبت به موفقیت مرکز ❖ خوش‌بینی پزشکان و کارکنان بالینی و غیر بالینی به روند توسعه و بهبود کیفیت خدمات و انگیزه و اشتیاق وافر آن‌ها به انجام وظایف سازمانی ❖ بالا بودن نرخ ماندگاری کارکنان در مرکز جراحی ❖ پایین بودن نرخ غیبت و ترک خدمت در مرکز	
بالاترین مرتبه رضایتمندی توصیه بهره‌مندی به دیگران است. این استاندارد در ارزیابی‌هایی مستقل توسط ارزیابان اعتباربخشی امتیازدهی خواهد شد. در صورت استقرار این استاندارد انتظار می‌رود کیفیت ارائه خدمات، پاسخگویی کارکنان به بیماران/مراجعین و بیمارمحوری در سطح مطلوب احصاء شود.	
الف ۲-۳-۴ پرداخت با معیارهای معین و بر اساس نتایج ارزیابی مستمر عملکرد کارکنان برای هریک از مشاغل صورت می پذیرد.	سطح سه
❖ تعیین ملاک‌های ارزیابی و ارزشیابی عملکرد کارکنان ❖ اطلاع رسانی ملاک‌های ارزیابی و ارزشیابی عملکرد کارکنان ❖ استفاده از نتایج ارزیابی و ارزشیابی عملکرد کارکنان در پرداخت مزایای غیر مستمر کارکنان	
میزان و نحوه محاسبه ملاک ارزیابی این سنجه نیست بلکه وجود رقابت سالم در ارائه خدمات با کیفیت مورد نظر است.	
الف ۲-۴ مخاطرات و حوادث شغلی کارکنان برنامه ریزی و کنترل می‌شود.	**سطح**
الف۲-۴-۱* وسایل حفاظت فردی و راهنماهای تصویری متناسب با فعالیت بخش‌ها/ واحدهای مختلف در دسترس بوده و به نحوه صحیح استفاده می‌شوند.	سطح یک
❖ تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاط ❖ آگاهی کارکنان به نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی ❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی در موارد نیاز	
اجرای برنامه آموزشی جهت کارکنان در خصوص نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی و نظارت بر اقدامات لازم جهت در اختیار قرار دادن وسایل حفاظت فردی و استفاده صحیح از آن‌ها می‌باشد.	

الف ۲-۴-۲ ❋ حوادث شغلی کارکنان با حمایت مرکز کنترل و مدیریت می‌شوند.	سطح دو
❖ آموزش کارکنان در خصوص مخاطرات موجود، دارای پتانسیل ایجاد حوادث و شبه حوادث ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه/ تدوین و اجرای برنامه بهبود در صورت بروز حوادث شغلی ❖ حمایت مرکز از کارکنان در زمان بروز حوادث شغلی مطابق ضوابط مربوط	
شناسایی حوادث شغلی با توجه به نوع خدمات مراکز جراحی محدود به منظور پیشگیری از وقوع حوادث کمک کننده است. همچنین تجزیه و تحلیل حوادث/ شبه حوادث رخ داده با روش‌های مختلف و اخذ تصمیمات و پیش بینی تمهیدات پیشگیری بروز مجدد حوادث توصیه موکد می‌شود.	

الف– ۳ مدیریت خطر حوادث و بلایا

الف ۳-۱ ارزیابی خطرِحوادث و بلایا انجام شده و بر اساس نتایج آن برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح
الف ۳-۱-۱ ارزیابی سالیانه و اولویت‌بندی عوامل خطر آفرین داخلی و ارزیابی سالیانه ایمنی مرکز جراحی در حوادث و بلایا در سه حیطه ایمنی عملکردی، سازه‌ای و غیرسازه‌ای در مرکز جراحی انجام شده است.	سطح یک

- شناسایی عوامل خطر آفرین داخلی مرکز جراحی در کمیته مدیریت خطرِ حوادث و بلایا
- امتیازدهی عوامل خطر آفرین بر اساس (شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت)
- اولویت بندی عوامل خطرآفرین بر حسب بیشترین امتیازات و تعیین پنج عامل خطر آفرین اول مرکز جراحی
- انجام ارزیابی ایمنی مرکز جراحی در حیطه‌های سازه‌ای
- انجام ارزیابی ایمنی مرکز جراحی در حیطه‌های غیرسازه‌ای
- انجام ارزیابی ایمنی مرکز جراحی در حیطه‌های عناصر عملکردی
- ثبت نتایج ارزیابی و امتیازات آن در فایل اکسل و تعیین نمره نهایی شاخص ایمنی مرکز جراحی

➢ برای تدوین برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا ابتدا بایستی به سوالات ذیل پاسخ دهیم

۱. شایعترین حوادث تهدید کننده ما چیست و ما باید در برابر چه حوادثی آماده باشیم؟ (ارزیابی عوامل خطر آفرین)
۲. این حوادث چه تأثیراتی بر مرکز جراحی ما دارد؟ آسیب پذیری‌ها و نقاط قوت ما در برابر آن چیست؟ (ارزیابی خطر)
۳. برای مقابله با این تأثیرات چه اقدامات پیشگیرانه‌ای باید انجام دهیم؟
۴. برای آمادگی و پاسخ در برابر این حوادث چه اقداماتی باید انجام دهیم ؟

اولین مرحله در این مسیر شناسایی و اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) است تا مشخص شود مرکز جراحی بیشتر در معرض چه مخاطراتی قرار دارد. عوامل خطر آفرین (مخاطره) به پدیده‌هایی گفته می‌شود که بالقوه آسیبزا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا مرکز جراحی شوند.

عوامل خطرآفرین با منشأ داخلی: در داخل مرکز جراحی رخ می‌دهد مانند آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی،نشت مواد رادیواکتیو و...

برای اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) ابزارهای مختلفی وجود دارند که می‌توان از کتاب "ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" استفاده نمود. امتیازدهی بر اساس احتمال وقوع، شدت آسیب، دوره بازگشت (تکرارپذیری) و میزان آسیب پذیری است. بر اساس امتیازدهی و پس از اعمال ضرایب امتیاز هر مخاطره مشخص و در جدول ثبت می شود. پنج مخاطره‌ای که بیشترین امتیازات را کسب کنند به عنوان اولویت برنامه‌ریزی مرکز جراحی هستند.

مخاطره آتش سوزی به دلیل اهمیت و استاندارد مستقل آن جزء ۵ مورد مخاطره قرار نگیرد و با برنامه مستقل برنامه‌ریزی و مدیریت شود.

ابزار ارزیابی ایمنی برای حوادث و بلایا مربوط به سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۲۰۰۸ به منظور کمک به بررسی و ضعیت ایمنی مراکز ، اولویت‌بندی برنامه‌ریزی و پیشگیری از آسیب در اثر وقوع حوادث و بلایا طراحی شده و معرف این احتمال است که مرکز جراحی در شرایط وقوع بلایا تا چه میزان می تواند فعال بوده و وظایف خود را انجام دهد. این مجموعه ابزاری است که عناصر سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی را در برمی‌گیرد.

۱. حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها.
۲. حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقش ندارند، مانند سیستم‌های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند.
۳. حیطه ایمنی عملکردی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت‌هامی‌باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و بازتوانی) می‌باشد.

پس از این‌که نمرات حوزه‌های مختلف مرکز جراحی توسط متخصصین هر حوزه تعیین و وارد فایل اکسل شد، در نهایت «نمره شاخص ایمنی» به دست آمده وضعیت مرکز را در یکی از حالت‌های زیر مشخص می‌کند:

سطح اول: مرکز می‌تواند از جان افرادی که درون آن هستند حفاظت کرده و قادر به ادامه‌ی عملکرد خود در شرایط حوادث و بلایا باشد.
سطح دوم: مرکز قادر به مقاومت در مقابل حوادث و بلایا هست، ولی تجهیزات و خدمات حیاتی آن در معرض خطر قرار دارند.
سطح سوم: در زمان حادثه، مرکز و کلیه افراد موجود در آن در معرض خطر قرار دارند.

در بخش‌ها/واحدها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمدها و وسایل و تجهیزات پزشکی/ اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده با شند. نتایج ارزیابی ایمنی مرکز جراحی در اتاق رئیس/مدیرعامل مرکز جراحی، مدیر خدمات پر ستاری و اتاق مرکز عملیات فوریت جهت بررسی و پایش برنامه‌ها، نصب شود.

الف ۳-۱-۲ بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی مرکز جراحی و اولویت‌های مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی و اجرا شده است.	سطح دو

- ❖ طرح و بررسی نتایج ارزیابی عوامل خطر آفرین
- ❖ تعیین اثرات احتمالی عوامل خطر آفرین اولویت‌دار بر مرکز جراحی و برآورد خطر
- ❖ طرح و بررسی نتایج ارزیابی ایمنی مرکز جراحی
- ❖ تعیین اولویت‌های برنامه ای کاهش خطرات
- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های کاهش خطر

بعد از تعیین پنج مخاطره اول مرکز جراحی نیاز به تعیین اثرات احتمالی آن‌ها بر مرکز جراحی است. به این اقدام ارزیابی خطر گفته می شود. تأثیرات مخاطرات بر سیستم‌های بهداشتی درمانی در سه حوزه جانی، مالی و عملکردی بروز می‌نماید که شامل تأثیر بر سلامت افراد (منجر به مرگ یا جراحت)، تأثیر بر اموال و دارایی (از بین رفتن دستگاه‌ها، تخریب بخش‌ها/ واحدها و ....) و یا اختلال در عملکرد مرکز جراحی می‌شوند.

➢ برای پنج مخاطره جدول مشابه نمونه ذیل تکمیل شود

علل تاثیر گذاری (آسیب پذیری بالا و ظرفیت پایین)	خطرات احتمالی در هر حوزه	حوزه‌های تاثیر گذاری	مخاطرات
نبود اکسیژن ساز در مرکز جراحی تعداد ناکافی کپسول‌های گاز طبی مستعمل بودن اتصالات لوله	مرگ بیماران اختلال در خدمت‌رسانی به بیماران بخش اورژانس و ویژه کنسل شدن اعمال جراحی	سلامت افراد (بیماران و کارکنان) اموال و دارایی‌ها خدمات (استمرار خدمت)	قطع گازهای طبی

بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی مرکز جراحی و اولویت‌های مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. این نتایج در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح می‌شوند و برای آن برنامه‌ریزی انجام می‌شود. نتایج ارزیابی FHSI در سه حیطه ایمنی سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح شده و برای محورهایی که ایمنی نسبی و یا کم دا شته‌اند، اقدامات ا صلاحی تعیین می شوند و منطبق با برنامه تعیین شده اقدامات ا صلاحی تو سط مسئولان واحدها/ بخش‌های مرتبط اجرا می‌شود.

الف ۳-۲ اقدامات پیشگیرانه برای ایمنی زیرساخت‌های حیاتی و محیط مرکز جراحی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
الف ۳-۲-۱ اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در مرکز جراحی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.	سطح یک

- تامین وسایل سیستم اطفاء حریق مرکزی و یا حداقل یک کپسول۴ کیلوگرمی برای هر ۵۰ مترمربع
- اخذ تاییدیه استانداردهای آتش نشانی از سازمان آتش نشانی منطقه
- پایش مداوم سیستم ایمنی حریق از طریق بازرسی‌های دوره‌ای منظم

➢ تعیین تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی

برحسب موقعیت هر بخش/ واحد و نوع آتش سوزی که احتمال وقوع دارد، نوع و اندازه خاموش کننده‌ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش‌کننده‌های متفاوتی استفاده می‌شود. البته در هر بخش/ واحد که احتمال چند نوع آتش سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می‌شود.

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO_2 و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که به راحتی به گاز تبدیل می‌شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO_2 و کف
D	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتانسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO_2

➢ نکاتی مهم در خصوص استفاده از خاموش‌کننده‌های دستی

۱. تعداد و نوع خاموش کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده خاموش کردن آتش باشد.
۲. وسایل اطفای حریق باید نزدیک ورودی و خروجی‌های بخش قرار گیرد.
۳. فاصله قرارگیری کپسول‌ها برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر باشد.
۴. کپسول‌ها باید به آسانی در دسترس و در معرض دید نصب شوند.
۵. کپسول‌ها در ارتفاع مناسب به نحوی که فاصله انتهای کپسول از کف ۱/۲ متر باشد، نصب باشد.
۶. ثبت نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش نشانی و شیرهای آتش‌نشانی موجود باشد.
۷. راهنمای عملکرد سیستم‌های محافظت از آتش سوزی موجود است و نیز نتایج تعمیر و نگهداری کپسول‌ها و شیرهای آتش نشانی ثبت شده باشد.
۸. نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی در چندین محل به ویژه در اتاق عملیات فوریت وجود داشته باشد.
۹. در کنار تابلو برق‌های مرکز جراحی، کپسول CO_2 قرار گیرد.
۱۰. برنامه‌ریزی آموزشی برای کارکنان جهت اطفاء حریق و استفاده از انواع خاموش کننده برنامه‌ریزی و اجرا شود.

➢ سیستم اعلام حریق و دتکتورها

نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطرحریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش‌های مختلف مرکز جراحی براساس صلاحدید، کارشناس فنی حریق انتخاب شود. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، به نحوی که تعیین محدوده مؤثر آن، براساس توصیه‌های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی یا استاندارد ملی باشد.

الف ۳-۲-۲ ایمن سازی سطوح و دیوارها در محیط مرکز جراحی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح یک

- رعایت اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره‌ها، کف پوش‌ها، درب‌های ورودی و خروجی و سایر سطوح
- انجام اقدامات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط بیماران و مراجعین در محیط‌های پر مخاطره
- انجام اقدامات ایمنی در محوطه مرکز جراحی
- رعایت اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی مرکز جراحی و مهار نمودن تجهیزات
- انجام بازدیدهای دوره‌ای جهت بررسی ایمنی محیط مرکز جراحی و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه
- عدم وجود هرگونه عامل مخاطره آمیز در سطوح و دیوارها برای کارکنان، مراجعین و بیماران

➢ نکاتی مهم در اجرای ایمن سازی سطوح و دیوارها

۱. به منظور حفظ ایمنی بیماران و جلوگیری از سقوط در اتاق‌ها، راهروها و سرویس‌های بهداشتی دستگیره اتکا نصب شود.
۲. درصورت وجود رمپ در ورودی بخش‌ها یا در محوطه مرکز جراحی، سطوح آن‌ها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند.
۳. برای رمپ‌ها و مسیرهایی که همسطح با کف نیستند، نرده پیش‌بینی شده باشد.
۴. راه پله‌ها و رمپ‌ها عاری از موانع یا آیتم‌هایی باشد که می توانند سقوط کنند و باعث انسداد مسیر شوند.
۵. راه پله‌ها و رمپ‌ها باید نرده‌هایی داشته باشند که در حداکثر ظرفیت خود به صورت ایمن قابل استفاده باشند.
۶. پله‌ها در راه پله دارای لبه واضح و مشخص و سالم بدون شکستگی لبه باشند.
۷. درمحل‌هایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد، روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده باشد.
۸. کف می بایســـت در برابر آب مقاوم بوده، لیز و ســـســـت نبوده و دارای شکاف به ویژه در محل‌های پرتردد و اصلی نباشد.
۹. کف ساختمان در مقابل آب مقاوم بوده، لیز نباشند، ترک خوردگی یا لق شدگی به خصوص در محل‌های مهم و مکان‌های پر رفت آمد نداشته باشد.
۱۰. کف ساختمان ناهموار یا فرورفته نباشد، چرا که منجر به سقوط افراد و یا واژگونی برانکارد و تجهیزات می‌شود.
۱۱. در مکان‌هایی که تعداد زیاد لوله محافظ، کابل یا کف‌های کاذب هست، کف برای مقاومت در برابر فشارهای جانبی زمین لرزه با بست‌های جانبی تقویت شده باشد.
۱۲. جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آن‌ها به دیوار ثابت شوند.
۱۳. قفسه داروها، کمدها، کابین‌ها، تابلوها و قاب‌ها تا حد امکان به صورت ایمن و استاندارد به دیوارها فیکس و مهار شوند.
۱۴. حتی الامکان از قاب‌ها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود.
۱۵. تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آن‌ها اطمینان حاصل گردد.
۱۶. در بازدیدهای دوره‌ای کلیه قسمت‌های مرکز جراحی از لحاظ ایمنی کنترل شوند.
۱۷. کلیه لبه‌های تیز و نبش‌ها در بخش‌های بستری و اتاق‌های عمل توسط ضربه‌گیر از جنس مناسب محافظت شده باشد.
۱۸. خطوط انتقال برق (فشار ضعیف و فشار قوی) در محوطه مرکز جراحی شناسائی و حریم آن‌ها مشخص شود.
۱۹. روشنائی کافی در قسمت‌های مختلف داخلی و محوطه مرکز جراحی که نیاز به روشنائی جهت تردد و انجام فعالیت دارند، تأمین شود.
۲۰. راهروهای داخلی عاری از موانع برای اطمینان از سهولت حرکت کارکنان، برانکارد و تجهیزات پزشکی باشند.

الف ۳-۲-۳ مسیر خروج اضطراری با علائم راهنمای واضح، در همه سطوح و طبقات مرکز جراحی بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.	سطح یک
❖ پیش‌بینی پله فرار در صورت طبقاتی بودن مرکز جراحی ❖ وجود نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها ❖ باز بودن مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز ❖ عدم وجود هرگونه موانعی در مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری	
➢ نکات مهم در مسیرهای خروج و پله فرار ۱.درب‌های ورودی عاری از هر گونه مانع بوده و به اندازه کافی برای عبور بیماران و پرسنل در شرایط اضطراری عریض باشند. ۲.درب‌ها به سمت خارج باز شوند تا در صورت هجوم جمعیت مانعی در برابر خروج آن‌ها وجود نداشته باشد. ۳.بـــه وضعیت درب‌ها و ورودی‌های بخش‌های مهم مانند اتاق عمل توجـــه ویژه شود. ۴.علایم راهنمایی واضح و از نوع شب‌نما به سمت پله فرار از داخل راهروها تا پله فرار در هر بخش/ واحد نصب شده و روشنایی اضطراری در مسیر پله‌های فرار تامین شود. ۵.دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه از طریق درب‌هـــای مقاوم در برابر آتش، ضربه و دود صورت پذیرد. ۶.کف پاگردها و پلکان‌های خارجی با ســـازه فلزی باید با ورق فلزی آج دار پوشـــش داده شود.	
الف ۳-۲-۴ آسانسورهای فعال تحت نظارت‌های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه استاندارد/ گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد است.	سطح یک
❖ اخذ گواهینامه استاندارد/ گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد برای تمامی آسانسورهای فعال مرکز جراحی ❖ تعمیر و نگهداری آسانسورها توسط شرکت‌های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور منطقه ❖ برنامه‌ریزی و انجام سرویس‌های دوره‌ای و پیشگیرانه آسانسورها توسط شرکت‌های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور ❖ همسطح بودن ورودی آسانسور با دسترسی بلامانعِ صندلی چرخدار یا برانکارد ❖ نصب دستگیره‌های کمکی در دیواره‌های آسانسور	
دستورالعمل استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری تدوین و اطلاع رسانی شود.	

الف ۳-۲-۵ ❋ انرژی الکتریکی مستمر با شرایط ایمن برای مرکز جراحی برنامه‌ریزی و تامین و توزیع آن با رعایت اصول ایمنی و الزامات مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح یک

- ❖ آماده به کار بودن ژنراتور/ ژنراتورهای اصلی برق اضطراری مرکز جراحی، با تعداد، ظرفیت و کارایی متناسب با شرایط مرکز جراحی
- ❖ تامین و استفاده از منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق برای تجهیزات حیاتی اتاق عمل و سایر بخش‌ها/ واحدها
- ❖ اتصال به زمین توزیع انرژی الکتریکی مرکز جراحی دارای سیستم نول و ارت جدا از هم
- ❖ استفاده از ترانسفورماتور یک به یک (ایزوله) در توزیع انرژی الکتریکی اتاق عمل
- ❖ تائیدیه بازرسی و تست چاه ارت توسط مراجع ذیصلاح
- ❖ برنامه‌ریزی و ارزیابی دوره‌ای تابلوهای برق اصلی، فرعی و تابلوهای درون بخشی مرکز جراحی
- ❖ تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله مرکز جراحی

ارت مناسب و اتصال به زمین بدنه تجهیزات در مراکز درمانی علاوه بر حفاظت الکتریکی پرسنل و بیماران و مراجعان در مقابل جریان‌های نشتی، پارازیت‌ها و نویزهای ناشی از خود بیمار، تخت‌ها و تجهیزات اطراف بیمار را نیز که از طریق امواج الکترومغناطیسی موجود در فضا القاء می‌شوند (مانند موبایل، تلویزیون و ...)، را از بین می‌برد. اطمینان از استفاده پریزهای ارت‌دار، سه‌راهی‌های ارت دار و همچنین کنترل سفت و محکم بودن اتصالات ارت علی الخصوص در اتاق‌های عمل بسیار ضروری می باشد. محل اتصالات سیم ارت باید به صورت دوره‌ای بازدید و مقاومت سیم زمین اندازه‌گیری شود. سیستم‌های نیرو و منابع تغذیه مورد استفاده در تاسیسات برق مرکز جراحی متناسب با موارد کاربری در بخش‌ها و واحدها از انواع TN-S و یا IT (تابلو ایزوله) است. سیستم توزیع برق IT در فضاهای اتاق عمل و فضاهایی که تجهیزات الکتریکی با بدن باز بیمار در تماس است، الزامی می‌باشد. در این فضاها تجهیزات بایستی از این سیستم تغذیه الکتریکی شوند. به منظور تداوم نیروی برق و اعمال استانداردهای ایمنی و پیشگیری در برابر آتش سوزی و انفجار و همچنین محافظت بیماران و افراد در برابر شوک و برق گرفتگی در مناطق معینی از مرکز جراحی مانند اتاق‌های عمل باید از سیستم برق ایزوله (سیستم IT) استفاده شود.

- نگهداری تابلو برق‌های اصلی و فرعی، تابلو برق ایزوله

یکی از نکات اساسی سیستم توزیع برق، تابلوهای برق در مرکز جراحی است. نگهداری از تابلوها در بخش‌ها اعم از تابلوهای اصلی پست برق و تابلوهای فرعی و تابلوهای درون بخشی بسیار ضروری است. هر ماه بایستی به صورت ادواری تابلوها به طور کامل بررسی و آچارکشی و نظافت شوند. اطمینان از انجام عملیات مذکور و همچنین انجام اندازه گیری‌های اولیه جریان در فازهای مختلف اطمینان از توالی فاز و یکسان تقسیم شدن جریان در تابلوهای ۳ فاز بسیار مهم است. برای تابلوهای برق ایزوله هم موارد مذکور لازم الاجرا می‌باشد. در تابلوهای ایزوله چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی باید حتماً به طور ادواری چک گردیده چرا که هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار می‌شود.

- برنامه ارزیابی حداقل شامل موارد ذیل است

۱. اندازه گیری منظم ارت مرکزی و تأیید مقاومت زیر ۲ اهم آن و همچنین کنترل همبندی‌ها در تمامی بخش‌های درمانی
۲. کنترل محکم بودن اتصالات ارت مخصوصاً در اتاق‌های عمل، استفاده از پریزهای ارت دار و سه راهی‌های ارت دار
۳. بررسی و آچارکشی و نظافت کامل تابلوها به صورت ادواری
۴. انجام اندازه گیری جریان در فازهای مختلف و تقسیم یکسان جریان در تابلوهای ۳ فاز

تابلوبرق‌ها باید دارای قفل مناسب بوده و از دسترسی افراد غیرمجاز محافظت شوند. پریزهای برق یوپی‌اس و برق اضطراری مشخص شوند. از کفپوش عایق مناسب جلوی تمامی تابلوهای برق استفاده شود. از بانک‌های خازنی جهت اصلاح ضریب توان و کاهش هزینه برق (صفر شدن هزینه توان راکتیو در قبض برق) استفاده شود. ترانسفورماتور یک به یک (ایزوله) در اتاق های عمل فعال باشد. برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله مرکز جراحی (در تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره‌ای از تابلوهای ایزوله، چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی) گنجانده شود. بایستی مراقب بود چرا که هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار خواهد شد. در پریزهای برق مرتبط با استفاده بیماران، علاوه بر استفاده از فیوزهای مناسب از کلید جریان باقی‌مانده (محافظ جان) استفاده شود.

