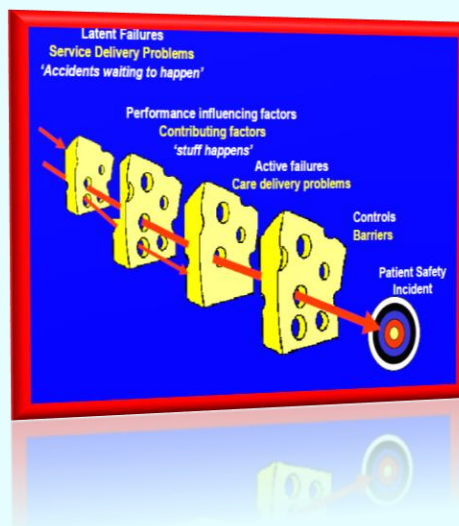




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

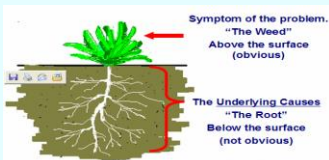
مدیریت نظارت و اعتبار بخشی امور درمان



28 NEVER EVENTS	
وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران	
1- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	2- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
3- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	4- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
5- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	6- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
7- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	8- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
9- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	10- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
11- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	12- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
13- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	14- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
15- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	16- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
17- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	18- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
19- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	20- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
21- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	22- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
23- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	24- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
25- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	26- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه
27- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه	28- عدم کنترل دوز دارو یا تزریق دارو به اشتباه

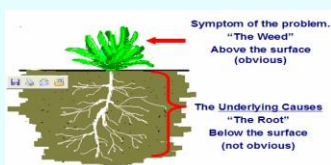
کتابچه درس های آموخته شده از رخداد های ناخواسته درمانی (سال ۱۴۰۲)

تهیه و تنظیم: واحد رسیدگی به وقایع ناخواسته درمانی (NEVER EVENT)



فهرست مطالب

۳.....	مقدمه.....
۴.....	راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار.....
۶.....	راهنمای شناسایی صحیح بیماران.....
۹.....	راهنمای پیشگیری از جا گذاشتن هرگونه device در بدن.....
۱۰.....	راهنمای پیشگیری از ترک بدون اطلاع بیمار.....
۱۱.....	راهنمای پیشگیری از سوختگی بدن بال اقدامات درمانی.....
۱۲.....	راهنمای پیشگیری در اشتباه تزریق دارو.....
۱۵.....	راهنمای پیشگیری از واکنش همولیتیک بعلت تزریق خون اشتباه.....
۱۶.....	راهنمای پیشگیری از مرگ/عارضه مادر و نوزاد بدن بال زایمان.....
۱۸.....	راهنمای پیشگیری از مرگ/عارضه در حین عمل جراحی.....
۲۲.....	سناریو رخ دادهای وقایع ناخواسته نیمسال دوم ۱۴۰۲.....



مقدمه:

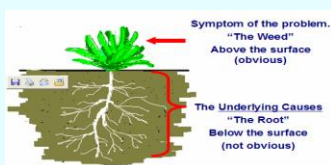
ایمنی بیمار جزء یکی از مهمترین موارد مورد توجه نظام های سلامت بخصوص در کشورهای توسعه یافته می باشد. ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت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

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

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

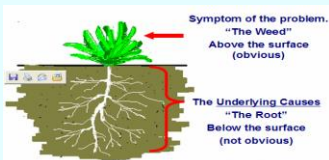
فرهنگ ایمنی بیمار باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد. به همین دلیل پیشگیری از آسیب های مرتبط با مراقبت های بهداشتی، درمانی بعنوان یک اصل کلیدی و کلی در مراقبت از بیمار مطرح می باشد. لذا مدیریت خطاهای پزشکی از جمله تحلیل ریشه ای، روشی است که اجازه می دهد تا سازمان با روش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

کتابچه تنظیم شده، به راهکارهای اصلاحی جهت پیشگیری از بروز برخی از رخداد های ناخواسته درمانی و همچنین سناریوهای خطاهای رخ داده طی نیمسال دوم ۱۴۰۲ و درس آموخته های گرفته شده، جهت بهره مندی همکاران/مخاطبان عزیز پرداخته است.