الف– ۴ ساختار فیزیکی و تسهیلات ایمن

الف ۴-۱ فضاهای درمانی با شرایط ایمن و تسهیلات لازم تامین می شود.	سطح
الف ۴-۱-۱ * حداقل فضاهای درمانی خارج از اتاق عمل و ریکاوری طبق ضوابط ابلاغی در مرکز جراحی پیش بینی شده و فعال است.	سطح یک
❖ وجود اتاق معاینه فعال طبق ضوابط ابلاغی ❖ وجود اتاق CPR فعال طبق ضوابط ابلاغی ❖ وجود اتاق‌های بستری فعال طبق ضوابط ابلاغی ❖ وجود اتاق تریتمنت فعال طبق ضوابط ابلاغی ❖ وجود انبار تمیز و انبار کثیف طبق ضوابط ابلاغی ❖ وجود انبار دارو و تجهیزات طبق ضوابط ابلاغی ❖ تطبیق تعداد تخت فعال بستری و فواصل بین تخت‌ها با ضوابط مربوط	
حداکثر تعداد تخت بستری در مرکز جراحی ۱۰ تخت است. فضای کافی در اطراف تخت‌های بستری برای ارائه مراقبت‌های اورژانسی به بیماران به نحوی است که حداقل فاصله از بالا و کنار تخت با دیوار ۷۰سانتی متر و پایین تخت با دیوار یا تخت دیگر ۱۴۰ سانتی‌متر و حداقل فاصله بین دو تخت ۱۴۰سانتی‌متر است. همچنین ابعاد در ورودی اتاق به گونه‌ای باشد که نقل و انتقال تخت بستری و تجهیزات پزشکی به آسانی صورت گیرد. با توجه به نوع بیماران و مراجعین به مراکز جراحی استفاده به صورت مشترک اتاق معاینه و اتاق CPR با لحاظ تمامی ضوابط و مقررات ترالی اورژانس و تجهیزات کالیبره احیای قلبی ریوی منعی ندارد.	
الف ۴-۱-۲ * ساختار فیزیکی اتاق عمل و ریکاوری مطابق ضوابط مربوط و تسهیلات ایمن است.	سطح یک
❖ ساختار فیزیکی اتاق عمل مطابق ضوابط و آیین نامه مراکز جراحی و موازین ایمنی بیمار ❖ وجود محل مناسب اسکراب طبق ضوابط ابلاغی ❖ ساختار فیزیکی ریکاوری مطابق ضوابط و آیین نامه مراکز جراحی و موازین ایمنی بیمار ❖ مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت ❖ تطبیق تعداد تخت فعال اتاق عمل، ریکاوری و بستری با ضوابط مربوط	
ضوابط تعداد تخت اتاق عمل و ریکاوری: تعداد اتاق‌های عمل متناسب با تعداد تخت‌های مرکز است به نحوی که حداقل یک اتاق عمل فعال برای کمترین تعداد تخت بستری در یک مرکز تک تخصصی و برای مراکز چندتخصصی حداقل دو اتاق عمل فعال متناسب با تخصص‌های موجود و حداقل سه اتاق عمل فعال جهت حداکثر ۱۰ تخت بستری الزامی است. همچنین تعداد تخت‌های واحد مراقبت‌های بعد از عمل(ریکاوری) بایستی یک تخت بیشتر از تخت‌های اتاق عمل باشد. ➢ ساختار فیزیکی اتاق عمل و ریکاوری مطابق ضوابط و آیین نامه مراکز جراحی است، برخی از شرایط شامل ۱. ساختار فیزیکی اتاق عمل و فضاهایی نیازمند به رعایت موازین استریل، بدون هر گونه تداخل در مسیر انتقال وسایل استریل و غیر استریل ۲. جداسازی ورودی بخش اتاق عمل با ایجاد خط قرمز و به وسیله حفاظ به ارتفاع ۲۰سانتیمتر از فضای طرفین ۳. رعایت موازین انطباق و شرایط بهداشتی در محل رختکن جراح و کادر پرستاری و تکنسین‌ها ۴. وجود قفسه لباس انفرادی و حمام در محل رختکن جراح و کادر پرستاری و تکنسین‌ها ۵. وجود اتاق وسایل استریل با قفسه‌های مورد نیاز جهت نگهداری وسایل رسیده از بخش استریلیزاسیون ۶. وجود توالت و دستشوئی با شرایط بهداشتی به تعداد کافی در مجموعه اتاق‌های عمل، قبل از اتاق رختکن و خط قرمز در فضای پشتیبانی اتاق عمل	

الف ۴-۱-۳ امکانات و تسهیلات اقامتی در اتاق مراقبت‌های بیمار در بخش بستری با شرایط ایمن بیماران تامین می‌شود.	سطح دو

- وجود تخت‌های بستری بیماران با حداقل شرایط و ملحقات مورد انتظار
- نصب جداکننده بین تخت‌ها با رنگ ملایم و متناسب با رنگ سایر وسایل موجود در اتاق بیمار
- جانمایی صحیح وسایل جانبی بیمار مانند کمد کنار تخت، صندلی تختخواب‌شو
- وجود کنسول سالم و فعال با امکانات مطلوب در بالای تخت بیمار
- تهویه و درجه حرارت مطبوع اتاق بیمار
- تامین نور طبیعی در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین المللی در شب در اتاق بیمار
- تامین تسهیلات معنوی برای بیماران و همراهان
- عدم نقض فاصله استاندارد بین تخت‌ها و عدم نقض حریم خصوصی بیماران
- وجود پایه سرم با قابلیت تنظیم ارتفاع

برای تفکیک حریم بیماران در اتاق بستری استفاده از پاراوان سالم و جدا کننده ها، با جنس قابل شستشو و بهداشتی دارای رنگ ملایم تا شو متصل به زمین یا سقف توصیه می‌شود.

- ویژگی‌های تخت‌ها در بخش بستری

۱. دو یا سه شکن (بخش‌های عادی) به صورت مکانیکی یا برقی
۲. دارای ریل تاشو (نرده کنار تخت) در امتداد تخت
۳. امکان اتصال پایه سرم به تخت
۴. دارای چرخ‌های روان‌گرد با قطر حداقل ۱۲۵ میلیمتر از نوع دنباله شفت‌دار آلن‌خور و دو عدد چرخ ترمزدار به صورت مورب
۵. رویه‌های تخت از نوع ABS جدا شونده با قابلیت شست‌وشو و ضدعفونی
۶. سر تخت و پای تخت از جنسABS با پایه‌های فولادی
۷. امکان آویزکیسه‌ی ادرار
۸. دارای چهار ضربه‌گیر در چهار گوشه تخت
۹. در نوع مکانیکی دارای جک با دسته‌های تاشونده

تنظیم دمای اتاق بیمار در تابستان، ۲۸-۲۴ درجه سانتیگراد، و در زمستان ۲۳-۲۰ درجه سانتیگراد و تنظیم دفعات تعویض هوا در اتاق بستری بیمار حداقل ۴ بار در ساعت یا تهویه مستمر با اگزاست مرکزی انجام شود.

پنجره اتاق بستری دارای شیشه‌های مسلح (سکوریت) و امکان استفاده از نور طبیعی در روز و نور مصنوعی مناسب شب در اتاق بیمار بایستی فراهم باشد.

الف ۴-۱-۴ ارزیابی، نگهداری و راهبری سامانه‌های سرمایشی، گرمایشی و تهویه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح یک

- وجود شناسنامه دستگاه‌ها و تجهیزات در موتورخانه مرکز جراحی با حداقل‌های مورد انتظار
- سرویس و نگهداری ادواری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات سامانه‌های سرمایشی، گرمایشی و تهویه
- مدیریت سوابق تعمیرات دستگاه‌ها
- مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات در سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات مرکز جراحی
- به‌روزرسانی و جایگزینی سامانه‌های سرمایشی، گرمایشی و تهویه یا اجزای آن

برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه وسایل و تجهیزات سامانه‌های سرمایشی، گرمایشی و تهویه مرکز جراحی و دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌ها و ساختمان شامل (چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها و هواسازها، اگزاست‌فن‌ها، برج‌های خنک‌کننده، مبدل‌های حرارتی، منابع کندانس و دی‌اریتور، سختی‌گیرها و ...) طبق نظر کارخانه سازنده و متخصصین نگهداری راهبری تأسیسات یک ضرورت مهم در امر مدیریت تاسیسات است. سوابق تعمیرات دستگاه‌ها ازجمله تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای د ستگاه‌ها و تجهیزات با ا ستفاده از چک لی ست‌های معین نیز بایستی مدیریت شود. امنیت زیرساخت‌های مکانیکی و برقی تجهیزات در موتورخانه مرکزی مراکز درمانی بسیار حایز اهمیت و حساس بوده، لذا باید به جهت بالابردن ضریب ایمنی عملکردی تجهیزات و همچنین به حداقل رساندن خطرات مربوطه برنامه‌ریزی خاصی انجام گیرد. در صورت عدم ثبت سوابق، هزینه‌های نگهداری تجهیزات فر سوده ب سیار بالاتر از هزینه تعویض و جایگزینی د ستگاه طی دوره زمانی یک ساله و یا کمتر ا ست. د ستگاه‌های مهم و حیاتی در موتورخانه باید ستی دارای چک لی ست عملکردی با شند و در زمان‌هایی معین، تک سین فنی فاکتورهای قابل اندازه‌گیری و مهم هر د ستگاه را که معمولا به دا شبرد د ستگاه معروف می‌با شند را ارزیابی و ثبت نماید. برنامه نگهداری راهبری پی شگیرانه برای د ستگاه‌ها و تجهیزات در موتورخانه مرکزی بای ستی تو سط م سئول تا سی سات با مشارکت تکنسین‌های مجرب و بر اساس توصیه‌های کارخانه سازنده تدوین و بر اساس آن اقدام شود. دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌های مراکز درمانی اعم از چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها، دیزل ژنراتورها، تابلوهای فشار متوسط و ضعیف، منابع دی‌اریتور و .... بایستی دارای برنامه ادواری نگهداری پیشگیرانه با شند. بدیهی ا ست که این برنامه با چک لیست د ستگاه تفاوت دا شته و در فرم‌های نگهداری پیشگیرانه برنامه تعمیرات د ستگاه در فواصل زمانی خاص مشخص می‌شوند. توصیه می شود انجام سرویس‌های دوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه تجهیزات مطابق با سامانه و ثبت فرآیندها در آن صورت گیرد.

الف ۴-۱-۵ * سامانه‌های تهویه اتاق عمل، ریکاوری و سایر بخش های استریل مطابق ضوابط مربوط وبا رعایت اصول بهداشتی بکار گرفته می‌شوند.	سطح یک

- انطباق سامانه‌های تهویه اتاق عمل و ریکاوری با الزامات بهداشتی مربوط
- وجود برنامه مدون برای ارزیابی تهویه
- برنامه‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی موثر بر اساس نتایج ارزیابی تهویه در مراکز جراحی
- تهویه هوای اتاق عمل با رطوبت نسبی آن بین ۵۰ تا ۶۰ درصد و دمای خشک بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتیگراد

سیستم سرمایش و گرمایش باید به گونه ای باشدکه ضمن فراهم نمودن برودت و حرارت قادر به تهویه نیز بوده تا از آلودگی هوای ساختمان جلوگیری شود. هوای اتاق عمل باید به طور مرتب و با روش منا سب تهویه شود و به طور مرتب ضدعفونی گردد.گردش/تغییر هوای اتاق/ اتاق‌های عمل بیش/ م ساوی ۲۰ بار در ساعت صورت پذیرد. دهانه خروجی مکش اتاق/ اتاق‌های عمل مستقیم به خارج باز نشود. در واحد ا ستریلیزا سیون مرکزی فشار هوای فضای ا ستریل مثبت ا ست. گردش/ تغییر هوای فضای واحد ا ستریلیزا سیون مرکزی بیش و یا مساوی ۱۰ بار در ساعت صورت پذیرد و جریان هوا از فضای ا ستریل به سمت فضای تمیز و کثیف برقرار با شد. تمیز کردن دریچه خروجی به منظور پی شگیری از ان سداد و شتاب منفی جریان هوا و بازر سی چ شمی فیلتر به منظور تایید درزگیری منا سب و عدم وجود سوراخ انجام شود. فیلترها به شکل مناسب نصب شده باشند و سیستم مورد استفاده میزان جریان تهویه مورد نیاز برای هر اتاق را فراهم نماید. دسترسی به سیستم تهویه ایمن و آ سان با شد. د ستگاه تامین کننده هوا دارای حداقل ا ستانداردها بوده و حاوی ماده یا اجزایی با شد که باعث تقویت ر شد میکروارگانیسم‌ها نشود. برای جلوگیری از ورود حشرات موذی در داخل کانال ورودی و خروجی از یک مش با منافذ ریز استفاده شود. فیلترها به طور مطمئن نصب شده و به گونه‌ای در قاب خود قرار گیرند که فاقد هرگونه درز و شکافی باشد و از هرگونه جریان جانبی نیز جلوگیری شود. همچنین محل نصب فیلتر به گونه‌ای باشد که دسترسی آسان به فیلتر برای پاکسازی، حذف یا جایگزینی آن فراهم باشد. بخش‌هایی که فیلتر هپا دارند قابل تعویض بوده و فاقد هرگونه درز باشند. همچنین فیلترهای هپا بر اساس کاتالوگ‌های سازنده تعویض شود. واحدهای تامین هوا از دسترسی‌های غیر مجاز محافظت شود. واحدهای تامین هوا بر روی پشت بام مسیر دسترسی دائمی و ایمن داشته باشند. تمامی اجزاء واحدهای تامین هوا برای بازرسی روزانه به آسانی قابل دسترس باشند.

الف ۴-۲ فضاهای غیر درمانی با شرایط ایمن و تسهیلات لازم و رعایت ضوابط مربوط تامین می شود.	سطح
الف۴-۲-۱ حداقل فضاهای غیر درمانی مورد نیاز مرکز جراحی مطابق ضوابط مربوط پیش بینی شده است.	سطح یک
❖ وجود اتاق مدیریت و مسئول فنی ❖ وجود واحد پذیرش و اطلاعات فعال ❖ وجود واحد مدیریت اطلاعات سلامت فعال و بایگانی فیزیکی/ الکترونیکی مستندات پزشکی ❖ وجود محل تی شوئی مجزا در هر طبقه ❖ وجود لنژ تمیز و کثیف در بخش و اتاق عمل ❖ اتاقک نگهداری موقت و بی خطرسازی پسماند در محلی مناسب و دور از فضاهای درمانی ❖ وجود اتاق استراحت پزشکان و کارکنان به تفکیک خانم و آقا ❖ وجود آبدارخانه فعال و محل سرو غذا ❖ وجود سرویس‌های بهداشتی به تعداد کافی و به تفکیک خانم‌ها و آقایان در هر طبقه ❖ وجود پارکینگ مناسب جهت پارک آمبولانس و محلی مناسب جهت استقرار راننده	
امکانات رفاهی و شرایط بهداشتی محیط مرکز در سایر استانداردها تبیین شده است.	

الف ۴-۲-۲ ❋ ساختار فیزیکی مرکز جراحی دارای شرایط بهداشتی است.	سطح یک

- ❖ رعایت کامل ضوابط بهداشتی مطابق دستورالعمل مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت در مواد و مصالح بکار رفته
- ❖ رعایت کامل ضوابط بهداشتی مطابق دستورالعمل مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت در شرایط ساختار فیزیکی
- ❖ وجود برنامه مدون برای کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش‌های تلفیقی
- ❖ اولویت بخشی به استفاده از روش تلفیقی با هدف‌کنترل طولانی مدت نسبت به روش‌های شیمیایی

➢ رعایت کامل ضوابط بهداشتی مطابق دستورالعمل مرکز سلامت محیط و کار به شرح ذیل ضروری است

۱. کف ساختمان باید سالم، بادوام و قابل شستشو، غیرقابل نفوذ نسبت به آب، بدون ترک باشد.
۲. کف اتاق‌ها بجز اتاق / اتاق‌های عمل با شیب به سمت کف شوی باشد.
۳. کف اتاق / اتاق‌های عمل از جنس کف پوش مناسب و آنتی استاتیک باشد به گونه ای که ذرات از آن جدا نگردد و در فضا پخش نشود.
۴. کف اتاق / اتاق‌های عمل غیرقابل نفوذ نسبت به آب، مقاوم در مقابل شستشو و بدون کف شوی بوده و محل اتصال کف به دیوار بدون زاویه باشد.
۵. دیوار اتاق عمل باید تا زیر سقف کاشی و به رنگ کاملاً روشن، سالم و بدون درز و شکاف و ترک خوردگی و مقاوم به مواد ضدعفونی کننده و پاک کننده باشد.
۶. دیوار سایر قسمت‌ها باید دارای قرنیز به ارتفاع حداقل ۱۰ سانتیمتر از جنس مقاوم و غیرقابل نفوذ به آب و قابل شستشو باشد.
۷. سقف اتاق عمل باید سالم، فاقد شکستگی، بدون درز، شکاف، ترک خوردگی و به رنگ روشن و قابل شستشو باشد.
۸. دیوار اتاق بستری و معاینه تا ارتفاع ۱/۸ متر کاشی‌کاری یا سنگ‌کاری باشد.
۹. دیوار آبدارخانه و رختشویخانه و استریلیزاسیون باید تا زیر سقف کاشی‌کاری باشد
۱۰. درب و پنجره باید سالم و پنجره‌های بازشو مجهز به توری سیمی ضدزنگ باشد.
۱۱. درب سرویس‌های بهداشتی اتاق بیماران به سمت خارج باز شود.
۱۲. چارچوب پنجره‌ها سالم بوده و نظافت عمومی پنجره‌ها رعایت شود و پنجره‌های مشرف به خیابان و محل‌های پرسر و صدا دوجداره باشند.
۱۳. اتاق‌های عمل باید فاقد پنجره بوده و دارای Exhaust Fan با قابلیت ایجاد فشار هوای مثبت در اتاق عمل باشد.

استفاده از روش‌های تلفیقی با هدف‌کنترل طولانی مدت، و نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی صورت می‌پذیرد. روش‌های تلفیقی از قبیل بهسازی محیط، کنترل فیزیکی، ایجاد موانع در راه‌های ورود کنترل حشرات و جانوران، استفاده از مصالح مناسب، ترمیم شکاف دیوار، کف و سقف است. برنامه کنترل با تاکید و اولویت بر بخش‌ها و واحدهایی از قبیل آبدارخانه، رختشویخانه، استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت‌های ساختمانی، سرویس‌های بهداشتی و حمام تدوین شود. در صورت استفاده از روش‌های شیمیایی و ضرورت سم پاشی، بایستی اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد، پادزهر هر یک از سموم مورد استفاده مشخص شده و دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در مرکز جراحی بر اساس کتاب کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مرتبط با آن‌ها و ضوابط شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی، تهیه و در دسترس کارکنان مرتبط قرار گیرد.

الف ۴-۲-۳ ❋ ساختار فیزیکی واحد استریلیزاسیون مطابق ضوابط مربوط و تسهیلات ایمن است.	سطح یک

- تفکیک، نشانه‌گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل و مسیر عبور یک‌طرفه در واحد استریلیزاسیون
- برنامه‌ریزی صحیح در نوبت‌های کاری در راستای بکارگیری کارکنان در فضاهای تعریف شده با توجه به اصول کنترل عفونت
- وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان
- آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون در خصوص موازین پیشگیری و کنترل عفونت
- مدیریت تردد کارکنان بر اساس موازین پیشگیری و کنترل عفونت در واحد استریلیزاسیون

➢ چند نکته در خصوص واحد استریلیزاسیون

۱. انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به صورت جداگانه انجام شود.
۲. در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده شود.
۳. مسیر عبور یک‌طرفه براساس نشانه‌گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود.
۴. تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود.

رختکن جداگانه در واحد استریلیزاسیون برای پرسنل خانم و آقا و امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها پیش بینی شود و در دسترس مستمر کارکنان باشد. همچنین تسهیلات استاندارد شستشوی دست و ظروف ایمن در فضای کثیف وجود داشته باشد.

الف ۴-۲-۴ ❋ ساختار فیزیکی واحد رختشویخانه مطابق ضوابط مربوط و تسهیلات ایمن است.	سطح یک

- مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار مرکز جراحی و ضوابط مربوط
- رعایت اصول بهداشتی در ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه
- تفکیک دو بخش اصلی تمیز و کثیف بدون تداخل در رختشویخانه
- تهویه مناسب در رختشویخانه

بخش کثیف، محل دریافت و کنترل رخت‌های کثیف و آلوده است. بخش تمیز، محل پردازش رخت‌های شسته شده است. درب ورودی به بخش کثیف بایستی بعد از بخش پذیرش رخت و مستقل از درب خروجی بخش تمیز باشد. در ابتدای بخش‌های کثیف و تمیز می‌بایست جاکفشی به همراه تعداد کافی دمپایی وجود داشته باشد. مسیرهای کثیف و تمیز محیط رختشویخانه شامل محوطه ورودی، محوطه خروجی توسط خط قرمز جدا گردد.

کف واحد رختشویخانه از سنگ یا سرامیک سالم، بادوام، قابل شستشو، غیرقابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی و مقاوم به مواد گندزدا و خورندگی باشد. کف بخش کثیف واحد رختشویخانه دارای تعداد کافی کف شوی با توری ریز و مجهز به شتر گلو بوده و شیب بندی کف بخش به طرف کف شور باشد. دیوار رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و گندزدایی، بدون منفذ و خلل و فرج و از کف تا زیر سقف از جنس مقاوم و صیقلی مانند سنگ، کاشی و یا سرامیک باشد. سقف باید بدون درز وشکاف، به رنگ روشن، صاف و قابل نظافت باشد. لوازم تعبیه شده در سقف، برای مثال لامپ باید به گونه‌ای باشد که تجمع کثیفی، تراکم بخار آب و ریزش ذرات به حداقل برسد. در صورت وجود سقف کاذب، باید بدون درز و شکاف، صاف، به رنگ روشن، ضدحریق، رطوبت و قابل نظافت باشد. درب و پنجره‌ها باید از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ‌زدگی و پوسیدگی باشد. در صورت وجود پنجره در رختشویخانه، تمامی پنجره‌های بازشو مجهز به توری سیمی زنگ‌نزن، بدون پارگی، متحرک و قابل تعویض یا شستشو باشند. در صورت وجود سیستم تهویه مطبوع مطابق ضوابط و مقررات آن سیستم عمل شود.

انبار رخت تمیز دارای دیوار از جنس کاشی، سنگ یا سرامیک مقاوم تا سقف، کف از جنس سنگ یا سرامیک مقاوم، قابلیت شستشو و گندزدایی کف و دیوارها، و تهویه مناسب باشد. قفسه بندی انبار رخت تمیز، ضد زنگ و باید به گونه‌ای باشد که رخت تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت گردد.

تهویه رختشویخانه به نحوی صورت گیرد که همواره هوای داخل تازه، کافی و بدون بو و سالم باشد. به منظور کاهش پتانسیل آلودگی مجدد رخت‌های شسته شده توسط آئروسل‌های آلوده، بخش کثیف رختشویخانه همواره دارای فشار منفی نسبت به بخش تمیز بوده و اگزاست فن‌ها در این بخش نصب شوند. جریان هوا در رختشویخانه همواره از بخش تمیز به طرف بخش کثیف باشد. طراحی سیستم تهویه رختشویخانه باید به گونه‌ای باشد که از اختلاط هوای بخش تمیز و بخش کثیف جلوگیری شود. هوای خروجی هود و هواکش نباید برای مکان‌های مجاور ایجاد مزاحمت نماید. چرخش هوای رختشویخانه مجاز نیست. رطوبت در رختشویخانه حداکثر بین ۵۵-۵۰ درصد باشد.

الف ۴-۲-۵ امکانات و سرویس‌های بهداشتی متناسب با وضعیت افراد کم‌توان جسمی در دسترس است.	سطح دو

- وجود سرویس بهداشتی مناسب و به تعداد کافی برای افراد کم‌توان جسمی
- وجود روشویی مناسب در سرویس‌های بهداشتی متناسب با افراد کم‌توان جسمی
- نصب دستگیره اضافی بر روی قسمت داخلی در به ارتفاع ۸۰ سانتیمتر از کف و ۲۵سانتیمتر فاصله از محور لولا
- نصب شیرهای دستشویی از نوع اتوماتیک با سنسور چشمی و یا اهرمی جهت راحتی در باز و بسته شدن
- نظافت مستمر سرویس‌های بهداشتی
- وجود مواد شوینده و دستمال کاغذی در سرویس‌های بهداشتی

➢ شرایط عمومی سرویس‌های بهداشتی

۱. در سرویس‌های بهداشتی بیماران محلی برای آویز سرم پیش بینی شده باشد.
۲. درب‌های سرویس‌های بهدا شتی از هر دو طرف د ستگیره دا شته، به بیرون باز شده و از داخل قفل نمی شوند و درب‌ها ضد رطوبت و مقاوم در برابر ضربه هستند.
۳. روشنایی مناسب درسرویس‌های بهداشتی تامین شود.
۴. دستگیره اتکا در سرویس‌های بهداشتی نصب باشد و فضای فیزیکی مناسب وجود داشته باشد.
۵. اگزاست و تهویه مناسب، در سرویس‌های بهداشتی وجود داشته باشد.
۶. در نظر گرفتن سرویس‌های بهداشتی مجزا برای پرسنل و مراجعین به تفکیک آقا و خانم به تعداد مناسب.

➢ شرایط سرویس‌های بهداشتی برای حمایت از افراد کم‌توان جسمی

۱. حداقل ابعاد سرویس بهداشتی برای استفاده با ویلچر، ۲ متر در ۲ متر
۲. وجود فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار
۳. عدم وجود اختلاف ارتفاعی در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه
۴. باز شدن در سرویس بهداشتی به بیرون و امکان گشودن آن در مواقع اضطراری از بیرون
۵. ارتفاع مناسب لبه‌ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی‌متر

➢ شرایط سرویس‌های بهداشتی فرنگی اتاق‌های بستری

۱. نصب کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتی‌متر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی‌متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی)
۲. نصب دستگیره افقی در دو سمت توالت فرنگی، با ارتفاع ۷۰ سانتی‌متر از کف و طول آن تا ۲۰ سانتی‌متر جلوتر از لبه‌ی جانبی توالت فرنگی

➢ شرایط روشویی اتاق‌های بستری

۱. امکان دسترسی به کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتی‌متر
۲. حداقل فاصله‌ی لبه‌ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتی‌متر
۳. فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی‌متر از کف تا زیر لبه‌ی کاسه‌ی روشویی برای قرار گرفتن زانو
۴. عمق فضای آزاد (بدون قرارگیری کابینت) در قسمت زانو ۲۰ سانتی‌متر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتی‌متر

الف ۴-۲-۶ البسه و ملحفه‌های مورد نیاز بیماران با شرایط بهداشتی تامین می‌شود.	سطح دو

- تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه‌های تمیز، کثیف و آلوده عفونی به رخشویخانه به صورت جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی
- شستشوی البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی با ماشین لباس‌شویی جداگانه و محلول‌های مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز
- انجام صحیح شستشو البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی
- وجود تجهیزات خشک‌کن و اتوی غلطکی یا پرس برقی سالم و فعال
- خروج رخت‌های آلوده عفونی از بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت گره زده شده و برچسب گذاری البسه آلوده عفونی
- عدم تداخل محل ذخیره البسه و ملحفه تمیز با البسه کثیف
- در دسترس بودن البسه و ملحفه‌های با شرایط بهداشتی به میزان کافی برای بیماران

البسه و ملحفه آلوده عفونی و کثیف (چرک) در ترالی‌ها و بین‌ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رختشویخانه منتقل شود. انتقال البسه و ملحفه‌ها حتی‌المقدور در ساعاتی صورت پذیرد که کمترین میزان تردد در بخش وجود دارد. اتاق کثیف، محل دریافت و کنترل البسه و ملحفه‌های کثیف و آلوده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری البسه و ملحفه‌های تمیز به رخشویخانه وجود داشته و مستندات ثبت البسه کثیف و تمیز در بخش‌ها و رختشویخانه وجود داشته باشد. همچنین برچسب‌گذاری البسه عفونی انجام شود. به منظور ممانعت از تولید آئروسل‌ها و پراکندگی میکروارگانیسم‌ها، رخت‌ها با کمترین تکان دادن و به هم خوردگی و بدون شتاب‌زدگی جمع آوری و جابجا شوند. دسته بندی و یا آب‌کشی رخت‌ها در محلی که آلوده شده‌اند ممنوع است. رخت‌های آلوده عفونی در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیرقابل نشت قرار گرفته و گره زده شود. خروج رخت آلوده از بخش بدون قراردادن در کیسه پلاستیکی و برچسب‌گذاری ممنوع است. حداکثر سه چهارم ظرفیت کیسه‌های پلاستیکی بایستی پر شود. فشردن کیسه‌های پلاستیکی حاوی رخت ممنوع است. دستورالعمل شستشوی انواع البسه تدوین شود و ضمن آگاهی کارکنان بر اساس آن اقدام نمایند. حداقل دو دستگاه لباسشویی اتوماتیک و صنعتی متناسب با ظرفیت البسه ورودی روزانه در رختشویخانه باشد. برگه راهنمای کار با دستگاه در دسترس کارکنان مرتبط بوده و کارکنان از مفاد ضوابط و دستورالعمل اطلاع داشته و دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه نصب و در معرض دید کارکنان باشد. برای اطمینان از عملکرد صحیح گندزدایی، از مواد گندزدا، سفیدکننده و دترجنت‌های دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد.

- مراحل شستشو عبارتست از

۱. شستشو با آب سرد
۲. در صورتی که رخت‌ها آغشته به خون باشند، برای زدودن خون آن‌ها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند.
۳. شستشوی اصلی با آب داغ
۴. افزودن سفیدکننده
۵. شستشو و آبکشی، البسه و ملحفه با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه

استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم)، مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود. میزان کلر باقیمانده در دسترس در محلول ۱۵۰-۵۰ ppm می‌باشد. در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به ۷۱ درجه سانتیگراد، باید از محلول‌های گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل‌های مربوطه استفاده کرد.البسه و ملحفه‌های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند (قرار دادن البسه و ملحفه‌ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است). در صورت استفاده ازدستگاه غیراتوماتیک حداقل دو ترالی مخصوص جهت حمل البسه و ملحفه خیس از ماشین لباسشویی به آبگیر و بعد از آن به خشک‌کن (ترالی البسه و ملحفه خیس) و حمل البسه و ملحفه خشک شده به اطوها (ترالی البسه و ملحفه خشک) باشد. در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک برای لباسشویی با توجه به البسه و ملحفه آلوده یا کثیف و میزان مقاومت البسه و ملحفه‌ها به حرارت از برنامه‌های دستگاه‌ها برای شستشو استفاده شود.

هر البسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر شود باید مجدد شستشو گردد. تمامی البسه و ملحفه‌های اتاق عمل باید بعد از شستشو، اتوکلاو شوند. در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک توصیه می شود مواد شوینده و گندزدا به صورت خودکار به دستگاه اضافه شود. همچنین از مواد شوینده فاقد ترکیبات فسفاته استفاده شود و شوینده‌هایی مانند زئولیت A جایگزین آن‌ها شود.

الف ۴-۲-۷ امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها / واحدها متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات طراحی و اجرا شده است.	سطح سه

- پیش بینی امکانات رفاهی در فضاهای عمومی مرکز جراحی برای گیرندگان خدمت
- نصب تابلوی راهنمای ورودی و طبقات، ورودی بخش‌ها، واحدهای اداری و مالی
- مساحت لابی و امکانات رفاهی آن متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات در مرکز جراحی

- حداقل امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها / واحدها شامل

۱. وجود سالن/سالن‌های انتظار واحدهای پذیرش و ترخیص
۲. وجود مبلمان راحت، تمیز و سالم متناسب با تعداد بیماران با رعایت نکات زیباشناختی و قابل ضدعفونی کردن
۳. وجود آب‌سردکن و لیوان یک‌بار مصرف
۴. تلویزیون یا مانیتور جهت نمایش پیام‌های آموزش سلامت در لابی مرکز جراحی
۵. وجود سرویس بهداشتی خانم‌ها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی

الف ۴-۲-۸ نماهای داخلی و دکوراسیون و مبلمان بر اساس اصول زیبایی شناختی و آسایش و آرامش بیماران و مراجعین طراحی و اجرا شده است.	سطح سه

- هماهنگی رنگ مبلمان و دیوارها و فضای داخلی بخش
- استفاده از آسمان‌نما و نور مصنوعی در بخش‌ها و فضاهایی فاقد نور طبیعی کافی
- جانمایی تجهیزات و وسایل بخش در مکان مناسب و عدم به هم ریختگی تجهیزات در راهروی مرکز
- مدیریت اوراق متصل به درب و دیوار و بخش‌ها و تعبیه اوراق در تابلوهای تعیین شده به شکل زیبا و منظم
- طراحی دکوراسیون مرکز جراحی به شکل هماهنگ، چشم‌نواز و بر اساس اصول زیبایی شناختی، همراه با آرامش گیرندگان خدمت
- تناسب ظاهری، هماهنگ و چشم‌نواز دکوراسیون و مبلمان
- سالم بودن نمای داخلی بخش‌ها و سایر قسمت های مرکز جراحی
- سالم بودن پوشش کف و سقف بخش و اتاق بیماران
- سالم بودن درب و دیوارها در مکان‌های عمومی مرکز جراحی
- سالم بودن نمای داخلی مکان‌های عمومی مرکز جراحی
- استفاده از مصالح متناسب با کاربری هریک از قسمت‌ها

تناسب ظاهری، هماهنگی و چشم نواز بودن نمای داخلی از منظر زیباشناختی و استفاده از اصول گرافیک محیطی در نمای داخلی بخش‌ها / واحدها و مکان‌های عمومی مرکز جراحی مد نظر است.

الف ۴-۳ نظافت، شستشو و گندزدایی با رعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
الف ۴-۳-۱* نظافت، شستشو و گندزدایی اتاق عمل، ریکاوری و سایر فضاهای استریل بارعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح یک
❖ تدوین راهنمای گندزدایی مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت ❖ تدوین دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش‌ها/ واحدهای مختلف مرکز جراحی با توجه به شرایط اختصاصی آن‌ها ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از محتویات راهنما/ دستورالعمل‌های مرتبط ❖ نظافت، شستشو و گندزدایی بخش‌ها/ واحدها بر اساس راهنما/ دستورالعمل‌های مرتبط	
راهنمای گندزدایی شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت تدوین و به‌روزرسانی شود. دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط‌های اتاق‌های عمل و ریکاوری تدوین می‌شود. اطلاع رسانی و آموزش کارکنان خدماتی با توجه به سطح سواد آن‌ها لازم است. آموزش به صورت چهره به چهره باشد و فایل الکترونیکی دستورالعمل در اختیار نیروهای خدماتی قرار گیرد. امکانات و تسهیلات لازم برای نظافت بخش‌ها/واحدها و فضاهای عمومی از قبیل مواد گندزدای مجاز و دارای مجوز از سازمان غذا و دارو تامین شود. از ذکر نام‌های تجارتی محلول‌های گندزدا در دستورالعمل خودداری شود. برچسب گذاری محلول‌های گندزدایی بر اساس دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برچسب گذاری مواد شیمیایی انجام می‌گیرد. برچسب مشخصات ماده شیمیایی خطرناک شامل هشدارهای لازم برای حفاظت کارکنان به منظور اطمینان از در دسترس بودن اطلاعات لازم در زمینه خطرات فیزیکی و اثرات سمی و زیست محیطی مواد به منظور ارتقاء سلامت انسان و محیط است.	
الف ۴-۳-۲* نظافت، شستشو و گندزدایی فضاهای غیر استریل با رعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح دو
❖ شرایط بهداشتی و نظافت اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت می‌شود. ❖ تعویض مستمر و به موقع لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، تشک، پتو، بالش و روتختی‌ها ❖ مطابقت شرایط سقف، کف و دیوار تمامی اتاق‌ها با ضوابط بهداشتی مربوط ❖ نظافت اتاق‌ها و وسایل و تجهیزات آن‌ها مطابق برنامه‌ی زمان‌بندی ❖ نظافت اتاق بیمار حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف ❖ نظافت پنجره‌ها، درب و دیوار، سقف، پرده‌ها ❖ مراقبت از استمرار آراستگی اتاق بیمار توسط کارکنان خدمات بخش	
نظافت اتاق بیمار شامل حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، نظافت پنجره‌ها، در و دیوار و در خصوص سقف و پرده‌ها در بازه‌های زمانی مناسب است. لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، و روتختی‌ها بایستی به طور مرتب و حداقل روزی یک‌بار تعویض گردد. به نحوی که همواره سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشند.	

الف ۴-۴ مدیریت پسماند و فاضلاب بر اساس ضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح
الف ۴-۴-۱ تفکیک در مبدا، دفع، جمع‌آوری، نگهداری در جایگاه‌های موقت و حمل و نقل پسماندهای عادی و عفونی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری اجرا می‌شود.	سطح یک

- ❖ تفکیک در مبدا پسماندهای عادی و عفونی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب گذاری
- ❖ دفع پسماندهای عادی و عفونی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ جمع‌آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش‌ها /واحدها تا جایگاه موقت نگهداری
- ❖ وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع‌آوری و حمل و نقل بهداشتی

پسماندهای عادی، ناشی از کارکردهای خانه‌داری و مدیریت اجرایی مراکز است که شامل پسماندهای آبدارخانه، قسمت اداری مالی و پسماندهای بی‌خطر شده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع‌آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطل‌های آبی و کیسه‌های با رنگ‌بندی مشکی، با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" تامین شود. دفع پسماندهای عادی بر اساس قرارداد معتبر با شهرداری انجام شود. پسماندهای عادی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ مشکی با برچسب پسماند عادی جمع آوری می‌شود. پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری‌زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، پسماندهای عفونی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ زرد با برچسب پسماند عفونی جمع‌آوری و در سطل‌ها و یا کانتینرهای زرد رنگ نگهداری می‌شوند. پسماندهای اتاق‌های عمل، عفونی محسوب شده و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی در این بخش خودداری شود.

✓ دارابودن فناوری غیرسوز (تصفیه حرارتی مرطوب یاخشک نظیر اتوکلاو و مایکروویو و ....) برای تبدیل زباله‌های عفونی به عادی الزامی است.

الف ۴-۴-۲ تفکیک در مبدا، دفع، جمع‌آوری، نگهداری در جایگاه‌های موقت و حمل و نقل پسماندهای تیز و برنده، بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری اجرا می‌شود.	سطح یک

- ❖ تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری
- ❖ دفع پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش‌ها /واحدها تا جایگاه موقت نگهداری
- ❖ وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می‌توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شوند این اجسام شامل سوزن‌ها، سوزن‌های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه‌ها، چاقو، ست انفوزیون، اره‌ها، شیشه شکسته‌ها، لام و لامل و سایر اقلام شیشه‌ای و ناخن بیماران و هر شئ برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیر عفونی باشند، اما در هر دو شکل به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می‌آیند. پسماندهای تیزو برنده در ظروف مستحکم و ایمن[1] استاندارد زرد رنگ با درب قرمز رنگ و برچسب پسماند تیز و برنده دارای خطر زیستی جمع‌آوری می‌شوند. دهانه ظرف باید به اندازه‌ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست، در ظروف انداخت و خارج کردن آن‌ها از ظرف ممکن نباشد، دیواره‌های ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند، پس از بستن درب، از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود، حمل و نقل ظرف آسان و راحت باشد، به هیچ عنوان از کیسه‌های پلاستیکی برای جمع‌آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود و مطابق با ماده ۲۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته جمع آوری شوند. ترالی‌ها به ظروف مستحکم و ایمن مجهز بوده و ظروف نگهداری پسماندهای تیز وبرنده و ظروف جمع آوری پسماند تیز و برنده در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی قرار نمی‌گیرند. همچنین نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاق‌های بستری، ممنوع است. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها درداخل ظروف مستحکم و ایمن که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، جمع‌آوری می‌شوند. در اتاق عمل، در یونیت هر بیمار می‌توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد. پس از پر شدن ۳/۴ ظروف مستحکم و ایمن جمع‌آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده، و سپس بی خطر سازی شوند. سوزن سرنگ نبایستی مجدداً درپوش گذاری شود و بایستی بدون هر گونه دستکاری داخل ظروف مستحکم و ایمن رها و جمع‌آوری شود. سوزن و سرنگ تواماً در ظروف مستحکم و ایمن جمع‌آوری شود. از جداسازی آن اجتناب گردد. سوزن ست‌سرم، جدا شده و در ظروف مستحکم و ایمن قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شده و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.

[1] safety box

الف ۴-۴-۳ تفکیک در مبدا، دفع، جمع آوری، نگهداری در جایگاه‌های موقت و حمل و نقل پسماندهای شیمیایی و دارویی از بخش‌ها /واحدها بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری اجرا می‌شود.	سطح دو

- تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری
- دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت
- جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش‌ها /واحدها تا جایگاه موقت نگهداری
- وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع‌آوری و حمل و نقل بهداشتی

پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه ای با برچسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع‌آوری می‌شوند. روش‌های مجاز دفع بهدا شتی از قبیل محفظه سازی و نحوه ا ستفاده و انعقاد قرارداد از شرکت و سایت‌های دارای مجوز از معاونت بهدا شتی جهت حمل و نقل و دفع بهدا شتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهدا شتی درمانی و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی اجرا می‌شود.

پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته، اقلامی که حاوی دارو و یا آغشته به دارو می باشند که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود. پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای ژن‌ها هستند. پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری‌ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون، باتل‌های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می‌شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.

در سه سنجه فوق زباله‌دان باید به تعداد کافی از جنس مقاوم، قابل شستشو و ضدعفونی کردن و ضدزنگ با درپوش و پدال وکیسه زباله مناسب در مرکز موجود باشد.

در نظر گرفتن اتاق نگهداری موقت زباله که باید دارای سنگ مقاوم و یا کاشی‌کاری تا زیر سقف و قابل شستشو، کف غیرقابل نشت، محکم و دارای امکانات تخلیه و زهکشی مناسب فاضلاب و خارج از فضای درمانی و قابل قفل نمودن باشد. وجود اتاقک تی شوئی با حداقل متراژ ۱/۵ مترمربع با کف مقاوم، قابل شستشو، کاشی کاری یا سرامیک تا زیر سقف مجهز به شیر مخلوط آب گرم و سرد، تی آویز، حوضچه دارای کف شوی فاضلاب رو با عمق ۶۰ سانتی‌متر، تهویه مجزا، قفسه مواد گندزدا و پاک کننده یا استفاده از تی‌شوی پرتابل با در نظر گرفتن فضای مناسب برای نگهداری تی‌شوی.

الف ۴-۴-۴ مدیریت فاضلاب مرکز جراحی بر اساس ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو

- تطابق عملکرد مدیریت فاضلاب مرکز جراحی
- تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب با استانداردهای مرتبط

سیستم جمع‌آوری و دفع فاضلاب از نظر فنی و بهداشتی به گونه‌ای باشد که سطوح، خاک، آب‌های سطحی و زیرزمینی را آلوده نکند، بند پایان و جوندگان به آن دسترسی نداشته باشند، متعفن و بدمنظره نباشد و خروجی فاضلاب با استانداردهای محیط زیست و ضوابط و دستورالعمل‌های ارسالی وزارت مطابقت داشته و مورد تائید معاونت‌های بهداشتی باشد.

ب– مراقبت‌ها و مدیریت امور بالینی

ب–۱ مراقبت‌های عمومی بالینی

ب ۱-۱ مراقبت‌های پزشکی و پرستاری به صورت ایمن و بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود.	سطح
ب ۱-۱-۱ ❋ مراقبت و پایش مستمر و مستقیم پرستاری از بیماران پس از عمل جراحی، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح یک
❖ معرفی پرستار مسئول بیمار، به بیمار/ همراه و ثبت نام پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار ❖ ثبت نتایج ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول ❖ ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستار ❖ همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی مواقع حضور پزشکان و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی‌های انجام شده ❖ مراقبت‌های پرستاری به صورت مستمر، بدون وقفه، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برای هر بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود ❖ ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول ❖ مراقبت و پیشگیری از اتصالات نادرست۱ کاتترها و لوله‌ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط ❖ اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجرا	
توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری به میزان یکسان و با در نظر گرفتن ویژگی‌ها و سطح بندی مراقبتی بیماران انجام پذیرد. تعیین پرستار جانشین در مواردی که پرستار مسئول حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید، الزامی بوده و تحویل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک محل کار بایستی انجام شود. همچنین برای جلوگیری از اختلاف نظر و پوشش کامل مراقبت‌ها در زمان همپوشانی، مدیریت پرستاری، پایان ساعت پوشش هر تیم از کدهای فراخوان را به صورت رسمی ابلاغ نماید. دقت شود جابجایی بیماران از/به اتاق عمل/پروسیجر در ساعات تعویض شیفت نباشد. همچنین موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری و ثبت گزارش مراقبت‌ها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود.	
ب ۱-۱-۲ ❋ پزشکان معالج دارای صلاحیت بر اساس برنامه‌ریزی و طبق زمان‌بندی قبلی در مرکز حاضر شده و جراحی بیماران طبق برنامه انجام می‌شود.	سطح یک
❖ انجام اعمال جراحی مجاز توسط پزشکان در این مراکز طبق لیست اعمال جراحی مجاز و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت ❖ دسترسی بیماران به پزشک معالج دارای صلاحیت در تمام ساعات شبانه‌روز بدون هرگونه اختلال/ تاخیر در روند مراقب و درمان بیمار ❖ قرار گرفتن بیماران تحت مشاوره بیهوشی قبل از هرگونه عمل جراحی بر روی بیمار در مرکز و در صورت لزوم انجام مشاوره‌های پزشکی دیگر	
پزشکان شاغل در این مراکز، تنها مجاز به پذیرش و معاینه بیماران ارجاع شده به مرکز جهت عمل بوده، معاینه بیماران به طور مستقیم و به صورت مطب /کلینیک در این مراکز مجاز نمی باشد.برنامه‌ریزی برای پذیرش و انجام پروسیجر باید به نحوی باشد که در تمام مدت اقامت بیمار در مرکز جراحی پزشک معالج در دسترس باشد. حضور پزشک هم‌طراز فقط در صورت غیبت غیرمترقبه و اضطراری پزشک معالج خواهد بود و مسئولیت برنامه‌ریزی قبلی و نیز هماهنگی های لازم در این مواقع برعهده مسئول فنی مرکز جراحی می‌باشد.	
ب ۱-۱-۳ در صورت نیاز به اقامت شبانه بیماران فعالیت مرکز با استانداردهای مراقبت در روز استمرار می یابد.	سطح دو
❖ ویزیت بیماران توسط پزشک معالج در زمان‌بندی منظم و بدون هرگونه تاخیر/ اختلال در روند مراقبت و درمان بیمار ❖ نظارت مسئول فنی در مرکز تا زمان حضور بیمار در مرکز ❖ حضور مستمر پرستار ذیصلاح ❖ پیش‌بینی برنامه تغذیه بیماران ❖ پیش‌بینی امکان اقامت همراه در صورت نیاز	
برنامه‌ریزی برای پذیرش و انجام پروسیجر باید به نحوی باشد که در تمام مدت اقامت بیمار در مرکز جراحی پزشک معالج در دسترس باشد. حضور پزشک هم‌طراز فقط در صورت غیبت غیرمترقبه و اضطراری پزشک معالج خواهد بود و مسئولیت برنامه‌ریزی قبلی و نیز هماهنگی‌های لازم در این مواقع برعهده مسئول فنی مرکز جراحی می‌باشد.	

[1] Misconnection

ب ۱-۱-۴ * درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت می‌شود.	سطح دو

- آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد
- اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد
- مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن

در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد. در خصوص استفاده از پمپ‌های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل استاندارد از سوی مرکز جراحی رعایت شود. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده‌های پایانی دستورالعمل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و مخدر صورت می‌پذیرد.
دستور و تجویز هرگونه داروی مسکن و مخدر توسط پزشک معالج و با مسئولیت و تحت نظر وی خواهد بود.