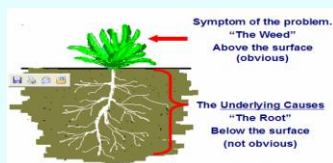


راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار

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

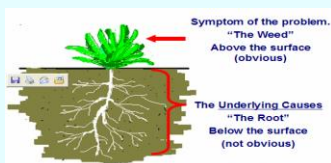


۱۳. نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و...
۱۴. آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان
۱۵. اخذ شرح حال گیری/ارزیابی دقیق و مناسب بیماران در هر شیفت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



راهنمای شناسایی صحیح بیماران

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



✓ خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها

✓ انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تمت گاید، دیالیز و سایر)

✓ ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند بهکارگیری نیروها از سایر بخشها در قالب اضافه کار)

✓ بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه

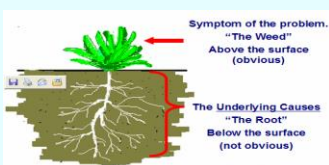
✓ بیماران تازه وارد اورژانس

روش شناسایی صحیح فعال بیماران

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

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

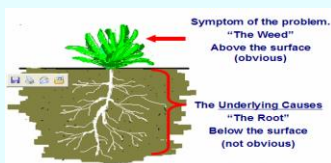
- دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله از بیمار درخواست نماید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی، بیمار صحیح را شناسایی نمایند.
- در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر/ عمل جراحی، در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



➤ لزوم عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل، حین و پس از پروسیجر جراحی منطبق بر " دستورالعمل جراحی ایمن "

فرآیند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

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



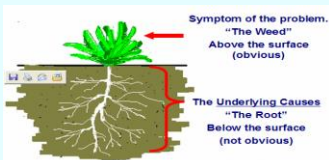
راهنمای پیشگیری از جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و ... در بدن بیمار

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

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

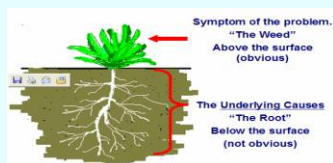
۲۱. نظارت بر زمان تحویل و تحویل بیماران به اتاق عمل و جلوگیری از انتقال بیماران در زمان تعویض

شیفت های بالینی (مگر در موارد اورژانسی)



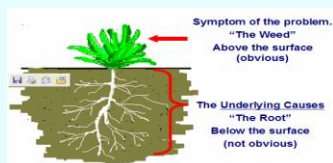
راهنمای پیشگیری از مفقود شدن بیمار در زمان بستری بیش از ۴ ساعت / ترک بدون اطلاع بیمار

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



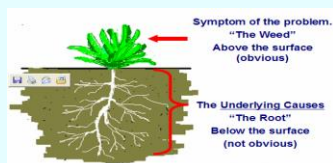
راهنمای پیشگیری از سوختگی بدن بال اقدامات درمانی مانند الکترود اطاق عمل و...

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



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

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



۱۸. تاکید بر ضرورت خواندن دقیق مشخصات دارویی (نام دارو، دوز دارو، روش استفاده مندرج بر روی دارو، تاریخ انقضاء و ...) در هر بار نسخه نویسی، تحویل دارو از داروخانه، تجویز و دارودهی توسط کادر درمانی در بخش ها و عدم اتکاء به تشخیص دیداری، مکان دارو و ... (به ویژه در ترالی اورژانس که محتوی داروهای با هشدار بالا و اشکال مشابه در فواصل بسیار نزدیک به هم قرار دارند)
۱۹. الصاق برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست (در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نباید هرگز در حالت آزاد قرار گیرد)
۲۰. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود
۲۱. ارائه آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی
۲۲. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی بویژه در خصوص داروهای باتلفظ مشابه و باهشدار بالا (در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تایید دستور داده شده استفاده شود)
۲۳. عدم استفاده از داروهای فاقد برچسب مشخصات/ برچسب مشخصات مخدوش
۲۴. ویال پتاسیم را در تمامی انبارهای دارویی (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه) و ترالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبد های قرمز متناسب نگهداری نموده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب شود
۲۵. رعایت اصول دارو دهی در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار:

داروی صحیح

راه صحیح

زمان صحیح

دوز صحیح

بیمار صحیح

مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار بستری

درج شفاف نام و جزییات تماس پزشک تجویز کننده نسخه دارویی

آموزش به بیمار/همراه وی در ارتباط با دستوردارویی داده شده (حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده)