ب ۱-۱-۵ نظارت مستمر بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری و تکمیل پرونده‌های پزشکی در حین بستری انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح یک

- نظارت مدون و مستمر بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری توسط مسئول مربوطه
- پایش روند مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران بر اساس اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود اجرا شده
- تدوین و بازنگری مستمر راهنمای ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در پرونده پزشکی بیمار
- ابلاغ راهنمای ثبت صحیح اقدامات پرستاری تدوین شده و توزیع راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به کارکنان و بخش‌های مربوطه
- آگاهی کارکنان پرستاری مرتبط از نحوه ثبت صحیح اقدامات پرستاری بر اساس راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی
- ثبت اقدامات پرستاری در پرونده پزشکی مطابق راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی
- نظارت و گزارش موارد عدم انطباق در نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی توسط پزشکان و سایر گروه‌های بالینی با هماهنگی مدیر پرستاری و رئیس بخش
- طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارت‌ها

تمامی جزئیات و روش‌های بازدیدهای نظارتی در تمام سطوح بایستی تبیین و ضمن پرهیز از بازدیدهای سلیقه‌ای، با استفاده از روش‌های یکپارچه و اثربخش برنامه‌ریزی و انجام شود.
در خصوص فرم‌هایی مثل ارزیابی اولیه پرستاری و سایر موارد مشابه که راهنما/ دستورالعمل توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده است، نیازی به تدوین راهنما نیست و صرفا توزیع راهنما در بخش‌ها و آگاهی کارکنان از محتوا کفایت می‌کند.

ب ۱-۱-۶ * سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار فعال بوده و در دسترس بیماران است	سطح دو

- نصب و آماده به کار بودن و در دسترس بودن سیستم احضار پرستار برای تمام تخت‌ها
- نصب و آماده به کار بودن سیستم احضار کارکنان مرتبط برای فضاهای بسته مانند اتاق‌های تصویر برداری و سایر اقدامات تشخیصی درمانی مانند پرتو درمانی
- نصب و آماده به کار بودن سیستم احضار پرستار یا زنگ اخبار در سرویس‌های بهداشتی و حمام بیماران
- آموزش بیمار جهت استفاده از سیستم احضار پرستاردر بدو ورود
- آگاهی بیمار جهت استفاده از سیستم احضار و نحوه ارتباط با پرستار
- حضور به موقع پرستار بر بالین بیمار پس از احضار توسط بیمار

سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار در راستای حفظ ایمنی بیمار است و فعال بودن آن و پاسخ پرستار به همه فراخوان‌های بیمار اهمیت داشته و آموزش استفاده از سیستم فراخوان / ارتباط با پرستار بایستی در زمان ورود به بخش به بیمار ارائه می‌شود.

ب ۱-۲ شناسایی بیماران به صورت فعال و مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.

ب ۱-۲-۱ * الصاق مچبند شناسایی به دست بیماران در محل پذیرش انجام شده و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانوده صورت می‌پذیرد.	سطح یک

- تهیه مچبند شناسایی در پذیرش
- الصاق مچبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانوده

آموزش بیماران در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از مچبند شناسایی برنامه ریزی و انجام شود.

ب ۱-۲-۲ ❋ قبل از انجام هر اقدام/پروسیجر شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ مچبند به صورت فعال انجام می‌شود.	سطح یک

- ❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال
- ❖ رعایت سیستم کدبندی رنگی مچبند شناسایی
- ❖ آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از مچبند
- ❖ شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی

شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/پروسیجر صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران پذیرش شده بر اساس دستورالعمل ابلاغی بایستی نهادینه شده باشد. تاکید می‌گردد که استفاده از مچبند های شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد. شناسایی صحیح بیماران قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/ درمانی، پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران را تشکیل می‌دهد در صورت عدم نهادینه سازی این مهم در مرکز جراحی، بسیاری از استانداردهای مرتبط با ایمنی و ارتقای کیفیت نیز بدون نیاز به ارزیابی امتیازی کسب نخواهند نمود. نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد. این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.

- ➢ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران

۱. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل مرکز جراحی بر روی مچبندهای شناسایی درج شود.
۲. بایستی حداقل دو شناسه مشتمل برنام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید مچبند پرینت شود.
۳. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در مچبند شناسایی درج شود. در این گونه موارد اطلاع‌رسانی لازم در نوبت‌های کاری مختلف در خصوص وجود بیماران با شناسه‌های مشابه به کادر بالینی و پاراکلینیک داده شود.

- ➢ روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی مچبند شناسایی تطبیق دهید.
۳. اگر بیمارکودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کدبندی رنگی، رنگ "قرمز"فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد "برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر با تاکید بر بیماران در معرض خطر سقوط مورد استفاده قرار می‌گیرد. لازم است بر روی مچبند شناسایی زرد رنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است، درج شود.

- ➢ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

۱. مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی
۲. عدم به کاربستن چک لیست‌های قبل از عمل
۳. عدم رعایت روش‌های صحیح کنترلی
۴. بیماران دارای محدودیت‌های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش‌ها و زبان‌های مختلف
۵. مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر و افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

ب ۱-۳ دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب ۱-۳-۱ ❋ داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می‌شوند.	سطح یک

- ❖ مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده
- ❖ آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر
- ❖ تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت‌های مختلف به صورت حفاظت شده
- ❖ تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی معتبر مصوب مرکز جراحی

➢ نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر

۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی
۳. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستم‌های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام نگهداری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۵. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت‌های دارویی
۶. ارائه آموزش‌های لازم به کادر بالینی در ارتباط با داروهی ایمن در داروهای مخدر
۷. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده‌های درد در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت‌ها
۹. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند با نظارت فرد ثانی
۱۰. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتراسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزیون می‌شود.
۱۱. رعایت هفت قانون دارودهی که عبارت ا ست از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر ا ساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارودهی اضافه شده، عبارت است ازمستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

ب ۱-۳-۲ ❋ داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.	سطح یک

- نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا
- شناسایی داروهای با هشدار بالای مورد استفاده در مرکز جراحی
- برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع
- تعیین و ابلاغ نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا بر اساس شواهد معتبر
- رعایت دقیق نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا
- تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا
- گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با هشدار بالا و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها

بر اساس منابع معتبر زمانی که "داروهای با هشدار بالا"[1] به اشتباه مورد استفاده قرار می‌گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می‌شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می‌توان از میان آن‌ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک‌ها، اوپوییدها، انسولین و آرام‌بخش‌ها اشاره نمود، بیشتر توأم با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می‌توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" است. دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" بایستی محدود باشد. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می‌باشند در محل نگه‌داری 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. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده‌سازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش[2] به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین[3] در مقابل دوبوتامین[4]) در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، هفت قانون دارودهی[5] رعایت شود. ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود. در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات داروئی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات داروئی از پرونده به کاردکس/ سامانه اطلاعات مرکز جراحی بسیار حائز اهمیت است. بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد. در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا هرگز نبایستی در حالت آزاد[6] قرار بگیرد. استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام نگهداری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز" داروهای با هشدار بالا" رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود. آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

یادآوری مهم! در صورت هرگونه حذف داروهای با هشدار بالا از فرآیند برچسب گذاری به دلیل کمبود منابع، امتیازی به این سنجه تعلق نخواهد گرفت و صرفا بایستی بر اساس منابع علمی معتبر و شواهد بومی تصمیم گیری شود.

1 High Alert Medications
2 Tall Man Lettering
3 Dopamine
4 Dobutamine.
5 7Rs
6 Free Mode

ب ۱-۳-۳ ❋ داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.	سطح دو

- ❖ نگهداری ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- ❖ تجویز ایمنِ داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- ❖ محدود نمودنِ دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه
- ❖ جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر
- ❖ تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت‌های با غلظت بالا با اشکال مشابه
- ❖ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می‌تواند به لحاظ شباهت در بسته‌بندی داروئی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می‌شود. وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املاء و تشابه نوشتاری می‌باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می‌شوند. این تشابه غالبا می‌تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات داروئی به صورت شفاهی/تلفنی می‌شود. فلسفه‌ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تا زمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد، مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته‌اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می‌نماید. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می‌شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب‌های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.

- ➢ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود
  ۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه‌برداری
  ۲. بروز خطاها /اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه
  ۳. بروز خطاها /اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه

نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در مرکز جراحی می‌باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره‌ای منظم بازنگری و به‌روز شود). برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد. جعبه محتوی ویال‌ها و آمپول‌ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. حین برچسب گذاری بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح الصاق و از چک مستقل دوگانه استفاده شده و به صورت دوره‌ای به روز شود. برقراری ارتباط در خصوص داروهای مشابه باید به صورت شفاف باشد. بدین منظور از روش‌هایی مانند "Read back/Right Down/ Repeat back" و "Close the Loop" می‌توان استفاده کرد. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار ۵ قانون مرتبط به داروها (دارودهی درست) اعمال گردد. به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش[1] استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی صورت پذیرد. روش و نحوه تحویل موقت خدمات در بخش‌های بستری یا انبارهای دارویی در زمان ترک موقت خدمت مشخص باشد. همچنین بایستی به بیماران و مراقبین آنان آموزش داده شود که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک هستند، شرکت‌های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می‌کنند و معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می‌شوند. به بیماران برگه‌های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام‌های ژنریک و تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی داده شود. با توجه به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط به اسامی و اشکال مشابه دارویی، بیماران به نگهداری فهرستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی‌شان تشویق شوند. به بیماران توضیح داده شود که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند. بیماران و خانواده آنان به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب شوند. به بیماران آموزش داده شود که در صورت مغایرت داروهای آنان با رژیم دارویی معمولی‌شان، قبل از مصرف حتماً به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند. در صورتی که داروی بیمار نیاز به ابزار اندازه‌گیری (برای مثال: وجود قاشق یا پیمانه برای شربت‌ها) دارد، در اختیار وی قرار گیرد. هفت قانون دارودهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارودهی اضافه شده، عبارت است ازمستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

[1] Tall Man Lettering

ب ۱-۳-۴ ❋ دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی انجام می‌شود.	سطح دو

- ❖ آموزش هفت قانون دارو دهی به کارکنان ذیربط
- ❖ رعایت هفت قانون دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- ❖ نظارت بر اجرای بهینه در زمان نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار
- ❖ اطمینان از عدم وجود حساسیت داروئی قبل از تجویز هر گونه دارو

هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح به علاوه دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده که عبارتند از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. عدم کفایت دانش و آگاهی کادر بالینی درخصوص موارد مصرف، منع مصرف و تداخلات دارویی و نیز عدم توجه به عوامل جسمانی، شناختی، روانی/هیجانی و اجتماعی بیماران مانند آلرژی، بارداری، بیماری‌های همراه، سواد سلامت و سایر داروهای مصرفی آنان از دیگرمنابع و علل خطاهای دارویی ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می شوند که با افزایش تعداد داروهای مصرفی، این مشکل هم رو به افزایش است. خطاها می توانند شامل نوشتن نسخه برای بیمار اشتباه، دوز اشتباه دارویی، داروی اشتباه، راه اشتباه مصرف یا زمان اشتباه برای دادن دارو به بیمار باشد. دست خط ناخوانا، سوء تفاهم‌ها در محاوره کلامی و کاربرد اختصاراتی که دارای چندین معنا بوده و می توانند به صورت نادرست تفسیر شوند، خطاهای ریاضی ناشی از محاسبه اشتباه دوز دارو به علت بی دقتی یا خستگی و هم چنین ناشی از عدم آموزش کافی و نا آشنایی با نحوه کار با حجم‌ها، مقادیر، غلظت‌ها و واحدها و/یا فقدان دسترسی به پارامترهای به روز از سایر علل خطاهای دارویی در ضمن نسخه نویسی داروها محسوب شود.
خطاهای سنتی در فرآیند دادن دارو به بیمار عبارتند از مصرف دوز اشتباه دارو به بیمار اشتباه، راه مصرف اشتباه، در زمان اشتباه یا داروی اشتباه.
ندادن دارو بر طبق نسخه دارویی تجویز شده به بیمارو مستند سازی نامناسب و خطاهای محاسباتی/ اشتباهات محاسباتی برای داروهای وریدی (برای مثال قطرات/ ساعت یا قطرات/ دقیقه، ml/h یا ml/min) از اشکال خطاهای مرتبط به این مرحله است. این خطاها می‌توانند ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب، لغزش یا خطای حافظه و عدم توجه/ تمرکز آنی، عدم کنترل روش‌ها، عدم دقت و خواب آلودگی و نیز شرایط محیط کاری زیر استاندارد و طراحی و بسته بندی داروها باشد.

➢ روش‌هایی برای مصرف ایمن‌تر داروها جهت توصیه به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمت در حیطه دارویی:

۱. استفاده از اسامی ژنریک
۲. داروهای بیماران را منطبق با نیازهای فردی آنان نسخه نویسی نمایید.
۳. اخذ تاریخچه کامل دارویی را بیاموزید و به آن عمل کنید.
۴. نام داروهایی را که با خطر بالای وقایع ناخواسته تؤام می باشند، بدانید.
۵. در مورد داروهایی که نسخه نویسی می نمایید، بیشتر بدانید.
۶. از کمک حافظه‌ها استفاده کنید و به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید.

➢ دو پیام مهم ایمنی دارویی

۱. داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شوند.
۲. هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست، به بیمار ندهید.

ب ۱-۳-۵ ❋ تلفیق دارویی بیماران برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح دو

- ❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال و تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی
- ❖ ایجاد کامل‌ترین و صحیح‌ترین فهرست دارویی "بهترین تاریخچه دارویی ممکن"
- ❖ مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش یا ترخیص و توجه به ناهمخوانی‌های احتمالی و رفع آن
- ❖ رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق داروئی در تمام مراحل

ارائه خدمات دارویی، فرآیند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، نگهداری، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می‌تواند رخ دهد. تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می‌گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزیی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم‌گیری برای دستور مناسب‌ترین دارو برای بیمار می‌نماید. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می‌نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/ داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می‌شود.

- ➢ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند

۱. داروهای نسخه شده
۲. ویتامین‌ها
۳. داروهای روی پیشخوان[1] یا همان داروهایی که خرید و مصرف آن‌ها نیاز به تجویز پزشک ندارد
۴. مواد تشخیصی و کنتراست‌ها
۵. تغذیه مکمل
۶. فرآورده‌های خونی و مایعات وریدی
۷. موادغذایی و داروهای گیاهی

[1] Over The Counter (OTC)

ب ۱-۴ آموزش بیماران، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح
ب ۱-۴-۱ در بدو ورود توضیحات و آموزش‌های لازم به بیمار و خانواده وی ارائه می‌شود.	سطح یک

- تعیین حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری
- تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار /همراه
- ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار
- ارائه توضیحات لازم به بیمار/خانواده وی توسط پزشک معالج قبل از انجام پروسیجر
- آموزش بیمار در حین اقامت در مرکز جراحی محدود
- تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار

ارائه توضیحات به بیمار و آموزش برای تصمیم‌گیری و آمادگی برای انجام پروسیجر توسط پزشک معالج و قبل از پذیرش در مرکز به بیمار و خانواده وی ارائه می‌گردد.
بسته به نوع پروسیجر ممکن است آموزش‌های در حین اقامت بیمار در مرکز لازم باشد که این توضیحات/آموزش‌ها به تناسب توسط پزشک معالج/ سایر کارکنان بالینی به بیمار/خانواده وی ارائه خواهد شد. مرکز جراحی محدود بایستی دارای برنامه مدون و ابزار آموزشی مناسب به تفکیک پروسیجرهای در دست انجام در مرکز و شرایط بیماران برای آموزش به بیماران و خانواده آنها داشته باشد. شیوه‌های آموزش شامل انواع آموزش چهره به چهره - فیلم و پوستر - پمفلت یا سایر رسانه‌های آموزشی است. آموزش‌ها در بدو ورود به بخش توسط پرستار حداقل شامل آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار است.

➢ حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری

۱. اطلاعات قابل فهم در باره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن
۲. مراحل و طول مدت احتمالی درمان
۳. وجود درمان‌های جایگزین احتمالی
۴. عوارض درمان یا عدم درمان
۵. داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آن‌ها
۶. تغذیه و رژیم درمانی
۷. بازتوانی
۸. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

➢ حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری

۱. افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض
۲. وضعیت مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
۳. محدوده/ محدودیت‌های فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل
۴. نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
۵. مراقبت‌ها/ محدودیت‌های حرکتی با ذکر دلایل
۶. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

ب ۱-۴-۲ آموزش‌های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو

- ارائه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران
- ارائه دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص توسط پزشک معالج
- ارائه اطلاعات و آموزش‌های لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار
- ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص

آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران بایستی طبق دستورالعمل و روش‌های تعیین شده در چارچوب سیاست‌های آموزشی ابلاغی مدیریت خدمات پرستاری ارائه شود. استفاده از ابزارهای استاندارد مانندSMART برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود

- دستورات لازم برای مراقبت‌های بعد از ترخیص حداقل شامل

۱. محدوده/ میزان فعالیت‌های فیزیکی
۲. تغذیه و رژیم درمانی
۳. نحوه مصرف دارو
۴. برنامه بازتوانی و مراقبت‌های توانبخشی
۵. زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب
۶. علایم/ نشانه‌های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری
۷. سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

ب ۱-۴-۳ آموزش‌های پس از ترخیص و ارتباط با بیماران تا بهبودی کامل حفظ شده و به تمامی سوالات و ابهامات بیماران پاسخگویی می‌شود.	سطح سه

- پیگیری بیماران پس از ترخیص و استمرار آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی
- پیگیری انجام دستورات مراقبتی بعد از ترخیص
- ارائه اطلاعات و پاسخ به تمامی سوالات بیمار/ خانواده به صورت گفتاری به زبان قابل فهم بیمار/ خانواده توسط پرستار
- کسب اطمینان از روند بهبود بیمار

استمرار مراقبت پس از ترخیص در مراکز جراحی اهمیت زیادی دارد. لذا مرکز جراحی بایستی برنامه‌ای منظم و مدون برای این مهم طراحی و اجرا نماید.

- موارد استمرار در آموزش بیمار پس از ترخیص شامل موارد ذیل است

۱. آموزش و تاکید مجدد بر محدوده/ میزان فعالیت‌های فیزیکی
۲. آموزش و تاکید مجدد بر رعایت تغذیه و رژیم درمانی
۳. آموزش و تاکید مجدد در زمینه رعایت نحوه مصرف دارو تجویز شده
۴. آموزش و تاکید مجدد بر انجام برنامه بازتوانی و مراقبت‌های توانبخشی
۵. آموزش و تاکید مجدد بر نحوه و ضرورت مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب
۶. آموزش و تاکید مجدد در خصوص وضعیت علایم/ نشانه‌های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری
۷. آموزش بیمار در سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

ب ۱-۵ ترخیص بیماران به صورت ایمن و تسهیل شده برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح
ب ۱-۵-۱ ❋ ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می‌شود.	سطح یک
❖ اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبت/ جایگزینی سایر شیوه‌های مراقبتی ایمن خارج از مرکز جراحی ❖ ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار پس از پروسیجر و قبل از ترخیص ❖ ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل ❖ مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام ترک مرکز جراحی ❖ مدیریت دارویی در فرآیند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص ❖ آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص ❖ شناسایی و برنامه‌ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت‌های توانبخشی ❖ شناسایی و ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پی‌گیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص ❖ شناسایی بیماران/ مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی	
استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART[1] برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود. آموزش " مراقبت از خود"، درمان‌های نگاهدارنده، پی‌گیری/مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب همچنین در موارد ترخیص با میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه موکد می‌گردد. ترخیص ایمن مفهومی همه جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است. ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است. شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر بر اساس سنجه‌های ب-۱-۴-۲ و ب-۱-۴-۳ صورت می پذیرد. ➢ نکاتی مهم در خصوص ترخیص ایمن بیماران از مراکز جراحی ۱. اندازه گیری دقیق علائم حیاتی بیمار و درج در پرونده پزشکی ۲. صدور دستورات پزشکی لازم توسط جراح و درج آن در پرونده پزشکی بیمار ۳. آموزش بیمار در خصوص نحوه رعایت دستورات پزشکی ۴. دستور کتبی ترخیص توسط پزشک معالج در صورت عدم وجود عارضه و یا پیش بینی عارضه بعدی برای بیمار	
ب ۱-۵-۲ فرآیند ترخیص، به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان برنامه‌ریزی و اجرا و در زمان ترخیص، خلاصه پرونده و مستندات مورد نیاز در اختیار بیماران قرار داده می‌شود.	سطح دو
❖ برنامه‌ریزی و انجام ترخیص بیماران بستری در کوتاه‌ترین زمان پس از دستور پزشک ❖ پیش بینی سامانه‌های پرداخت الکترونیک در تمامی پایانه‌های مالی (پوز) در واحد ترخیص ❖ ارائه صورت‌حساب کامل شامل تمامی هزینه‌های تشخیصی و درمانی با رعایت ضوابط مربوط به بیماران در زمان ترخیص ❖ محول نشدن وظایف و فرآیندهای اجرایی که بایستی توسط کارکنان انجام شود به بیمار/همراه در فرآیند ترخیص ❖ رضایت‌مندی بیماران از نحوه ترخیص به صورت آسان و در حداقل زمان ❖ تکمیل خلاصه پرونده قبل از ترخیص بیمار توسط پزشک معالج/ جانشین ذیصلاح ❖ ارائه نسخه‌ای تکمیل شده و خوانا از خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص ❖ بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده بیمار	
صرفا پز شک معالج بایستی ترخیص ایمن را مدیریت و هدایت نماید. داده‌های خلا صه پرونده بیمار حداقل شامل شکایت ا صلی بیمار علت پذیرش/بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات و پاراکلینیک، فهر ستی از خدمات ارائه شده، داروها و نحوه انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار است.	

[1] SMART Tool(Signs,Medications,Appointments,Results,Talks)

ب ۱-۵-۳ ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح سه

- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از ادامه روند درمان طبق دستورات/ آموزش‌های پزشک/پرستار در زمان ترخیص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های خود مراقبتی و ارائه آموزش‌های تکمیلی پس از ترخیص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های بازتوانی و ارائه خدمات توانبخشی به بیمار پس از ترخیص
- پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه‌های مراجعه بعدی و ارائه خدمات سرپایی به بیماران پس از ترخیص
- ایجاد سامانه‌های پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت

تمامی موارد پیگیری بایستی به صورت فعال برنامه‌ریزی و انجام شود. پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص کفایت نمی‌نماید. استمرار مراقبت پس از ترخیص در مراکز جراحی اهمیت زیادی دارد. لذا مرکز جراحی بایستی برنامه ای منظم و مدون برای این مهم طراحی و اجرا نماید.

- موارد پیگیری روند مراقبت و درمان بیمار پس از ترخیص شامل رعایت موارد ذیل است

۱. رعایت محدوده/ میزان فعالیت‌های فیزیکی
۲. رعایت تغذیه و رژیم درمانی
۳. رعایت نحوه مصرف دارو تجویز شده
۴. انجام برنامه بازتوانی و مراقبت‌های توانبخشی
۵. پیگیری مراجعه مجدد به درمانگاه/ مطب
۶. بررسی وضعیت علایم/ نشانه‌های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری و پیگیری سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

ب-۲ پیشگیری و مدیریت آسیب‌های ناشی از جراحی

ب ۲-۱ عملکرد مرکز جراحی بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های پیشگیری و کاهش عوارض و آسیب‌های ناشی از جراحی است.	سطح
ب ۲-۱-۱ ❋ مرکز جراحی برای مدیریت/ کاهش عوارض و آسیب‌های ناشی از جراحی و بیهوشی برنامه‌ریزی نموده و بر اساس آن اقدام می‌نماید.	سطح یک

- ❖ شناسایی و فهرست نمودن تمامی عوارض احتمالی ناشی از جراحی با توجه به فهرست اعمال جراحی مجاز در مرکز
- ❖ برنامه‌ریزی و تبیین روش‌های پیشگیری و کنترل تمامی عوارض احتمالی ناشی از جراحی با مشارکت پزشکان و پرستاران

آنچه در این استاندارد مد نظر است تعهد و مسئولیت‌پذیری تیم مدیریت به ایمنی بیماران و کاهش عوارض و آسیب‌های ناشی از جراحی است. وجود برنامه‌های مدون برای کنترل و حمایت بالینی از بیماران در زمان بروز خونریزی‌های غیر مترقبه در حین جراحی، برنامه‌های مدون برای پیشگیری و کنترل ترومبوز عروقی، همچنین پیشگیری و کنترل عفونت پس از جراحی و اتصالات از مبانی پایه و الزامی و مشترک در همه مراکز جراحی است. اما انتظار می‌رود هر مرکز جراحی با توجه به شرایط بومی بیماران و نوع خدمات جراحی، بر اساس منابع معتبر علمی برنامه‌های مدون برای شناسایی، پیش‌گیری و کنترل همه عوارض و آسیب های ناشی از جراحی را برنامه‌ریزی و مدیریت نماید.

ب ۲-۱-۲ ❋ بیماران آسیب‌پذیر و در معرض خطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.	سطح یک

- ❖ شناسایی بیماران آسیب‌پذیر
- ❖ توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب‌پذیر در شناسایی و احراز هویت آن‌ها در تمامی مراحل مراقبت و درمان
- ❖ حمایت و مدیریت اقدامات با لحاظ عوامل آسیب‌پذیری آن‌ها
- ❖ شناسایی بیماران پرخطر با میزان ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه
- ❖ استفاده از مچبند زرد برای بیماران پرخطر
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض خطر
- ❖ آموزش اثربخش به بیماران و خانواده بیمار برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب‌پذیر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی[1]، افراد بی‌خانمان و .... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند آلزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرآیند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرآیند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند. در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرآیند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می‌باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرآیند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند.

منظور از بیماران در معرض خطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی- درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند. از بین خطرات، موضوع احتمال سقوط بایستی به طور کامل در مراکز جراحی شناسایی و با مچبند زرد شناسایی و این خطر مدیریت شود. برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورس[2]، و مانند آن پیشنهاد می‌شود.

[1] Anti social

[2] MORSE Scale

ب ۲-۱-۳ ❊ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوط گزارش می‌شوند.	سطح یک

- ❖ گزارش حوادث ناخواسته درمان بر اساس شیوه‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت
- ❖ انجام اقدامات لازم طبق مراحل شیوه‌نامه ابلاغی وقایع ناخواسته با هماهنگی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

➢ روش‌های مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل:

۱. دریافت گزارش
۲. شکایات واصله
۳. دریافت گزارش بازدیدها و ممیزی‌ها و گزارش‌های نظارتی و مدیریتی
۴. بررسی پرونده
۵. سایر روش‌های بومی در مرکز جراحی

ارائه گزارش وقایع ناخواسته در فهرست مورد انتظار به دانشگاه/ دانشکده پزشکی مربوط براساس تاکید وزارت بهداشت در جمع‌آوری گزارش وقایع ناخواسته در سطح ملی است. لذا این امر به معنی عدم نیاز به گزارش، تحلیل ریشه‌ای و مدیریت سایر وقایع ناخواسته درمان در سطح مرکز جراحی نیست و بایستی تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت سلامت شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند. اجرای دستورالعمل ابلاغی وقایع ناخواسته درمانی لازم الاجرا است. تیم مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه[1]، گزارش‌دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج می‌نماید. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می‌گردد که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند، ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل پذیرش و تحمل نیست.

✍ بخشنامه ابلاغ شیوه‌نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی[2] شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴د مورخ ۹۶/۱۲/۶

1 Just Culture
2 Never Events

ب ۲-۱-۴ ❋ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت می‌شوند.	سطح دو

- ❖ اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار جهت ترویج گزارش‌دهی وقایع ناخواسته از سوی تیم مدیریت
- ❖ شناسایی علل ریشه‌ای منجر به وقایع ناخواسته ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار[1]، موارد بدون آسیب[2]، موارد نزدیک به وقوع[3]
- ❖ وجود روشی مشخص برای گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته و روش اجرایی آن
- ❖ بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته به منظور برنامه‌ریزی برای ارتقاء ایمنی بیمار و بهبود فرآیند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته
- ❖ طراحی و اجرای برنامه/ مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته
- ❖ نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر جهت ارتقاء گزارش‌دهی وقایع ناخواسته
- ❖ اطلاع رسانی/ بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان
- ❖ به مشارکت گذاشته شدن درس‌های آموخته شده با سایر کارکنان
- ❖ استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرآیندها

➢ طراحی و اجرای برنامه/ مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل ذیل است

۱. مداخلات/ اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده
۲. مداخلات/ اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش و مانند آن در خصوص وقایع تکرارشونده مشابه یا با احتمال بیشتر برای بروز مجدد

➢ نکاتی مهم در زمینه گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت

۱. مدیریت پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نماید.
۲. گزارش‌ها از نظر روند گزارش دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارش‌های وا صله به تفکیک بخش/واحد، ر سته شغلی د سته بندی محرمانه شده در ارتقاء گزارش‌دهی مورد بهره‌برداری قرار گیرند.
۳. نظارت و پایش برنامه/ مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر مانند انجام ممیزی بالینی و چرخه PDCA صورت گیرد.
۴. درس‌گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آن‌ها به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرآیندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی باشد.
۵. درس‌های آموخته شده ترجیحاً از طریق دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوطه با سایر مراکز جراحی به مشارکت گذاشته شده/ منتشر می‌شوند.

وجود رویکرد عاری از سرزنش نابجای کارکنان منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در وقایع ناخواسته درمان از سوی مدیریت اولین گام در ترویج گزارش‌دهی است. در همین راستا آگاهی مدیریت از نقش نواقص/عوامل سیستمیک/ زمینه‌ساز و نیز تاثیر عوامل انسانی در بروز وقایع ناخواسته و خطاها بسیار با اهمیت است. ایفای نقش موثر از سوی تیم مدیریت در خصوص وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار از منظر نقش/ عملکرد کارکنان و حمایت از کارکنان درگیر در وقایع ناخوا سته منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار و البته عدم پذیرش بی‌مبالاتی‌ها در مواردی مانند میانبر زدن یا بی توجهی به قوانین جاری مسیر بهبود ایمنی بیمار در مرکز جراحی را حمایت و تضمین می کند. در واقع تیم مدیریت مرکز این موضوع را درک می‌نماید که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است تحت شرایط، رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل پذیرش و تحمل نمی‌باشند.

[1] Sentinle Events
[2] No harm Events
[3] Near Misses

ب ۲-۱-۵ ❋ استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی مرکز جراحی مشهود است.	سطح سه

- ❖ آگاهی و تعهد تیم مدیریت مرکز جراحی به اصول فرهنگ ایمنی بیمار
- ❖ آگاهی و پایبندی کارکنان مرکز جراحی به اصول ایمنی بیمار
- ❖ نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی

فرهنگ ایمنی بیمار در یک سازمان، محصول ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراک و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی و روش و کارآمدی آن را نشان می‌دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دو طرفه است که در آن همه کارکنان می‌توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آن‌ها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند.

- در صورت استقرار کامل فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در مرکز جراحی شاهد اتفاقات مثبت ذیل خواهیم بود
  ۱. سازمان از خطاهای گذشته تجربه کسب کرده و می‌آموزد.
  ۲. منابع مورد نیاز، ساختار مناسب و مسئولیت پذیری مطلوب جهت حفظ اثر بخشی سیستم‌ها تامین می‌شود.
  ۳. پیشگیری از خطاها برنامه‌ریزی و به نحو موثری انجام می‌شود.
  ۴. عوارض ناخواسته خطاها کاهش می‌یابد.
  ۵. تمامی کارکنان در قبال ایمنی خودشان، سایر کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان مسئولیت پذیرند.
  ۶. در نظر کارکنان، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
  ۷. در نظر تیم مدیریت، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
  ۸. مدیریت مرکز به شناسایی، ارتباط و حل مشکلات مرتبط به ایمنی تشویق/ پاداش می‌دهد.
  ۹. گزارش دهی وقایع ناخواسته تبدیل به هنجار سازمان شده است.
  ۱۰. ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی مرکز جراحی یک ارزش سازمانی نهادینه شده است.
- سطوح فرهنگ ایمنی بیمار (بر اساس تحلیل وضعیت موجود، مرکز جراحی در یکی از سطوح پنج گانه ذیل قرار می‌گیرد.)
  سطح (۱): فرهنگ سازمانی بیمار[1]، چرا وقتمان را روی ایمنی تلف کنیم!
  سطح (۲): فرهنگ سازمانی واکنشی[2]، اگر اتفاقی بیفتد بالاخره یک کاری می‌کنیم!
  سطح (۳): فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستم‌ها و ضوابط اداری[3]، سیستم‌هایی برای مدیریت ایمنی مستقر داریم.
  سطح (۴): فرهنگ سازمانی پیشگیرانه[4]، همیشه نسبت به ریسک‌ها هوشیاریم.
  سطح (۵): فرهنگ سازمانی مولد[5]، مدیریت خطر جزء اصلی تمامی فعالیت‌های سازمانی است.
- نقش رهبری و مدیریت نسبت به ارتقاء ایمنی بیماران
  ۱. التزام به اولویت بخشی، پشتیبانی و تامین منابع برنامه‌های ایمنی بیمار
  ۲. نگرش سیستمیک در قبال بروز وقایع ناخواسته
  ۳. اجتناب از اتخاذ رویکرد فردی و سرزنش نابجا و جلب مشارکت کارکنان در موضوعات ایمنی بیمار
  ۴. اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود کیفیت برای ارتقاء ایمنی بیماران در مستندات مانند برنامه استراتژیک، برنامه‌های عملیاتی
  ۵. تایید کارکنان و بیماران مبنی بر تعهد تیم مدیریت مرکز به مدیریت ایمنی بیمار
- نقش کارکنان نسبت به ارتقاء ایمنی بیماران
  ۱. آگاهی کارکنان از مبانی و فرهنگ ایمنی بیمار
  ۲. آگاهی کارکنان از نقش و مسئولیت خود در مرکز در ارائه خدمات ایمن.
  ۳. اولویت بخشی به ایمنی بیمار در پیوست ارائه خدمات توسط کارکنان
  ۴. آگاهی کارکنان از روش‌های اجرائی استاندارد ایمنی بیمار و متعهد به عمل بر اساس آن
  ۵. عدم وجود فضای سرزنش بین کارکنان به خاطر درخواست کمک، پرسش و یا بروز خطای انسانی

1 Pathological
2 Reactive
3 Bureaucratic
4 Proactive
5 Generative

ب ۲-۲ مراقبت های اورژانسی به صورت ایمن برای بیمارانی که به هر علت بدحال می شوند، برنامه ریزی شده و ارائه می‌شود.	سطح
ب ۲-۲-۱ ❋ شناسایی و ارائه مراقبت‌های فوری به بیماران بدحال و اورژانسی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح یک
❖ "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی" ❖ رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی در تمام ساعات شبانه روز ❖ برنامه‌ریزی برای ارائه مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد تا انتقال ایمن و رسیدن بیمار به بیمارستان معین	
بیماران اورژانسی به بیماران بدحالی اطلاق می‌شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت‌های فوری، ضرورت پایدار سازی و خروج آن‌ها از شرایط بحرانی است. مراقبت و مانیتورینگ شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس‌اکسی‌متری) است. ➢ حداقل‌های مورد انتظار در "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی" ۱. کسب اطمینان از مهارت پزشکان/پرستاران در شناسایی به موقع تغییر حال و وخامت وضعیت بالینی بیماران ۲. رصد وخامت حال بیماران با احتمال وخامت در فاصله زمانی ارزیابی‌های پرستاری و پزشکی ۳. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانسی ۴. پایدارسازی اولیه و ارائه مراقبت‌های مستقیم پزشکی و پرستاری و بازنگری فاصله زمانی و تواتر مراقبت‌ها ۵. اتخاذ شیوه‌های کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران ۶. استفاده از امکانات مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال در صورت لزوم تا زمان رسیدن به بیمارستان معین ۷. فراخوان بدون تاخیر/ تعلل پزشکان مربوط در شرایط وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز	
ب ۲-۲-۲ ❋ انتقال سریع و ایمن بیماران بدحال به بیمارستان‌های طرف قرارداد برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.	سطح یک
❖ وجود قرارداد رسمی حداقل یک ساله مبنی بر پشتیبانی کامل بیمارستان مورد تایید دانشگاه از مرکز جراحی ❖ قرار گرفتن بیمارستان معین در فاصله مناسب با قابلیت ارائه خدمات متناسب با فعالیت‌های مرکز جراحی طبق قرارداد مشخص و معتبر ❖ مشخص بودن نحوه پرداخت هزینه‌ها به بیمارستان طرف قرارداد به نحوی که هیچ‌گونه تاخیر یا خللی در ادامه روند مراقبت و درمان بیمار رخ ندهد ❖ برنامه ریزی جهت امکان استفاده به موقع از آمبولانس در مرکز جراحی به نحوی که هیچ‌گونه تاخیر یا خللی در ادامه روند مراقبت و درمان بیمار رخ ندهد	
مرکز باید برای رفع مشکل بیماران که ممکن است در حین و یا بعد از عمل بوجود آید با یک بیمارستان قرارداد رسمی مورد تایید دانشگاه/ دانشکده ذی‌ربط منعقد نماید تا بیماران مذکور بلافاصله و بدون قید و شرط در آن بیمارستان بستری شوند. در این قرارداد ارائه خدمات بخش‌های ویژه لحاظ گردیده و در صورت مهیا نبودن تخت خالی، بنابر شرایط بیمار خدمات مورد نیاز مشابه بخش‌های ویژه در بیمارستان طرف قرارداد به بیماران نیازمند این خدمات ارائه خواهد شد. هزینه‌های بیمار با مرکز ارجاع کننده خواهد بود. در قرارداد مذکور، شرح و نحوه همکاری کاملاً تشریح و وظایف طرفین در قبال بیماران ارجاعی و پشتیبانی کامل بیمارستان مشخص شود. بدیهی است پس از انقضای مدت قرارداد مذکور، تجدید و تسلیم آن به دانشگاه مربوطه الزامی است. تهیه یک دستگاه آمبولانس با معرفی خدمه و تجهیزات آن که به تایید سازمان اورژانس کشور رسیده باشد، الزامی می باشد. در صورت عدم امکان ترخیص بیمار طی ساعت‌های مجاز، ارجاع بیمار به بیمارستان طرف قرارداد بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود.	
ب ۲-۲-۳❋ در موارد اورژانسی تزریق خون و فرآورده‌های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبت‌های مستمر انجام می‌شود.	سطح یک
❖ شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی ❖ مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی ❖ مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی ❖ بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون بیمارستان معین، همزمان توسط دو کادر بالینی ❖ بررسی تاریخ انقضاء کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فرآورده‌های خونی ❖ بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشتی پیش از تزریق خون و فرآورده‌های خونی ❖ 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 ارزیابی‌های مکرر بر بالین بیمار	
بیمارانی که احتمال نیاز به تزریق خون و فرآورده‌های خونی در آن‌ها وجود دارد نباید در مرکز جراحی پذیرش شـــوند. در مرکز جراحی در صـــورتی انتقال خون و فرآورده‌های خونی صورت می‌گیرد که به صورت اورژانسی نیاز بیمار باشد.	

ب ۲-۲-۴ ❋ ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است.	سطح یک
❖ چیدمان دارو و تجهیزات ترالی احیاء مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی ❖ دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیاء ظرف مدت یک دقیقه ❖ مدیریت و به روزرسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری ❖ استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص مرکز جراحی	
تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در مرکز جراحی بر اساس مصوبات مرکز جراحی و منطبق برآخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.	
ب ۲-۲-۵ ❋ راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" اطلاع‌رسانی شده و کارکنان بالینی در این زمینه مهارت کافی دارند.	سطح یک
❖ نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل احیای قلبی ریوی مورد تایید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر ❖ مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان	
آموزش پایه و اساس مهارت‌های مهمی چون احیاء قلبی ریوی است. اما آنچه مهم است توانایی بکار بستن آگاهی‌های دانشی پس از طی دوره‌های آموزشی است. لذا بر اساس روند شاخص‌های عملکردی مانند نرخ احیای قلبی ریوی موفق در اورژانس و دیگر شاخص‌های مرتبط با عملیات نجات می‌توان روند عملکرد گروه/گروه‌های احیاء را رصد نمود. از طرفی پایش میدانی و ارزیابی نحوه عملکرد گروه احیاء توسط مسئول فنی/ ایمنی و مدیریت پرستاری و بر اساس آن برنامه‌ریزی‌های آموزشی و یا بازنگری ترکیب گروه احیاء ضرورت مدیریتی اجتناب ناپذیر در روند بهبود این عملیات درمانی مهم و حیاتی است.	
ب ۲-۲-۶ ❋ گروه احیاء متناسب، با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت در زمان اعلام کد بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می‌شوند.	سطح یک
❖ تعیین گروه/ گروه‌های احیاء متناسب وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف مرکز جراحی با امکان حضور فوری بر بالین بیماران ❖ وجود برنامه گروه/گروه‌های احیاء و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیاء در تمام ساعات شبانه روز ❖ سرپرستی گروه/ گروه‌های احیاء با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیاء	
منظور از امکان حضور فوری است. بدیهی است عضو مقیم تیم احیاء در بخش مربوط بلا درنگ نسبت به آغاز عملیات نجات اقدام می نماید. پزشک ذیصلاح توسط مرکز جراحی به عنوان رهبر تیم احیاء تعیین و انجام وظیفه می‌نماید. این مهم با توجه به نوع خدمات تخصصی، نوع بیماران به تشخیص کمیته ارتقای خدمات اورژانس مرکز جراحی برنامه‌ریزی می‌شود.	
ب ۲-۲-۷ ❋ مشاوره‌های تخصصی اورژانسی برنامه‌ریزی و در حداقل زمان انجام می‌شود.	سطح یک
❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید "مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر" توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در پرونده بیمار ❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ❖ حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار ❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک ❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج ❖ شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج	
مشاوره‌های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد، اما درصورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می‌باشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره‌های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی به تفکیک سرویس‌های تخصصی توصیه می شود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضاء و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد.	

ب ۲-۲-۸ ❋ بر روند اعزام و ارجاع بیماران برابر ضوابط مربوط و رعایت اصول ایمنی بیمارتوسط مدیریت نظارت می‌گردد.	سطح دو

- ❖ مدیریت و انجام اعزام/ارجاع بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/ خانواده
- ❖ آموزش کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت مرتبط با فرآیند اعزام/ارجاع در زمینه رعایت اصول ایمنی بیمار
- ❖ به اشتراک گذاری اطلاعات کامل بالینی بیمار بین مبداء و مقصد اعزام/ارجاع توسط افراد ذیصلاح
- ❖ وجود آمبولانس، تجهیزات، داروها و ملزومات مناسب و متناسب با وضعیت بیماران در تمام مراحل انتقال
- ❖ تطبیق آمادگی‌ها و تثبیت وضعیت بیمار قبل از انتقال
- ❖ استفاده از کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت واجد صلاحیت متناسب با میزان وخامت حال بیمار و نیاز به مراقبت ویژه بر اساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد
- ❖ پایش و مراقبت ایمن بیمار حین انتقال و تحویل کامل و صحیح بیمار به مقصد اعزام/ارجاع توسط کارکنان کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت همراه بیمار
- ❖ پیگیری سرانجام بیماران اعزام/ ارجاع شده با لحاظ جوانب ایمنی و تحلیل نتایج به منظور پیشگیری از بروز موارد مشابه عدم انطباق احتمالی در اعزام/ ارجاع

با توجه به این که انتقال یک بیمارممکن است تغییرات فیزیولوژیکی مختلفی ایجاد کند که پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، بایستی انتقال به صورت سیستمی و مطابق با راهنماهای معتبر و مبتنی بر شواهد صورت پذیرد. از طرفی با توجه به این‌که تصمیم‌گیری برای انتقال، بیماران و کارکنان را در معرض خطرات اضافی قرار می‌دهد و هزینه اضافی بر بیماران و خانواده ایشان و نیز مرکز جراحی تحمیل می‌نماید، هرگونه اعزام/ارجاع و انتقال بیماران بایستی مبتنی بر شواهد معتبر باشد. با اقتباس از منابع معتبر چنین درک می شود که تصمیم جهت انتقال بیمار توسط پزشک معالج بیمار و بعد از بحث با خانواده و بستگان بیمار و آگاهی ایشان از منافع و مضار انتقال بایستی انجام شود.

انتقال ایمن بیماران منوط به تصمیم‌گیری دقیق، ارتباطات صحیح، فراهم بودن آمادگی‌های قبل از انتقال و انتخاب بهترین روش انتقال بیمار (زمینی و یا هوایی) است. انتخاب کارکنان بالینی همراهی کننده بیمار، وجود تجهیزات سالم و آماده به کار و مانیتورینگ و پایش حرفه‌ای بیمار در حین انتقال و بالاخره مستندات و نحوه تحویل بیمار در مقصد که مبتنی بر انتقال جامع، کامل و صحیح اطلاعات درمانی و تکمیل مستندات و مدارک پزشکی بیماران است بایستی دقیقا برنامه‌ریزی و رعایت شود. این ملاحظات به ویژه در مورد گروه‌های در معرض خطر منجمله بیماران سالمند با اختلالات و بیماری‌های متعدد زمینه‌ای، خردسالان، نوزادان و مادران باردار حائز اهمیت است.

- ➢ برقراری ارتباط مستقیم بین مرکز مبدا و مقصد به منظور به اشتراک‌گذاری

۱. اطلاعات کامل بالینی بیمار
۲. درمان‌های دریافت شده
۳. دلایل انتقال
۴. روش انتقال بیمار
۵. مهلت زمانی موجود برای انتقال به صورت مستند و مکتوب

قبل از انتقال، بیمار باید به صورت مناسب احیا و حتی‌الامکان، وضعیت ABC و D بیمار (راه هوایی، تنفس و جریان خون و ناتوانی/ معلولیت بیمار) بررسی، کنترل و مدیریت شود. تصمیم‌گیری سطح مهارتی و دانشی کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت همراه با بیمار ضمن انتقال بر اساس میزان وخامت حال بیمار و نیاز وی به مراقبت ویژه و بر اساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد صورت می‌گیرد. برای انتقال بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه سطح ۱، ۲و ۳، تمامی داروهای نجات بخش و وسایل و لوازم پزشکی ضروری برای احیاء بیماران، اکسیژن رسانی، تهویه، مانیتورینگ همودینامیک و احیاء بایستی همراه باشد. لازم است آمادگی‌های ضروری برای انتقال بیمار بر اساس راهنماهای مبتنی بر شواهد و به ویژه با در نظر گرفتن ناتوانی‌های بیمار صورت پذیرد.