۲۶. پرورش و تقویت عادات بررسی و کنترل دارویی

۲۷. بازنگری فهرست داروهای مشابه در فواصل دوره ای منظم و نصب فهرست/یادآور در بخش های بستری (تهیه لیست داروهای مشابه با ذکر تمام مشخصات دارو شامل نام، شکل و دوز دارو، شرکت سازنده و تصویر داروهای مشابه در مراکز درمانی و بررسی و بازنگری دوره ای آنها و همچنین تهیه پوسترهای رنگی از داروهای مشابه موجود در بیمارستان و آموزش های مستمر پرستاران و کارکنان داروخانه در خصوص افزایش دقت به نام فرآورده مندرج بر روی بسته بندی داروها در زمان تحویل دارو و دارو دهی به بیماران، با توجه به اینکه بیشترین موارد پتانسیل وقوع اشتباهات دارو پزشکی مربوط به شباهت ظاهری و نام گذاری برخی فرآورده ها عنوان شده است)

۲۸. برچسب گذاری داروهای مشابه (زردرنگ) و داروهای پرخطر (قرمز رنگ) به نحوی که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد

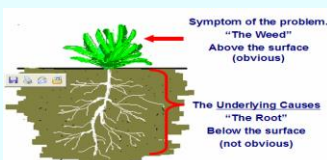
۲۹. جداسازی داروهای باهشدار بالا در طبقات مخصوص داخل یخچال به نحوی که با سایر داروها اشتباه نشود (بالاخص در یخچال های کوچک)

۳۰. عدم استفاده از انبارش دارویی بر حسب حروف الفبا

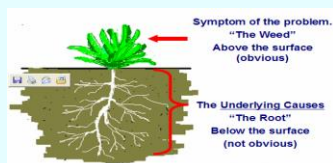
۳۱. تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظتهای مختلف به صورت حفاظت شده

۳۲. تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس راهنمای بالینی مصوب بیمارستان

۳۳. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی

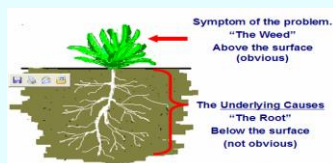


۳۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۳۵. مشخص نمودن داروهای ناركوتيك با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظتهای دارویی
۳۶. آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوت‌های مورفین و هیدرومورفین ارائه
۳۷. نگهداری داروهای ناركوتيك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



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

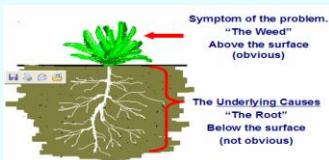
۱. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
۲. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۳. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان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



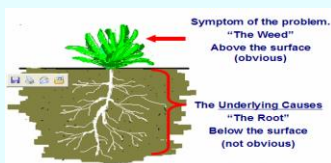
راهنمای پیشگیری از مرگ یا عارضه مادر/نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین

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

۲۱. تحویل و تحول مادران در لیبر، حین زایمان و پس از زایمان توسط پزشکان و کارکنان در تمام نوبتهای کاری