ب–۳ مراقبت های بیهوشی و جراحی

ب ۳-۱ آمادگی بیماران و تداوم مراقبت قبل از جراحی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب ۳-۱-۱ اقدامات قبل از عمل جراحی/ پروسیجرهای تهاجمی به صورت منظم و برنامه‌ریزی شده انجام می‌شود.	سطح یک
❖ انجام ارزیابی‌های لازم برای آمادگی قبل از عمل جراحی و قبل از مراجعه بیمار به مرکز ❖ وجود برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی بیماران در پرونده ❖ رعایت اصول رضایت اگاهانه برای پروسیجرهای تهاجمی	
برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی بیماران برای بیماران با جراحی الکتیو الزامی است که حداقل شامل بررسی راه هوایی بیمار، بررسی ریسک فاکتورها و تعیین کلاس ASA است. براساس دستورالعمل "ارزیابی پیش از عمل بیماران جراحی"، پذیرش بیماران بایستی پس از انجام اقدامات لازم قبل از عمل جراحی(پره آپ) صورت پذیرد.	
ب ۳-۱-۲ * ارزیابی مجدد شرایط عمومی بیمار پس از پذیرش توسط متخصص بیهوشی قبل از جراحی/ پروسیجر انجام می‌شود.	سطح یک
❖ آگاهی پزشکان از نحوه ارزیابی اولیه پس از پذیرش و قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل/ پروسیجر ❖ انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده ❖ ثبت مشکلات/ تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستار	
نتایج حاصل از ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌گردد. ملاک ارزیابی این سنجه ارزیابی بیمار و ثبت مشکلات/ تشخیص‌های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری است. لذا تکمیل فرم/ چک لیست ارزیابی برابر فرم ابلاغی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. البته مصادیق چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری متناسب با عملکرد هر مرکز جراحی بایستی بررسی شود، اما آنچه اعتباربخشی رصد می‌نماید شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار در ارزیابی پرستاری است، لذا تکمیل/ عدم تکمیل چک لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری ملاک کسب امتیاز نیست. تا زمان انجام ارزیابی اولیه، ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار از روش معتبر ارزیابی و در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری استفاده شود.	
ب ۳-۱-۳ تقویم و برنامه اعمال جراحی، حداقل یک روز قبل از عمل، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح دو
❖ اعلام برنامه از سرویس‌های مختلف جراحی به اتاق عمل ❖ تطابق عمل‌های جراحی با برنامه‌های از قبل تعیین شده	
تنظیم برنامه اعمال جراحی با توجه به ظرفیت اتاق عمل و حجم مراجعین صورت پذیرد.	
ب ۳-۱-۴ چینش نیروهای هریک از اتاق‌های عمل پیش از شروع عمل جراحی، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح سه
❖ برآورد نیروی انسانی بر حسب تعداد اتاق‌های عمل ❖ چینش نیروها بر اساس برنامه اعلام شده ❖ تطابق تعداد نیروها با برنامه عمل‌های جراحی	
چینش نیروهای هریک از اتاق‌های عمل فعال در هر نوبت کاری ملاک ارزیابی می‌باشد. همچنین یک نفر به عنوان مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی در نظر گرفته می‌شود.	
ب ۳-۱-۵ برنامه‌ای مدون برای کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/ جراحی پیش بینی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح سه
❖ وجود برنامه مشخص با مشارکت پزشکان، پرستاران و کارکنان اتاق عمل برای کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/ جراحی ❖ کاهش اضطراب بیماران در اتاق عمل بر اساس تمهیدات انجام شده	
برنامه کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/ جراحی بایستی با در نظر گرفتن سن، جنس و شرایط بیماران اجرا شود. در همین راستا بایستی آموزش خود مراقبتی به بیمار در زمینه کنترل اضطراب و استرس انجام شود. همچنین ارتباط موثر بین بیمار و کادر جراحی و ارایه توضیحات شفاف و قابل فهم به بیمار توسط پزشک معالج به کاهش اضطراب بیمار کمک می‌نماید.	

ب ۳-۲ عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل منطبق بر "دستورالعمل جراحی" است.	سطح
ب۳-۲-۱ ❋ عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل از القاء بیهوشی منطبق بر " دستورالعمل جراحی ایمن " است.	سطح یک
❖ آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن ❖ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبیل از القاء بیهوشی به بیمار	
➢ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از القاء بیهوشی قبل از القاء بیهوشی و در حضور پرستاران اتاق عمل و کادر بیهوشی، صحت هویت بیمار (به صورت فعال و با تایید توسط بیمار)، صحت علامت‌گذاری محل عمل جراحی در موارد لازم (که توسط خود جراح یا کادر درمانی که در تمام مدت عمل بر بالین بیمار حضور دارد، انجام شده است)، صحت عملکرد ماشین بیهوشی و آماده بودن داروها و اتصال دستگاه پالس اکسی‌متری و صحت عملکرد آن مرور و احراز شده، بیمار در خصوص داشتن حساسیت شناخته شده، وضعیت راه هوایی (راه هوایی مشکل‌دار) و ریسک خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر (۷ میلی‌لیتر بر کیلوگرم در اطفال) بررسی می‌شود. چک لیست جراحی ایمن شامل ۳ بخش مجزا مربوط به قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از اقدام به برش جراحی و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل می‌باشد. خصوصیت ویژه این چک لیست، ارزیابی موقعیت و ریسک‌های متوجه بیمار به صورت شفاهی است. این روش مصداق یک کار تیمی و برقراری ارتباط اثربخش می‌باشد. در این روش فردی که به عنوان مسئول چک لیست تعیین شده در هر یک از مراحل، هر یک از اجزاء چک لیست را در حضور تیم جراحی (اعم از جراح/جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی و پرستار سیرکولر و اسکراب و ...) به صورت قابل فهم قرائت نموده تایید تیم را در خصوص هر بند اخذ می‌نماید.	
ب ۳-۲-۲ ❋ عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل پس از القاء بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی منطبق بر "دستورالعمل جراحی ایمن" است.	سطح یک
❖ آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن ❖ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن پس از القاء بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی بیمار	
➢ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن پس از القاء بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی بیمار پس از بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/ جراحان، اعضای تیم خود را معرفی و نقششان را اعلام نموده متعاقباً هویت بیمار، پروسیجر جراحی و محل انجام برش (موضع عمل) تایید می‌شود و از تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت لزوم و طی یک ساعت قبل از اقدام به برش پوستی اطمینان حاصل می‌گردد. وقایع حاد قابل پیش‌بینی مرتبط با جراح (موقعیت‌های حاد یا غیر روتین، طول مدت عمل، میزان از دست رفتن خون)، کادر بیهوشی (دغدغه‌های مرتبط به بیمار فعلی) و تیم پرستاری (تایید استریلیزاسیون و نشانگرهای مربوطه و مسائل و دغدغه‌های مربوط به تجهیزات) بررسی می‌شوند و نهایتاً در دسترس و معرض دید بودن گرافی‌های مربوطه تایید می‌شوند.	
ب ۳-۲-۳ ❋ عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل از خروج از اتاق عمل منطبق بر "دستورالعمل جراحی ایمن" است.	سطح یک
❖ آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن ❖ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل	
➢ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل توسط پرستار مربوطه و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، نام پروسیجر، اتمام شمارش ابزارها، گازها و سوزن‌ها اعلام شده، صحت برچسب‌گذاری ظرف حاوی نمونه پاتولوژی/ آزمایشگاه با خواندن نام بیمار تایید می‌گردد و سپس مشکلات تجهیزاتی پیش آمده در حین عمل مطرح می‌گردد. نهایتاً در حضور تیم دغدغه‌های مربوط به ریکاوری و مدیریت بیمار مطرح می‌شوند.	

ب ۳-۳ مراقبت‌های بیهوشی و جراحی با رعایت اصول ایمنی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح
ب ۳-۳-۱ * قبل از هر مورد القای بیهوشی ارزیابی گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی، تحت نظارت و تائید نهایی متخصص بیهوشی انجام می‌شود.	سطح یک
❖ بررسی صحت عملکرد تجهیزات اتاق عمل در ابتدای هر شیفت توسط افراد ذیربط ❖ اطمینان از برقراری درست اتصالات به بیمار ❖ اطمینان از برقراری جریان صحیح گازهای طبی مناسب ❖ وجود راهکارهای پیشگیرانه مدیریت خطر برای کاهش حوادث ناخواسته ناشی از گازهای طبی	
برای تمامی بیماران تحت بیهوشی عمومی بایستی ذخیره اکسیژنی مناسب موجود باشد. توسط متخصص بیهوشی با سمع و مشاهده کفایت راه‌های هوایی و تهویه در بیماران تحت بیهوشی عمومی به صورت مستمر پایش شود. در صورت بکارگیری تهویه مکانیکی از آلارم جداشدگی از دستگاه بایستی استفاده شود. غلظت اکسیژن دمی بایستی در کل بیهوشی با وسیله ای مجهز به " آلارم غلظت پایین اکسیژن" کنترل شود و برای اندازه گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO_2 بازدمی (کاپنوگرافی) استفاده شود. در ابتدای هر شیفت با استفاده از چک لیست معتبر صحت کارکرد تجهیزات بیهوشی توسط تکنسین هوشبری بررسی و تایید می شود. همچنین در ابتدای هر مورد القاء بیهوشی، صحت اتصالات بیهوشی و آرام بخشی اتاق عمل به بیمار توسط متخصص بیهوشی بررسی و تایید شود. قبل از هرگونه اتصال گازهای طبی به بیمار، تکنسین بیهوشی از انطباق گاز در شرف استفاده با گاز تجویزی (اعم از سانترال یا کپسول) اطمینان حاصل نموده، مراتب توسط متخصص بیهوشی تایید 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	
ب ۳-۳-۲ تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در اتاق پروسیجر جراحی شناسایی شده و هیچ مورد مازاد بر نیاز در این مکان نگهداری نمی‌شود.	سطح یک
❖ نیازسنجی از لیست تجهیزات و ملزومات ضروری اتاق عمل ❖ عدم وجود هیچ موردی از تجهیزات مازاد در اتاق پروسیجر جراحی	
وجود تجهیزات مازاد در اتاق پروسیجر جراحی همواره یک تهدید بالقوه ایمنی محسوب می شود. این سنجه علاوه بر حذف تجهیزات معیوب و فراخوان شده بایستی در اتاق پروسیجر برای تمامی تجهیزات مازاد برنامه‌ریزی شود.	
ب ۳-۳-۳ * پزشک جراح تا پایان جراحی مطابق استانداردها و ضوابط مربوط در اتاق عمل حاضر بوده و هدایت بالینی را برعهده دارد.	سطح یک
❖ ثبت شرح عمل قبل از انتقال بیمار به بخش ❖ ثبت دستورات پزشکی 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 پرونده‌های پزشکی رعایت شود.	
ب ۳-۳-۴ * پزشک بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد از جراحی پایش و مراقبت می‌نماید.	سطح یک
❖ تکمیل شرح بیهوشی قبل از انتقال بیمار به بخش در اتاق عمل ❖ پیش بینی و تعیین بخش بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی براساس وضعیت بالینی او	
متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی بیمار، سوابق مشاوره‌های پزشکی و نظر پزشک جراح در رابطه با ترخیص ایمن بیمار تصمیم گیری می‌نماید.	
ب ۳-۴ ترخیص بیماران از اتاق عمل با شرایط ایمن، برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	**سطح**
ب۳-۴-۱ * ریکاوری بیمار تحت نظارت مستقیم متخصص بیهوشی صورت می پذیرد.	سطح یک
❖ پزشک متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می‌نماید. ❖ مشاهده شروع و پایان عمل و حضور تا ترخیص بیمار از ریکاوری ❖ تایید انتقال قبل از خروج بیمار از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی	
بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران به طور همزمان نمی تواند مسئولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد. بیهوشی بیمار سوم و به بعد ممنوع و غیر قانونی بوده و قابل محاسبه نمی‌باشد.	

ب ۳-۴-۲ * بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و با حضور پرستار و تحت مراقبت مستمر به اتاق بستری منتقل می‌شوند.	سطح یک
❖ 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)	
از برانکارد ایمن برای انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش استفاده گردد.	
ب ۳-۴-۳ نگهداری و انتقال ایمن نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه و تکمیل فرم درخواست مربوط تحت کنترل بوده و مدیریت می‌شود.	سطح دو
❖ برچسب گذاری و درج مشخصات (شناسه‌ها) صحیح نمونه‌های پاتولوژی با توجه به شناسه‌های مچبند شناسایی بیمار ❖ شناسایی نوع محلول‌های کاربردی برای نگهداری نمونه‌های پاتولوژی ❖ مدیریت نقل و انتقال نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه	
محلول‌ها جهت نگهداری نمونه‌ها، بایستی با توجه به صلاحدید گروه‌های مختلف پزشکی و مسئول فنی آزمایشگاه مشخص گردد. تحویل نمونه‌های پاتولوژی به همراه بیمار ممنوع می‌باشد. چارچوب ثبت برای تست‌های پاتولوژی از جمله مشخصات دموگرافیکی و شناسه‌های بیمار، نوع نمونه، محل جراحی شده، تاریخ ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه، شخص تحویل دهنده و گیرنده تعیین شده و بر اساس آن اقدام شود.	

ب–۴ پیشگیری و کنترل عفونت

ب ۴-۱ مرکز جراحی از روش های پاک سازی، استریلیزاسیون و گندزدایی ابزار و وسایل اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
ب ۴-۱-۱ ❋ پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی انجام شده و نتیجه کار با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفی ارزیابی می‌شود.	سطح یک
❖ پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول‌های آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر ❖ رعایت حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل ❖ ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی ❖ استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو ❖ استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار ❖ انجام کلیه گام‌های فرایند پاکسازی و گند زدایی ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون ❖ پایش کیفیت فرآیند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تست‌های موجود و رایج با تاکید بر ابزار استفاده شده در اتاق‌های عمل ❖ نظارت بر نحوه پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات و انجام اقدام اصلاحی موثر در صورت لزوم	
تست‌های ارزیابی آلودگی ابزار با مواد آلی/خون در پایش کیفیت فرآیند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده می شود. مسئول واحد استریلیزاسیون بر صحت پاک سازی ابزار ارسال شده از هر بخش/واحد به واحد استریلیزاسیون نظارت نموده و موارد عدم انطباق را گزارش و از مسئولان مربوط پیگیری نماید. ➢ چند نکته در خصوص پاک سازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضدعفونی ۱. ابزار پیچیده و حساس به حرارت یا رطوبت شستشوی دقیق دستی شوند. ۲. قسمت‌های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو و اتصال کارآمد آن‌ها بعد از شستشو جدا شود. ۳. در واحد استریلیزاسیون مرکزی از ست شوی استفاده شود. ۴. در واحد استریلیزاسیون از دستگاه اولتراسوند در موارد مقتضی استفاده شود.	
ب ۴-۱-۲ ❋ صحت عملکرد و کیفیت محلول‌های گندزدای سطح بالا، با روش‌های کنترل کیفی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالای مورد تائید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده ❖ پایش کیفیت فرآیند گندزدایی محلول‌های سطح بالا به صورت تصادفی در مقاطع زمانی مختلف با استفاده تست‌های سواپینگ رایج بر اساس فرمولاسیون محلول ❖ آموزش و نظارت بر نحوه آماده سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا ❖ رعایت تکنیک آماده سازی محلول‌ها درمحل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در طرف ظروف مناسب درب دار ❖ نگهداری ایمن و رقیق سازی محلول‌های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی ❖ انتخاب ظرف شفاف و درب دار حاوی محلول ضد عفونی سطح بالا از جنسی که پس از استفاده دچار خوردگی نشود.	
ابزار سواپینگ هر محلول، ارزیابی کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت‌های سازنده مشخص می‌گردد.	
ب ۴-۱-۳ ❋ استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی اقلام حساس به حرارت در فرآیند استریلیزاسیون در مرکز جراحی ❖ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود ❖ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده ❖ کنترل کیفی فرآیند استریلیزاسیون سرد با به‌کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج	
برون سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد کاملا ضروری است.	

ب ۴-۱-۴ ❋ آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل کننده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.	سطح یک

- ❖ وجود تست‌های پایش فرآیند استریلیزاسیون، و استفاده از آن‌ها بر اساس دستورالعمل، آگاهی و تطابق عملکرد پرسنل بر اساس آن
- ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای از ۱۲ قلم و کمتر
- ❖ استفاده از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم
- ❖ انجام و ثبت هفتگی نتایج آزمون بیولوژیک، و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده، پس از هر بار انجام تعمیرات کلی
- ❖ انجام و ثبت نتایج آزمون بووی– دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری وکیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی

در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیسم‌های مقاوم به صورت اسپور استئاروترموفیلوس و باسیلوس آتروفتوس استفاده می‌شود و این ویال‌ها به صورت هفتگی و به تعداد مناسب با توجه به اندازه اتوکلاو (سه عدد) در آن جای‌گذاری می‌گردد. هدف از استفاده از آن‌ها سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در از بین بردن میکروارگانیسم‌های زنده و مقاوم است. در پایان چرخه ویال‌ها از اتوکلاو خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت، و در غیر این صورت ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می‌شود. همچنین در صورت جابجایی دستگاه استریلایزر، طراحی مجدد، خرابی دستگاه و یا بعد از تعمیرات عمده، برای بازگرداندن آن به چرخه معمول کاربری، باید آزمون‌های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی دستگاه انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد. استفاده از دستگاه‌های اتوکلاو پری‌وکیوم بر دستگاه‌های گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی ارجحیت دارد.

ب ۴-۱-۵ ❋ قبل از هرگونه استفاده از بسته‌های استریل از نتایج آزمون‌های شیمیایی اطمینان حاصل شده و الزامات و ملاحظات بسته‌های استریل شده برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح دو

- ❖ اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل
- ❖ عملکرد صحیح مورد انتظار از کاربر در صورت عدم تطابق
- ❖ انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم تطابق
- ❖ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف
- ❖ تعریف مدت نگهداری و انقضای بسته‌های اقلام استریل با توجه به جنس پوشش بسته، تعداد لایه، نوع ابزار و شرایط نگهداری
- ❖ رعایت موازین و مدت زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط

از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تائید صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته‌های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های پانسمان استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود. از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته‌های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود.

نشانگر کلاس ۶ یکی از مهمترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار، وکیوم و زمان استریل حساس می‌باشد، به طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح کلیه پارامترهای موثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است. نشانگر کلاس ۶ حاوی مشخصاتی از قبیل تاریخ و شیفت استریل، کد و سیکل اتوکلاو و کد کاربر می‌باشد. با استفاده از این نشانگر و چسبانیدن آن‌ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می شود.علاوه بر بررسی تغییر رنگ مطلوب نشانگرهای شیمیایی اعم از کلاس ۱، ۴ و ۶ و توجه به وضعیت ظاهری بسته اعم از صحت بسته بندی و عوامل مخل استریلیتی ظاهر آن مانند وجود رطوبت و غیره اطمینان حاصل شود. در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر شامل گزارش به مبادی تعریف شده و متعاقباً انجام فراخوان توسط مسئول مربوطه انجام می‌شود. در صورت عدم تطابق عملکرد، کاربر اقدامات اصلاحی لازم مانند آموزش و صلاحیت به‌کارگیری کاربر در آن محل را بررسی می‌نماید.

هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمددار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی منطبق بر استانداردهای کشوری و سازمان بهداشت جهانی انجام شود.

ب ۴-۱-۶ ❋ استریل نمودن فوری اقلام خاص مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی اقلام خاصی که احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری دارند. ❖ اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص ❖ پیش بینی فهرست انواعِ اقلامی مورد نیاز به صورت تک پیچ در اتاق عمل ❖ پیش بینی تعدادِ اقلامی مورد نیاز که به صورت تک پیچ بر اساس پروسیجرهای تهاجمی و جراحی مرکز جراحی و آمار مراجعین	
➢ شرایط استریلیزاسیون فوری ۱. معمولاً استریلایزر اضطراری (سریع) در اتاق عمل قرار می‌گیرد. ۲. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۵-۱۳۲درجه سانتیگراد به مدت ۳ تا ۴ دقیقه برای ابزار متخلخل انجام می شود. ۳. استریلیزاسیون سریع در دمای ۱۳۲ درجه سانتیگراد برای استریلیزاسیون ابزار غیر متخلل تا ۱۰ دقیقه نیز زمان می برد. ۴. وسیله بایستی بدون پوشش در استریلایزر اضطراری (سریع) قرار گیرد. قبل از استفاده دمای وسیله/ابزار جراحی استریل شده بایستی سرد شده و به دمای محیط برسد.	
ب ۴-۲ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.	**سطح**
ب ۴-۲-۱ ❋ امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها/ واحدها فراهم شده است.	سطح یک
❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها/ واحدها ❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه[1] پروسیجرهای تهاجمی ❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب ❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری ❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست ❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضدعفونی[2] با پایه الکلی(وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد / استفاده از افشانه جیبی	
تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تامین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی کنندگی محلول استفاده شود. در اتاق‌های یک تخته هم وجود حداقل یک افشانه با دسترسی آسان ضروری است.	
ب ۴-۲-۲ ❋ اسکراب دست در اتاق عمل بر اساس ضوابط و استانداردهای مربوط انجام می شود.	سطح یک
❖ وجود امکانات اسکراب مانند سینک و شیرهای آب با شرایط استاندارد ❖ وجود محلول‌های ضدعفونی لازم طبق ضوابط ❖ تبعیت کلیه کارکنان بالینی در اتاق عمل از ضوابط استاندارد اسکراب دست برای هر عمل جراحی	
زیرساخت ها و امکانات و نیز عملکرد کارکنان اتاق عمل برای انجام اسکراب استاندارد مد نظر این سنجه است.	

[1] Point of Care

[2] Arm reach

ب ۴-۲-۳ ❋ میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش‌های استاندارد اندازه‌گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.	سطح دو

- ❖ اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری
- ❖ انجام اقدام اصلاحی موثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی
- ❖ اندازه گیری انجام اسکراب دست در اتاق‌های عمل
- ❖ پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت

پایش میزان رعایت بهدا شت د ست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهدا شت با تاکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- ➢ ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه‌های حرفه‌ای

۱. اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست با روش‌های قابل اطمینان
۲. انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود براساس نتایج
۳. مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی
۴. ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در تیم مدیریت و رهبری مرکز جراحی
۵. بازخورد نتایج ممیزی به ارائه دهندگان خدمت

ب ۴-۲-۴ ❋ ارزش‌گذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح سه

- ❖ ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت
- ❖ فرهنگ سازی و ارزش گذاری رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
- ❖ رعایت بهداشت دست در همه موارد به عنوان ارزش پایدار سازمانی در مرکز جراحی

فرهنگ سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست با رعایت چارچوب خود ارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد.

- ➢ معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقاء بهداشت دست

۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت، دستورالعمل کشوری
۲. تغییر سیستم
۳. آموزش
۴. ارزشیابی و بازخورد
۵. استفاده از یادآورها در محیط کار

ب ۴-۳ خطرِ انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود.	**سطح**
ب ۴-۳-۱❋ روش‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع در مرکز جراحی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح دو

- ❖ پیشگیری و کنترل عفونت‌های به دنبال انجام جراحی با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرآیند بر اساس روشی معین
- ❖ آگاهی کارکنان از نحوه و عملکرد موثر در زمینه "پیشگیری و کنترل عفونت‌های بدنبال انجام جراحی "

چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شاملِ عفونت ادرای، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی است.
برای استقرار این استاندارد از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بدنبال انجام جراحی استفاده شود و پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مد نظر قرار گیرد. توجه و برنامه ریزی در خصوص استفاده ایمن از اتصالات بیماران بایستی مد نظر باشد.

ب ۴-۳-۲ ❋ بیماریابی در موارد عفونت‌های پس از جراحی برنامه‌ریزی و اجرا شده و نتایج آن نشان‌دهنده اجرای مطلوب فرآیند بیماریابی است.	سطح دو

- ❖ تعیین روش‌های شناسایی فعال عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران
- ❖ پیگیری عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران

عوامل مداخله‌گر مانند تجویز بی رویه آنتی‌بیوتیک با شیوه‌های پروفیلاکسی و نیز عدم پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص و برخی عوامل دیگر موجب شده آمار واقعی از عفونت‌های نا شی از ارائه مراقبت‌های سلامت در مراکز جراحی در د سترس نبا شد. برای تحقق این مهم شنا سایی فعال عفونت‌های نا شی از ارائه مراقبت‌های سلامت پس از ترخیص بیماران کمک کننده است.

براساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نبایستی به صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص مسئول کنترل عفونت مرکز جراحی در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت، نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. نمونه برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های ناشی از ارائه مراقبت‌های سلامت و آن هم به صورت هدفدار انجام و اقدام اصلاحی موثر به عمل می‌آید.

با توجه به این‌که نوعاً بیماران مراکز جراحی برای پیگیری درمان به مطب یا کلینیک محل اشتغال پزشکان معالج خود مراجعه می‌کنند گزارش موارد عفونت‌های نا شی از ارائه مراقبت‌های سلامت عمدتاً بر عهده پزشکان معالج خواهد بود.

ب–۵ مدیریت خدمات پاراکلینیک و دارویی

ب۵-۱ مرکز جراحی در خصوص ارائه به موقع و مطلوب خدمات پاراکلینیک اطمینان حاصل می نماید.	سطح
ب ۵-۱-۱ خدمات تصویربرداری برای بیماران مرکز با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.	سطح دو
❖ پیش بینی فرآیند انجام خدمات تصویربرداری از بیماران در صورت لزوم و تامین شرایط لازم اجرای فرآیند ❖ کسب اطمینان از کیفیت تجهیزات لازم جهت انجام تصویربرداری های درخواستی منطبق با اصول ایمنی ❖ اطمینان از کنترل و بررسی کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی/ کارشناس فنی و صاحب صلاحیت مرکز محل انجام تصویر برداری ❖ برنامه ریزی انتقال ایمن و تسهیل شده بیمار جهت انجام تصویربرداری	
مرکز جراحی باید در خصوص استفاده از تجهیزات لازم، رعایت اصول ایمنی در هنگام جابجایی/ انتقال / اعزام بیمار و هنگام انجام تصویربرداری مطابق آیین نامه تاسیس و راه اندازی برنامه ریزی کرده و تمهیدات لازم را در این خصوص اندیشیده و بر انجام فرآیند به صورت صحیح و مطابق دستورالعمل های ابلاغی نظارت مستمر و موثر داشته باشد.	
ب ۵-۱-۲ ❊ نمونه برداری آزمایشگاه با رعایت الزامات شناسایی و ایمنی بیمار، کنترل عفونت و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح یک
❖ ارائه راهنمایی‌های آمادگی بیمار قبل از جمع آوری نمونه به بیماران، پزشکان، و سایر کارکنان بالینی ❖ ارائه راهنمایی‌های جمع آوری نمونه‌هایی که توسط بیمار جمع آوری می شود ❖ کسب اطمینان از رعایت آمادگی‌های لازم بیمار قبل از جمع آوری نمونه بیماران بستری ❖ مدیریت و کنترل وسایل و ابزار نمونه برداری و ظروف لازم برای جمع آوری نمونه ❖ شناسایی بیماران طبق ضوابط ایمنی بیمار ❖ نمونه برداری توسط فرد ذیصلاح با رعایت تمام موازین نمونه برداری ❖ رعایت موازین کنترل عفونت و بهداشت دست توسط نمونه گیر ❖ رعایت موازین کنترل عفونت در نگهداری/ انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی از بخش‌های بستری به آزمایشگاه/ از آزمایشگاه به سایر مراکز	
منظور از آمادگی بیماران قبل از جمع آوری نمونه، شرایطی مثل نا شتایی، عدم م صرف غذا یا داروی خاص، ورزش و غیره ا ست. نمونه‌هایی که تو سط خود بیمار جمع آوری می شود شامل نمونه ادرار، مدفوع و غیره ا ست. ارائه راهنمایی‌های جمع آوری انواع نمونه شامل سرم، پلا سما، ادرار رندوم، میزان/ حجم نمونه برداری، نوع و حجم افزودنی‌ها (مثل مواد نگهدارنده و ضد انعقادهای لازم) برای هر آزمایش مشخص و مکتوب است. رعایت بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص تعیین هویت بیمار الزامی است. در دستورالعمل جمع آوری نمونه‌های آزمایشگاهی نحوه صحیح جمع آوری نمونه، نوع نمونه مورد نیاز برای انجام هر آزمایش، زمان نمونه گیری برای آزمایش‌های خاص، وسایل لازم برای جمع آوری نمونه، ویژگی ظروف جمع آوری نمونه، حجم نمونه مورد نیاز، و هرگونه مواد افزودنی شامل مواد نگهدارنده و ضد انعقادهای لازم (مطابق با مندرجات بند ۵-۴-۵-۲ استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی) نوشته شود.	

ب ۵-۱-۳ معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه‌های دریافتی از بخش‌ها همچنین مدت پایداری انواع نمونه و آزمایش‌ها تا زمان انجام آزمایش مشخص شده و رعایت می‌شود.	سطح دو

- ❖ تعیین معیارهای رد یا قبول نمونه‌های مختلف توسط آزمایشگاه، اطلاع رسانی و آگاهی کارکنان از معیارهای رد و قبول نمونه‌های آزمایش
- ❖ آگاهی کارکنان نمونه‌گیری و پذیرش آزمایشگاه از معیارهای رد و قبول نمونه‌های آزمایش
- ❖ پذیرش نمونه‌های آزمایش با در نظر گرفتن معیارهای رد و قبول نمونه در آزمایشگاه
- ❖ تدوین جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه برای انجام آزمایش‌های مختلف و شرایط نگهداری نمونه‌ها از زمان جمع آوری تا هنگام انجام آزمایش
- ❖ اطلاع رسانی جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه‌ها از زمان جمع آوری تا هنگام انجام آزمایش و شرایط نگهداری نمونه‌ها
- ❖ آگاهی کارکنان مرتبط بخش ها و کارکنان آزمایشگاه از مدت پایداری نمونه‌های مختلف و شرایط نگهداری نمونه‌ها قبل از انجام آزمایش
- ❖ رعایت فاصله زمانی قابل قبول از نمونه‌گیری تا انجام آزمایش بر اساس جدول راهنمای مدت پایداری انواع نمونه برای آزمایش‌های مختلف

آزمایشگاه لازم است مسئول پیگیری نمونه‌های غیر قابل قبول را تعیین نموده در صورت وجود معیارهای رد نمونه، و عدم انطباق با شرایط پذیرش نمونه بلافاصله با بخش مربوطه هماهنگی و یا تجدید نمونه به عمل آید.

نمونه‌های بیماران از بخش‌های مختلف با توجه به مدت پایداری نمونه‌ها و تحت شرایط فیزیکی مناسب به لحاظ دما، نور و سایر شرایط بایستی به آزمایشگاه ارسال گردد. محاسبه فاصله زمانی بین نمونه‌گیری تا انجام آزمایش، براساس ساعت نمونه برداری درج شده بر روی ظرف نمونه انجام می‌شود. چنانچه نمونه بلافاصله برای انجام آزمایش به آزمایشگاه ارسال شود ساعت ورود نمونه به آزمایشگاه می‌تواند مد نظر قرار گیرد.

ب ۵-۱-۴ انجام آزمایش‌ها بر اساس روش‌های مدون و با استفاده از کیت و مواد مصرفی معتبر همراه با کنترل کیفیت مدون آزمایشات؛ برنامه‌ریزی، و انجام شده، و ضمن ثبت و تفسیر نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید	سطح دو

- ❖ تدوین دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌ها در بخش‌های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه و منطبق با استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی
- ❖ خریداری تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی از تامین کنندگان معتبر و دارای تاییدیه معتبر کارکردی
- ❖ تامینِ کیت‌ها، معرف‌ها و محلول‌های تشخیصی و لوازم و تجهیزات لازم جهت انجام آزمایش در بخش‌های مختلف آزمایشگاه
- ❖ وجود دستورالعمل کاربری دستگاه‌های آزمایشگاه و آگاهی کاربران از دستورالعمل و نحوه کاربری دستگاه‌ها
- ❖ تدوین دستورالعمل کنترل کیفیت بخش‌های فعال آزمایشگاه
- ❖ آگاهی کارکنان در بخش‌های مختلف از روش‌های اجرای کنترل کیفیت در بخش مربوط
- ❖ اجرای برنامه کنترل کیفیت داخلی در بخش‌های مختلف آزمایشگاه در هر نوبت کاری به روش معتبر
- ❖ اجرای اقدامات اصلاحی متناسب در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفیت در هریک از آزمایش‌ها
- ❖ نگهداری سوابق مربوط به اجرای برنامه کنترل کیفیت در بخش‌های مختلف و اقدامات اصلاحی متعاقب آن تا یک سال قابل بازیابی

دستورالعمل نحوه انجام آزمایش‌ها در بخش‌های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان آزمایشگاه بایستی تدوین شده و حاوی اطلاعات لازم در خصوص آن آزمایش (منطبق با استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی) باشد. فهرست تمامی آزمایش‌های قابل ارائه در آزمایشگاه به تفکیک آزمایش‌های فعال (که آزمایشگاه انجام می دهد) و آزمایش‌های ارجاعی به سایر آزمایشگاه‌ها، مدون شده و قابل ارائه باشد.

دستورالعمل کنترل کیفیت در بخش‌های فعال آزمایشگاه مکتوب و در دسترس کارکنان مرتبط قرار دارد. که حداقل حاوی چگونگی انجام کنترل کیفی به روش‌های معتبر با استفاده از نمونه کنترل و ارزیابی نمونه بیماران، نحوه تفسیر نتایج و همچنین چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی است. منظور از سوابق کنترل کیفی مشخصات نمونه کنترل، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، سوابق مربوط به غیرقابل قبول بودن نتایج کنترل کیفی و نحوه تعیین و انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی است.

ب ۵-۱-۵ * مرکز جراحی در خصوص تامین، حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی و تزریق آن، طبق فرآیند طراحی شده در همه مراحل (از بیمارستان معین و در داخل مرکز جراحی) با رعایت زنجیره سرد و ایمن اقدام می نماید.	سطح دو
❖ استفاده از ماشین مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از بیمارستان معین به مرکز جراحی ❖ حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی توسط افراد آموزش دیده دارای کارت یا گواهی صادر شده دارای اعتبار از سازمان انتقال خون برای فرد مسئول حمل و نقل ❖ استفاده از محفظه‌های مخصوص حمل و نقل و ثبت کننده دما در باکس حاوی کیسه‌های خون در زمان حمل از بیمارستان معین به مرکز جراحی ❖ تحویل دادن فرآورده از بانک خون بیمارستان به مرکز جراحی محدود با باکس‌های درب پوش دار و دارای دستگیره ❖ نگهداری خون و انواع فرآورده ها طبق اصول نگهداری، در شرایط و دمای مناسب تا زمان تزریق ❖ برچسب نمونه‌های آزمایش بانک خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره انحصاری رایانه‌ای بیمار، نام بخش، ساعت و تاریخ نمونه‌گیری، نام نمونه‌گیر ❖ ارزیابی معیارهای پذیرش و رد نمونه و الزامات هویتی بیمار و سایر مشخصات فنی در بدو ورود به آزمایشگاه بانک خون و در صورت عدم انطباق اخذ نمونه مجدد ❖ شناسایی فعال بیماران پیش از آغاز تزریق خون	
استفاده از ظرف درب پوش دار و دارای دستگیره به جهت جلوگیری از وارد آمدن ضربه فیزیکی به فرآورده‌ها است.	
ب ۵-۱-۶ مرکز جراحی از فرم‌های استاندارد نظام مراقبت از خون استفاده می‌نماید و مندرجات آن تکمیل می‌شود.	سطح دو
❖ فعال بودن و استفاده از تمامی فرم‌های استاندارد نظام مراقبت از خون و ثبت دقیق اطلاعات مورد نیاز ❖ رعایت تمامی فرآیندهای مراقبت از خون در تمام سطوح بخش‌های بالینی و اتاق عمل	
استفاده از فرم‌های الکترونیک با ساختار اصلی ابلاغی قابل قبول است.	
ب ۵-۱-۷ پزشکان و پرستاران، دورهٔ آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده‌اند.	سطح دو
❖ گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان ❖ گذراندن دورهٔ آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرستاران	
ارائه گواهی‌های معتبر از سازمان انتقال خون ملاک ارزیابی این سنجه است.	
ب۵-۲ تامین دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی برای بیماران برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	**سطح**
ب ۵-۲-۱ * داروهای حیاتی و ضروری در هریک از بخش‌ها متناسب با دامنه خدمات، تامین و در تمام ساعات شبانه روز در دسترس فوری است.	سطح یک
❖ تهیه فهرست و تامین داروهای حیاتی هر یک از بخش‌ها در تمام ساعات شبانه روز ❖ تهیه فهرست و تامین داروهای ضروری هریک از بخش‌ها در تمام ساعات شبانه روز	
بازنگری فهرست داروهای ضروری و حیاتی حداقل سالیانه انجام می‌شود. در واقع فهرست داروهای ضروری و حیاتی طبق شرح فعالیت و پیش بینی های صورت گرفته در مرکز جراحی است.	

ب ۵-۲-۲ ❊خرید، انبارش، آماده سازی و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی بر اساس ضوابط و به صورت ایمن انجام می‌شود.	سطح یک

- خرید و نگهداری داروهای اورژانس، بیهوشی، انواع سرمها و داروهای مسکن مجاز و از مبادی معتبر
- عدم ارائه/فروش سایر داروهای غیر ضروری در مرکز
- انبارش/نگهداری دارو براساس الزامات کارخانه سازنده و بصورت حفاظت شده و ایمن
- انجام اقدامات لازم در زمینه فراخوان دارو طبق ضوابط مربوط
- برچسب گذاری داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی در کلیه محل‌ها
- نگهداری داروهای مخدر در یک قفسه قفل دار محفوظ با دسترسی کارکنان مسئول و معین
- نگهداری داروهای پرخطر در مکان مجزا و با علائم هشدار
- نگهداری داروهای با هشدار بالا در مکان مجزا و با علائم هشدار با دسترسی محدود در انبار دارویی، و بخش
- لحاظ شباهت‌های دارویی در نحوه چینش داروها در انبار/محل نگهداری با علائم هشدار
- انبارش منظم و بدون انباشتگی دارو در انبار دارویی
- مدیریت تاریخ انقضا دارو و مدیریت مصرف آن‌ها در انبار با روشی مدون، مکتوب و منظم
- خرید ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی مجاز و از مبادی معتبر و عدم وجود سایر ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی غیر ضرور در مرکز
- انبارش/نگهداری ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، براساس الزامات کارخانه سازنده و بصورت حفاظت شده و ایمن
- انجام اقدامات لازم در زمینه فراخوان تجهیزات مصرفی پزشکی طبق ضوابط مربوط
- انبارش منظم و بدون انباشتگی ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی
- مدیریت تاریخ انقضا ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آن‌ها در انبار با روشی مدون، مکتوب و منظم
- رعایت دقیق استفاده از ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی یکبارمصرف صرفا به صورت یکبار مصرف

نگهداری داروهای اورژانس، بیهوشی، انواع سرم‌ها و داروهای مسکن در این مراکز مجاز بوده و این مراکز پس از تحویل گرفتن محموله یک ماهه داروئی، در قبال تسلیم فهرست داروهای مصرفی با ذکر اسامی بیماران که بر اساس پرونده های متشکله خواهد بود، می‌توانند محموله بعدی را دریافت دارند به نحوی که همیشه برای یک ماه دارو در مرکز موجود باشد .ضوابط نگهداری و مصرف داروهای مخدر در مرکز، همانند بیمارستانها بوده و لازم الاجراء است.

- کنترل کیفیت نگهداری داروهای یخچالی

۱. یخچال مجهز به درب شیشه ای و قفل دار و داروهای یخچالی با برچسب مشخص دریخچال مناسب واجد دماسنج و رطوبت سنج
۲. کنترل دمای یخچال‌های دارویی مجهز به سیستم هشدار دهنده در صورت انحراف از دمای مجاز
۳. اتصال تمامی یخچال‌های دارویی به برق اضطراری مرکز جراحی
۴. نصب فهرست داروهای موجود در یخچال با محل دقیق و دمای مورد نیاز بر درب یخچال
۵. عدم انباشتگی داروها که موجب اختلال در دمای یخچالی مناسب در همه طبقات

- سوابق و مستندات مورد نیاز دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده

۱. سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذیربط در خصوص فراخوان دارو
۲. فهرست دارو های فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا

ب ۵-۳ مرکز جراحی از تامین ایمن گازهای طبی برای استفاده بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	سطح
ب ۵-۳-۱ ❋ تهیه، نگهداری و حمل و نقل کپسول‌های طبی مطابق ضوابط ایمنی مربوط انجام می‌شود.	سطح یک

- ❖ تهیه و تامین کپسول اکسیژن و سایر گازهای طبی از محل‌های مجاز و مورد تایید مبادی ذیربط
- ❖ اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر با گاز مورد نیاز برای بیمار قبل از استفاده برای بیمار
- ❖ استاندارد سازی محل انبارش/ نگهداری سیلندر گازهای طبی
- ❖ آگاهی کارکنان از شیوه‌های انتقال ایمن گازهای طبی
- ❖ انتقال ایمن گازهای طبی در سطح مرکز جراحی

کپسول‌های اکسیژن موجود در بخش بایستی مجهز به مانومتر و فشار شکن و ماسک و ابزار و اتصالات استاندارد و آماده برای استفاده باشند.

➢ نکات ایمنی کپسول‌های گازهای طبی

۱. کپسول‌های گازهای طبی در مکان‌های خود ثابت و محکم شوند.
۲. حمل کپسول‌های گازهای طبی پر در تمامی نقاط مرکز جراحی با کلاهک انجام شود.
۳. جهت جلوگیری از تماس روغن و گریس یا استعمال دخانیات و تماس با شعله و یا جرقه با کپسول، علایم هشدار دهنده در مجاورت کپسول‌ها نصب شود.
۴. دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی تهیه و در مجاورت محل استقرار کپسول نصب شود.
۵. جهت حمل و جابجایی از ترالی مخصوص حمل گاز طبی استفاده شود.
۶. در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال رگلاتور از سیلند باز شود.
۷. در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال دریچه‌های سیلندر بسته شده و کلاهک بر روی آن محکم شود.
۸. در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال ضمن انتقال به ترالی مخصوص حمل و نقل بایستی توسط زنجیر محکم شود
۹. در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال سیلندر به صورت ایستاده حمل و نقل شود.
۱۰. در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال از کشیدن و یا چرخاندن آن به صورت افقی بر روی زمین اکیدا خودداری شود.

➢ نگهداری ایمن کپسول‌های گازهای طبی

۱. محل نگهداری سیلندر گازهای طبی در فضای محصور و مسقف
۲. به دور از تابش مستقیم نور خورشید
۳. وجود تهویه مناسب
۴. دارای حداقل دو درب (ورودی و خروجی) و قابل قفل شدن
۵. اندازه درب‌ها به نحوی باشد که ورود و خروج ترالی مخصوص حمل به سهولت به داخل آن ممکن باشد
۶. جلوگیری از دسترسی افراد غیر مجاز
۷. محل نگهداری دارای علامت هشدار با مضمون " گازهای قابل اشتعال "و " استعمال دخانیات ممنوع" که از فاصله ۱۵۰ سانتیمتری قابل خواندن باشد
۸. چیدمان سیلندرهای گازهای طبی به نحوی که اولویت با مصرف سیلندرهای قدیمی تر باشد.
۹. فضا باید به نوعی محصور و حفاظت شود که امکان سرایت آتش یا اشیاء مشتعل (مانند سیگار) به داخل آن نباشد

✓ نظارت بر حسن اجرای تهیه، نگهداری و حمل و نقل ایمن کپسول‌های طبی توسط مسئول فنی برنامه‌ریزی و با دقت انجام شود.

ب ۵-۳-۲ ❋ در بدو ورود انواع کپسول گازهای طبی به مرکز جراحی، نوع گاز و خلوص گاز اکسیژن بررسی شده و نتایج آن ثبت می‌شود.	سطح یک

- بررسی و تایید و خلوص گاز اکسیژن و شناسایی کپسول انواع گازهای طبی در بدو ورود به مرکز جراحی توسط مسئول گازهای طبی
- اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر گاز با مشخصات ظاهری استاندارد آن هنگام تحویل به مرکز جراحی و در حین هرگونه تحویل و تحول
- نحوه نشانه گذاری و رنگ بندی کپسول انواع گازهای طبی
- عدم پوشانیدن بدنه کپسول اعم از رنگ، پارچه، نایلون و سایر پوشاننده‌ها
- قید اطلاعات نام گاز به فارسی و فرمول شیمیایی به صورت واضح و خوانا بر روی تمامی سیلندرهای گازهای طبی به صورت ماندگار و غیر قابل مخدوش شدن
- قید نام مرکز درمانی بر روی کپسول‌های گازهای طبی
- بررسی مستند سلامت و کارآیی کپسول‌های گازهای طبی اعم از بدنه سیلندرها و رگولاتور در بازه‌های زمانی معین

اطمینان از پر بودن کپ سول‌ها در ابتدای هر نوبت کاری در بخش‌های درمانی با رو شی مدون برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورتی که سیلندر دارای گیج تعیین کننده ف شار داخلی گاز است، بایستی روش/ حد تشخیص سیلندرهای خالی از پر در فرآیند تامین گازهای طبی به ویژه گاز اکسیژن برنامه‌ریزی شده باشد

ب ۵-۴ تامین، نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	**سطح**
ب ۵-۴-۱ خرید و ارتقای تجهیزات پزشکی سرمایه ای از مبادی مجاز و مورد تایید وزارت بهداشت خریداری و مطابق ضوابط مربوط تامین می‌شود.	سطح دو

- خرید و ارتقای تجهیزات پزشکی سرمایه ای با رعایت الزامات قانونی و ملاحظات فنی
- وجود تجهیزات پزشکی ضروری برای مرکز جراحی طبق ضوابط مربوط

تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای و ملزومات مصرفی بایستی در چارچوب فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی و سرمایه‌ای مجاز در سامانه اداره‌کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت تامین می‌شود. تجهیزات پزشکی ضروری برای مرکز جراحی طبق ضوابط مربوط و نیازهای بیماران باتوجه نوع خدمات و مبانی و موازین ایمنی بیمار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

➢ ملاک‌های مهم در خصوص انتخاب/خرید تجهیزات پزشکی

۱. حمایت از تجهیزات پزشکی تولید داخل
۲. قیمت تمام شده خدمت و رابطه آن با درآمد حاصله از نصب و راه اندازی تجهیزات
۳. شناسایی ارزش افزوده تجهیزات مورد درخواست برای ایمنی بیمار، ارتقای کیفیت و بهبود درآمد/ هزینه خدمات، جهت اولویت‌بندی درخواست‌های خرید
۴. بررسی و تطبیق قابلیت‌های کمی و کیفی مورد انتظار دستگاه مطابق نیاز مرکز جراحی
۵. خرید تجهیزات پزشکی از زنجیره توزیع قانونی و مجاز بودن شرکت تامین‌کننده/ تولید کننده از نظر وزارت بهداشت
۶. خوشنامی فروشنده در انجام تعهدات و کیفیت پشتیبانی و خدمات پس از فروش و سوابق عملکرد تجهیزات پزشکی مشابه و شرکت پشتیبان آن در سایر مراکز
۷. بررسی گزارش کارشناسی هزینه بهره وری اعم از هزینه نگهداشت،هزینه ارتقاء و تعمیرات و قطعات
۸. امکان تامین کیت/ مواد مصرفی و قطعات یدکی در کشور
۹. قابلیت‌های ارتقای تجهیزات پزشکی موجود و لحاظ شیوه‌های اقتصاد سنجی تجهیزات و ملزومات پزشکی

ب ۵-۴-۲ در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت، از تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و به روز استفاده می‌شود.	سطح سه

- انجام مطالعات لازم جهت آگاهی از آخرین تکنولوژی‌های پیشرفته و به روز برای ارائه خدمات بالینی
- بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی با تکنولوژی پیشرفته و به روز در راستای ارتقای کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت

به روز رسانی تکنولوژی تجهیزات تشخیصی به منظور بهبود کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت مانند اتاق عمل یکی دیگر از مصادیق مهم بیمار محوری در مرکز جراحی ا ست. در مواردی که ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پز شکی با تهیه لوازم جانبی (نرم افزاری، سخت افزاری) مي سر ا ست خرید و جایگزینی تجهیزات جدید مد نظر نیست. هر گونه بهبود کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت، بدون لحاظ منافع مالی محض موید استقرار بسیاری از ا ستانداردهای هم سو در ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی بیماران و فرهنگ بیمار محوری ا ست. لذا از این منظر این ا ستاندارد نقش مهمی در ارزیابی باور مدیریان ار شد در امر اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت، ایمنی بیمار و فرهنگ بیمار محوری است.

ب ۵-۵ پایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.	سطح
ب ۵-۵-۱ اطلاعات شناسنامه‌ای، کنترل کیفی، نگهداری پیشگیرانه، تعمیرات و سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات پزشکی به روز بوده و در دسترس است.	سطح یک
❖ وجود شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی ❖ اطلاعات شناسنامه شامل نام دستگاه، محل استقرار، مدل، سال نصب، تولید، سوابق کنترل کیفی، شرکت نمایندگی، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی ❖ به روزسانی و اصلاح / تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی پس از سرویس‌های دوره‌ای/ تعمیرات، اسقاط و یا خرید تجهیزات پزشکی جدید/جابجایی محل استقرار آن‌ها	
تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقربه‌ای، فلومتر اکسیژن، چراغ‌قوه و از این قبیل موارد نیاز به شناسنامه ندارد. اما تعداد آن در هر بخش باید مشخص و معلوم باشد.	
ب ۵-۵-۲ ❋ تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکت‌های نمایندگی / ثالث مجاز انجام می‌شود.	سطح دو
❖ تجهیزات پزشکی غیر فعال/ معیوب، نشانه‌گذاری شده و از جریان کار خارج می‌شوند. ❖ شناسایی شرکت‌های نمایندگی و یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در شناسنامه تجهیزات ❖ انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی صرفا از طریق شرکت‌های نمایندگی و یا مجاز (ثالث مجاز)	
فهرست شرکت‌هایی که انجام خدمات آن‌ها به موقع و با قیمت و کیفیت مناسب صورت نمی‌پذیرد، حتما به اداره کل تجهیزات پزشکی اطلاع‌رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. اسکن مستندات کاغذی و الکترونیکی نمودن سوابق تعمیرات/سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات به منظور دسترسی سریع و امکان طبقه بندی سوابق توصیه می‌شود.	
ب ۵-۵-۳ ❋ نگهداری پیشگیرانه و سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه ای توسط شرکت‌های مجاز ، برنامه‌ریزی و در تاریخ مقرر انجام می‌شوند.	سطح دو
❖ نگهداری پیشگیرانه براساس بازدیدهای میدانی دوره‌ای برای تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدامات اصلاحی مؤثر ❖ تهیه فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای وحیاتی مشمول نگهداری پیشگیرانه[1] توسط تجهیزات پزشکی مرکز جراحی ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام ارزیابی‌های نگهداری پیشگیرانه ❖ اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه براساس دستور العمل‌های ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و توصیه‌های کارخانه سازنده ❖ طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی و نگهداری پیشگیرانه ❖ نگهداری سوابق ارزیابی‌های نگهداری پیشگیرانه و اقدامات اصلاحی احتمالی متعاقب آن ❖ تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای مشمول سرویس‌های دوره‌ای ❖ عقد قراردادهای معتبر و جاری برای سرویس دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام سرویس دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ انجام سرویس‌های دوره‌ای به صورت منظم و بر اساس برنامه زمان‌بندی شده مرکز جراحی توسط شرکت‌های نمایندگی مجاز	
فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای مشمول سرویس‌های دوره‌ای با پیشنهاد شرکت تامین کننده و تایید کارشناس مربوط تدوین می‌شود.	
ب ۵-۵-۴ کنترل کیفی دوره‌ای تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای کالیبراسیون ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام کالیبراسیون تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ اجرای کالیبراسیون تجهیزات پزشکی به صورت منظم و بر اساس برنامه زمان‌بندی شده توسط شرکت‌های مجاز ❖ نصب بر چسب‌های الصاقی مطابق با دستورالعمل‌ها و نتایج آزمون کالیبراسیون بر روی تجهیزات با تاریخ اعتبار ❖ انجام کالیبراسیون مجدد در صورت دریافت هرگونه گزارش یا موارد عدم انطباق در عملکرد دستگاه در فاصله دو دوره کالیبراسیون	
کالیبراسیون دوره‌ای تجهیزات پزشکی تحت ضوابط ابلاغی اداره‌کل تجهیزات و ملزومات پزشکی انجام می‌شود. قبل از شروع آزمون کالیبراسیون بایستی تاریخ اعتبار پروانه و زمینه صلاحیت شرکت برا ساس سامانه اداره کل تجهیزات و ملزومات پز شکی وزارت بهدا شت ارزیابی شود. برای اجرای کالیبرا سیون برنامه زمان بندی شده انجام کنترل کیفی را براساس دستورالعمل مدیریت نگهداشت قابل دسترسی در تارنمای IMED.IR را تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید. پیش بینی زمان سنجی انجام کالیبراسیون و استعلام تعرفه خدمات آزمون و انجام آزمون کالیبراسیون و الصاق برچسب‌ها مطابق دستورالعمل ابلاغی اداره‌کل تجهیزات و ملزومات پزشکی بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود.	

[1] Preventative Maintenance (PM)

ب ۵-۵-۵ کاربران دائم و موقت در نوبت‌های کاری، بر اساس اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن از تجهیزات پزشکی استفاده می‌نمایند.	سطح دو

- ❖ آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی توسط افراد ذیصلاح
- ❖ آگاهی و تسط تمامی کاربران دائم و موقت تجهیزات پزشکی در تمامی نوبت‌های کاری در خصوص اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی

➢ مراحل آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی

۱. پیش بینی تعهد آموزش اثربخش کاربران تجهیزات در مفاد قرارداد خرید و نظارت مسئول تجهیزات پزشکی بر اجرای دقیق آن
۲. تعیین مخاطبین، نحوه آموزش، مسئول آموزش، مکان و مدت آموزش برای هر یک از تجهیزات پزشکی دارای برنامه آموزش کاربری
۳. ارائه آموزش توسط افراد ذیصلاح که با توجه به نوع تجهیزات توسط نمایندگی رسمی/ کارشناس ستادی/ مرکز جراحی
۴. استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند فیلم‌های آموزشی جهت استمرار آموزش‌های مورد نیاز
۵. تعیین افراد مجاز کاربری تجهیزات بر اساس گواهینامه دوره‌های آموزشی صادر شده
۶. تهیه راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده‌ای به زبان فارسی توسط واحد تجهیزات پزشکی

راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی بایستی به زبان ساده و قابل فهم تهیه شود. در مواردی که نیازی به نصب راهنما بر روی دستگاه نیست فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس مستمر کاربران قرار گیرد.

ج– حمایت از گیرنده خدمت

ج–۱ حقوق گیرندگان خدمت

ج ۱-۱ نیازهای گیرندگان خدمت شناسایی، برنامه ریزی و تامین می‌شود.	سطح
ج۱-۱-۱ ❋ قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اطلاعات لازم در اختیار بیمار/ ولی قانونی قرار می‌گیرد و رضایت آگاهانه اخذ می‌شود.	سطح یک

❖ شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی/ درمانی مشمول اخذ رضایت آگاهانه در مرکز جراحی
❖ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه
❖ اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت حداقل الزامات فرآیند رضایت آگاهانه از بیمار/ ولی/مقیم قانونی
❖ آگاهی کامل بیمار در خصوص انجام اقدامات تهاجمی و توضیحات ارائه شده توسط پزشک

اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه‌ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می‌باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی پزشک، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد درمانی جایگزین، مانند درمان غیرتهاجمی با توجه به میزان اثربخشی و ریسک آن‌ها توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش‌های لازم و قابل درک، دراختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اخذ می شود. 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. ملاک استقرار این سنجه علاوه بر مصادیق ذکر شده میزان درک بیمار و کفایت اطلاعات ارائه شده در خصوص بیماری، اقدامات تشخیصی/درمانی، داوطلبانه بودن رضایت‌های اخذ شده توسط فرد واجد صلاحیت و در نهایت تصمیم گیری آزادانه بیمار است. فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند، بایستی با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول فنی مرکز و مطابق دستورالعمل ابلاغی الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی(پروسیجرهای) تهاجمی" شناسایی و تدوین شود. معمولا اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی/ درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، ، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق انجام می‌شود.

➢ نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه

۱. رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.
۲. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/ پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می‌باشد.
۳. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
۴. اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت‌های تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.
۵. گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
۶. پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل/ حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

➢ حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگانه که بایستی به بیماران ارائه شود

۱. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادرخدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
۲. روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج
۳. محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روش‌های جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آن‌ها
۴. مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روش‌های جایگزین و مقایسه آن‌ها
۵. عواقب ترک درمان پیشنهادی و روش‌های جایگزین
۶. اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه‌های احتمالی
۷. عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از از کار افتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات مراقبتی خاص و مانند آن

ج۱-۱-۲ کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل بر اساس پوشش و کارت شناسایی برای بیماران و مراجعین قابل شناسایی هستند.	سطح دو
❖ ابلاغ و اطلاع رسانی پوشش حرفه‌ای به تمامی کارکنان ❖ رعایت پوشش حرفه‌ایی کارکنان اعم از پزشکان، پرستاران/ سایر حرف وابسته و کارکنان غیر بالینی ❖ نصب کارت شناسایی توسط کارکنان به صورت خوانا، عکس دار و قابل رویت از فاصله دو متری	
کدگذاری انواع پوشش‌ها در سطح مرکز جراحی مشروط به عدم مغایرت با سایر دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت و سایر قوانین جاری کشور منعی ندارد. همچنین تمامی کارکنان مرکز جراحی ملزم به نصب کارت شناسایی هستند. به گونه‌ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود. همچنین نام، نام خانوادگی و سمت شغلی دقیقا بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد.	
ج۱-۱-۳ نظام کارآمد رسیدگی به شکایت در مرکز جراحی طراحی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.	سطح دو
❖ اطلاع رسانی نحوه رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران در معرض دید مراجعین در سطح مرکز جراحی ❖ رسیدگی دستور کتبی ترخیص توسط پزشک معالج و ارائه بازخورد به متقاضی در صورت لزوم، جبران خسارت در خصوص شکایت‌های وارده از سوی بیماران ❖ جمع آوری و تحلیل ریشه‌ای شکایات، انتقادات و پیشنهاداتِ بیمار، خانواده و کارکنان با محوریت تیم رهبری و مدیریت ❖ وجود رویکرد بیمار محوری، شناسایی و مدیریت هرگونه تعارض منافع با حقوق بیمار در سطح مرکز جراحی	
موع پیشنهادات و شکایات واصله حداقل در بازه زمانی (سه ماهه) به صورت سیستماتیک تحلیل شده وپس از بررسی نتایج اقدامات اصلاحی در بازنگری فرایندها استفاده شود. بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی شکایات اقدام شده و به صورت آنی، در اولویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی شده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش می گردد. بروز مصادیقی از نقض حقوق بیمار به دلیل تعارض منافع شخصی، صنفی، گروهی و یا اقدامات سازماندهی شده برای تضییع حقوق بیماران مانند اخذ وجوه غیر قانونی از بیماران، استفاده از اطلاعات و نقض محرمانگی/ حریم بیماران، خدمات القایی مازاد بر نیاز بیمار، هرگونه تبانی و معامله در زمینه دارو و تجهیزات و هدایت بیماران به سوی سایر مراکز با هدف تامین منافع شخصی/گروهی و سایر موارد نقض کننده منشور حقوق بیماران بایستی با رویکرد بیمار محوری قاطعانه مدیریت شود.	

ج۱-۱-۴ مرکز جراحی نیازهای گیرندگان خدمت را شناسایی و برای تحقق نتایج مطلوب برنامه ریزی و اقدام می‌نماید.	سطح سه

- ❖ آگاه بودن مدیران/ موسسان مرکز جراحی از نیازهای به روز شده‌ی (فعلی) گیرندگان خدمت
- ❖ استفاده از پیشنهادات دریافت شده از گیرندگان خدمت در برنامه‌ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن
- ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده

در هر مرکز جراحی متناسب با نوع خدمات و خصوصیات گیرندگان خدمت توصیه می‌شود تمامی نیازهای گیرندگان خدمت شناسایی، طبقه بندی و فهرست شود. این نیازها در ابعاد ذیل قابل طبقه بندی است.

الف- نیازهای پزشکی

۱. وجود تجهیزات، ملزومات و امکانات تخصصی با کیفیت، پیشرفته، به روز و ایمن برای ارائه خدمات مطلوب، به موقع و ایمن
۲. بکارگیری نیروی انسانی متعهد، متبحر، حرفه ای و خوش اخلاق برای ارائه خدمات بیمار محور
۳. حمایت پزشکی از بیماران تا زمان بهبودی کامل و بازگشت به زندگی عادی

ب- نیازهای غیر پزشکی

۱. تجهیزات، ملزومات و امکانات رفاهی و تسهیلات اقامتی ایمن و مناسب و متناسب برای رفاه حال گیرندگان خدمت
۲. تامین نیازهای روحی و عاطفی بیماران با توجه به سن، جنس و سایر متغیر ها در هر مرکز برای آرامش خاطر گیرندگان خدمت
۳. رعایت انصاف و عدالت و حقوق بیماران در همه ابعاد مادی و معنوی

در همین را ستا تو صیه میشود نظر سنجی و دریافت پیشنهادات متنا سب با هر یک از گروه‌های گیرنده خدمت، جمع بندی و تحلیل نتایج صورت پذیرد و در فهر ست نیازهای گیرندگان خدمت اعمال شود. هر چند شناسایی و فهرست نمودن نیاز های گیرندگان خدمت (بیمار/خانواده بیمار) گام نخست است اما در نهایت آنچه اهمیت دارد تامین به موقع و مناسب و متناسب نیازهای پزشکی و غیر پزشکی بیماران و خانواده آنها در مرکز جراحی است.

➢ تسهیلات مورد تاکید و الزامی در مرحله پذیرش بیماران

۱. حضور فرد مطلع دارای حسن برخورد، در واحد پذیرش/ واحد اطلاعات جهت راهنمایی مراجعین مرکز جراحی
۲. اطلاع رسانی هزینه‌های قابل پیش بینی، در زمان پذیرش به بیماران
۳. اطلاع رسانی ضوابط و مقررات پوشش بیمه‌ایی خدمات و بیمه‌های پایه مورد پذیرش مرکز جراحی، بیمه‌های تکمیلی به بیماران
۴. پذیرش بیماران به صورت تسهیل شده و در حداقل زمان و بدون صف با رعایت محرمانگی مراجعین
۵. تعهد کارکنان مرکز جراحی به راهنمایی مراجعین و بیماران به عنوان یک وظیفه سازمانی در فرایند پذیرش
۶. وجود وب سایت فعال و به روز با اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه‌ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان
۷. عقد قرارداد با انواع بیمه‌های تکمیلی برای کاهش پرداخت از جیب بیماران
۸. نصب اطلاعیه و سامانه‌های رسیدگی به تخلفات تعرفه‌ای در پذیرش انجام شود.(سامانه‌های رسیدگی به شکایات ۱۹۰)
۹. وجود سامانه‌های پرداخت الکترونیک در تمامی پایانه‌های مالی (پوز) در پذیرش
۱۰. تشکیل پرونده کامل

ج۱-۱-۵ ❋ هر گونه خسارت جسمی، روحی-روانی و مالی ناشی از ارائه خدمات، به اطلاع بیمار/ خانواده رسیده و در صورت لزوم جبران می‌شود.	سطح سه

❖ اطلاع رسانی وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین با روشی معین و بدون هرگونه پنهان کاری
❖ جبران خسارت وارده به بیمار از سوی مرکز جراحی

اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری[1] به بیماران/مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، انجام می شود. هم چنان که استنباط می شود، عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحتی است که انتظار بهبودی و درمان آن می‌رفته است.

➢ مراحل مختلف فرآیند اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری که لازم است در خط‌مشی و روش اجرائی پیش بینی شود.

۱. برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/مراجعین یا فرد حامی او بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته .
۲. اظهار پشیمانی و تأسف از وقوع آن چه که اتفاق افتاده.
۳. با توجه به مسئولیت کادر ارشد حرفه‌ای در قبال اطلاع رسانی به بیمار/مراجعین، ایشان بایستی وقوف کامل به حادثه داشته باشند.
۴. برقراری ارتباط به موقع و صادقانه طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه و با تشریح کاملِ رخداد به صورت باز و شفاف توضیح واقعه برای مراجعین/بیمار/همراهان و اظهار پشیمانی / عذرخواهی توسط مسئولان وکارکنان تعیین شده
۵. تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند اظهار پشیمانی و عذرخواهی توضیح به مراجعین/بیمار/همراهان را انجام دهند
۶. تشخیص انتظارات منطقی مراجعین/بیمار/همراهان و پیش بینی ساز و کار جبران خسارت برای بیمار.
۷. حمایت از کارکنان منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار (از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و ...)
۸. حفظ جوانب محرمانگی وقایع رخ داده.

➢ مصادیق مشمول جبران حداقل شامل وقایع تهدید کننده حیات است از جمله

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
۲. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
۳. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۴. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۵. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
۶. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۷. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۸. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار
۹. تکرار موارد منجر به مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی دربازه زمانی کوتاه
۱۰. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو منجر به مرگ یا عوارض پایدار و سایر وقایع ناخواسته ایمنی بیمار منجر به مرگ یا عارضه پایدار

ج۱-۱-۶ ☑ ارایه خدمات به بیماران، با رعایت موازین انطباق توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به منزلت انسانی انجام می‌شود.	سطح یک

❖ بکارگیری کارکنان همگن در بخش‌ها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی
❖ استفاده از کارکنان بیمار برِ همگن در همه انتقال‌های بین بخشی و درون بخشی در انتقال به سایر بخش‌های کلینیکی و یا پاراکلینیک
❖ چینش کارکنان با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان همگن در تمامی نوبت‌های کاری بخصوص در بخش‌های ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری

در فوریت‌های پزشکی که حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است، ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان غیر همگن انجام و جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار صورت می‌پذیرد. پروسیجرهای خاص مانند گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، کولونوسکوپی و ... بایستی در تمام نوبت‌های کاری توسط کارکنان همگن انجام شود.

[1] Disclosure

ج۱-۱-۷ تسهیلات معنوی برای بیماران و مراجعین فراهم می‌شود.	سطح دو
❖ شناسایی نیازهای عبادی مورد نیاز بیماران ❖ تامین امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم و امکانات برگزاری نماز ازجمله سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن در اتاق بستری ❖ دسترسی به نماز خانه با امکانات لازم برای بیماران و همراهان/ مراجعین در مرکز جراحی و اطلاع رسانی مناسب آن در سطح مرکز جراحی ❖ مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی به بیماران کم توان ❖ امکان دسترسی شبانه روزی به نمازخانه/ اتاق دعا برای همراهان/ خانواده بیماران	
اجرای برنامه‌های فرهنگی جهت تسلی بخشی به بیماران با استفاده از آموزه‌های معنوی به نحوی که موجب سلب آسایش دیگر بیماران نشود توصیه می‌گردد.	
ج ۱-۲ مرکز جراحی از رعایت حریم شخصی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	**سطح**
ج ۱-۲-۱ ☑ خدمات درمانی و تشخیصی با رعایت حریم شخصی به مراجعین و بیماران ارائه می‌شود.	سطح یک
❖ آگاهی کارکنان بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار ❖ عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش ❖ ارایه خدمات به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت ❖ رعایت حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش‌های بیماران در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی ❖ عدم استفاده از دوربین‌های مدار بسته در حریم خصوصی بیماران ❖ پیش بینی نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق‌های عمومی با استفاده از جداکننده مانند پاراوان ❖ تعیین نحوه رسیدگی به درخواست بیمار و خانواده آن‌ها درخصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آن‌ها	
در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات بیماران در تمامی بخش‌ها/ واحدها رعایت می‌شود.	
ج ۱-۲-۲ ☑ پوشش بیماران بارعایت موازین شرعی، اخلاق حرفه‌ای و تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او تامین می‌شود.	سطح یک
❖ رفتارحرفه‌ای و تامین امنیت روانی بیمار با پوشش مناسب در اتاق بستری یا زمان جابجایی ❖ تعیین نحوه حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار و اجرای آن	
بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش‌های مختلف به ویژه (اتاق عمل، ریکاوری)، و هنگام جابجایی، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی، آراستگی و پوشیدگی مناسب) باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند. در اتاق عمل از گان مناسب که پوشیدگی کامل بیمار ایجاد نماید، استفاده گردد. در اعمال جراحی بر روی سر و گردن و دست‌ها از شلوار که امکان سونداژ کردن دارد و نیمه تنه که ناحیه سینه بیمار را بپوشاند استفاده شود.	
ج ۱-۲-۳ ☑ از هرگونه علائم یا نوشته‌ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی محرمانه بیمار را آشکار نماید، استفاده نمی‌شود.	سطح یک
❖ اطلاع رسانی به بخش‌های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار ❖ آگاهی کارکنان بخش‌های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار ❖ عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش ❖ تعیین کارکنان و رده‌های شغلی مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران ❖ تعیین همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران	
اطلاعات درمانی بیمار شامل تشخیص‌های احتمالی یا قطعی و سایر اطلاعات تشخیصی و درمانی است. در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته‌های وابسته به گروه پزشکی است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نا محسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نشود. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص‌های احتمالی/ قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.	

ج ۱-۳ مراجعین، بیماران و خانواده آن‌ها از خدمات مرکز جراحی رضایت دارند.	سطح
ج ۱-۳-۱ رضایت گیرندگان خدمت با فاصله ۶ ماه، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می‌شود.	سطح دو
❖ استفاده از پرسشنامه روا و پایا رضایت سنجی از بیمار و همراه ❖ شناسایی موارد معنی دار اعم از موارد غیر قابل قبول و بیش از حد انتظار ❖ انجام اقدامات اصلاحی لازم بر اساس نتایج ارزیابی	
سنجش رضایت از بیماران و همراهان باید با پرسشنامه پایا و روا و در دو فرم مستقل حداقل ۶ ماه یک بار انجام شود. رضایت سنجی از مراجعین، بیماران و همراهان حداقل ۶ ماه یک بار با محوریت تیم رهبری و مدیریت انجام شود و پس از بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان موارد معنی دار اعم از موارد بحرانی شناسایی و اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت اجرا می گردد. به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند. انجام رضایت سنجی یک هفته پس از ترخیص بیماران مناسب ترین زمان است.	
ج ۱-۳-۲ بیماران استفاده از خدمات این مرکز جراحی را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند.	سطح سه
❖ توصیه بیمار به بستگان و آشنایان جهت استفاده از خدمات این مرکز جراحی	
بالاترین مرتبه رضایت مندی توصیه مرکز جراحی به بستگان و آشنایان است که در حین ارزیابی از طریق مصاحبه با بیماران ارزیابی می‌شود.	
ج-۱-۴ مرکز جراحی از رعایت منشور حقوق بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.	**سطح**
ج-۱-۴-۱ ☑ منشور حقوق بیمار در معرض دید مراجعین بوده و کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی داشته و به آن عمل می‌نمایند.	سطح یک
❖ نصب منشور حقوق بیماردر لابی، ورودی اصلی مرکز و ورودی بخش‌های بستری ❖ خوانا و قابل رویت بودن متن منشور حقوق بیمار از فاصله یک متری ❖ آگاهی رده‌های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار ❖ انطباق عملکرد به مفاد منشور حقوق بیمار متناسب با نقش هر یک از کارکنان	
محل نصب در معرض دید باشد و در گوشه‌ها/ زاویه‌های کم تردد سالن‌ها نصب نشود.	
ج-۱-۴-۲ ☑ مراقبت از بیماران در بخش‌های بستری عادی بزرگسالان، به صورت تفکیک اتاق‌های بستری خانم‌ها و آقایان است.	سطح یک
❖ تفکیک اتاق بستری بیماران مرد یا زن در بخش‌های بزرگسال ❖ تفکیک سرویس بهداشتی و حمام مردانه و زنانه در بخش‌های بزرگسال ❖ استفاده از جداکننده بین بیماران در تمامی بخش‌ها	
در بخش‌های بستری که دو مسیر ورودی و راهروی جداگانه دارد یک مسیر به بیماران خانم و مسیر دیگر به بیماران آقا اختصاص داده شود.	
ج-۱-۴-۳ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی، در زمان پذیرش به بیماران اطلاع رسانی می‌شود.	سطح دو
❖ تعیین ضوابط و مقررات بستری بیمار همسو با قوانین و مقررات وزارت بهداشت ❖ اطلاع رسانی به بیمار/ همراه بیمار در خصوص هزینه‌های قابل پیش بینی در زمان پذیرش	
ضوابط و مقررات بستری بیمار شامل پوشش بیمه‌ای خدمات و بیمه‌های پایه مورد پذیرش مرکز جراحی، بیمه‌های تکمیلی، اتاق خصوصی، وجود همراه و سایر اطلاعات به تشخیص مرکز و نیاز بیمار است.	