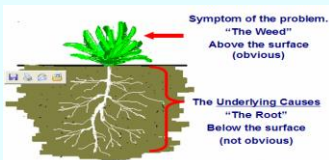
۲۲. مراقبت از مادر در بخش پس از زایمان تا زمان ترخیص طبق دستورالعمل راهنمای کشوری خدمات مامائی
۲۳. ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص حداقل توسط عامل زایمان یا پزشک متخصص زنان/ مامای کشیک و سپس صدور دستور ترخیص
۲۴. ترخیص مادران سزارین شده با معاینه پزشک متخصص زنان و خودداری از هرگونه دستور تلفنی ترخیص
۲۵. شناسایی نوزادان بر اساس ضوابط مربوط:
۲۶. استفاده از مچ بند شناسایی مادر و نوزاد در بدو پذیرش مادر
۲۷. ثبت مشخصات مربوط به نوزاد پس از زایمان بر مچ بند نوزاد، پس از شناسایی فعال
۲۸. نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر
۲۹. نصب مچ بند به دست و پای نوزاد بلافاصله پس از تولد در اتاق زایمان/ اتاق عمل
۳۰. انجام هر گونه اقدام مراقبتی و تحویل و تحول پس از شناسایی صحیح و فعال نوزاد
۳۱. انتقال ایمن و هم زمان مادر و نوزاد به بخش پس از زایمان
۳۲. ارائه مراقبت قبل از تولد و حین تولد و پس از تولد نوزاد تا زمان ترخیص براساس بسته خدمتی نوزاد سالم و ثبت در پرونده
۳۳. ارزیابی نوزاد و تعیین نیاز فوری وی به احیا مطابق با آخرین الگوریتم ابلاغ شده احیا نوزاد
۳۴. حضور فوری پزشکان دیصلاح با اولویت پزشک فوق تخصص نوزادان/ حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان/ اتاق عمل
۳۵. برگزاری دوره ای و منظم کارگاه احیا نوزاد جهت پزشکان، کادر پرستاری-مامائی و چک اثربخشی آموزش های داده شده
۳۶. رعایت جدی تر پروتکل های علمی مطابق دستورالعمل ها
۳۷. ضرورت انجام زایمان با ابزار توسط متخصص زنان مربوطه
۳۸. ضرورت چک سرویکس و کانال زایمانی، پس از زایمان با ابزار
۳۹. ضرورت اخذ شرح حال گیری کامل و معاینه دقیق طبق زمان استاندارد توسط پزشک معالج
۴۰. نظارت مسئول بخش بلوک زایمان و مسئول شیفت ها بر عملکرد کارشناسان مامائی
۴۱. نظارت بر روند ارائه خدمات در مادران نیازمند به مراقبت ویژه توسط معاون درمان مرکز
۴۲. تشکیل کمیسیون بر بالین در اسرع وقت (۶ ساعت اول بدو بستری) و در اولین فرصت زمانی بدو ورود مادر باردار مبتلا به کرونا و با بارداری نیازمند به مراقبت ویژه
۴۳. رعایت پروتکل و دستورالعمل های علمی در مادران مبتلا به کووید-۱۹
۴۴. بررسی دقیق و انجام اقدامات درمانی مناسب و به موقع توسط متخصصین بیهوشی مقیم در مادران مبتلا به کووید بستری در بخش مراقبتهای ویژه یا بستری در بخش با درخواست مشاوره
۴۵. ارتقاء فرآیند ثبت پرونده و گزارش نویسی توسط کلیه رده های درمانی
۴۶. رعایت قوانین آنکالی و مقیمی توسط پزشکان در مراکز و نظارت مسئولین بر این امر
۴۷. برگزاری دوره های آموزشی اثربخش مرتبط بابیماری کووید-۱۹ و اکسیژن درمانی با همکاری اعضاء محترم هیات علمی جهت تمامی رده های درمانی
۴۸. پیشنهاد عدم اکستوبه کردن بیماران در شیفت های عصر و شب
۴۹. ضرورت سدیشن مناسب بیماران برحسب صلاحدید پزشک و شرایط بیمار، در بیماران اینتوبه به منظور پیشگیری از اکستوبه کردن بیمار و اینتوبه شدن مکرر بیمار
۵۰. انجام مشاوره و ویزیت قبل از انتقال مادران مبتلا به کووید به اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی
۵۱. عدم ویزیت وانجام مشاوره توسط انترن و دستیاران جهت مادران نیازمند به مراقبت ویژه و انجام توسط پزشک متخصص/ دستیاران سال ۳ و ۴ باحضور انند
۵۲. استیبل نمودن بیماران در اتاق عمل جراحی (قلبی-تنفسی و...) و سپس انتقال به بخش های بالینی
۵۳. تقویت و حضور پررنگ سوپروایزران بالینی درخصوص مادران نیازمند به مراقبت ویژه و بیماران بدحال در اجرای دستورالعمل ها و پروتکلها (پیگیری حضور پزشک بر بالین، ممانعت از دستورات تلفنی، تشکیل کمیسیون بر بالین، تسریع در پاسخدهی آزمایشگاه، تحویل به موقع فرآورده های خونی و...)
۵۴. نظارت مدیران ارشد و مسئولین بر عملکرد تیم درمان در تمامی رده ها



۵۵. رعایت دستورالعمل ارجاع/اعزام بیماران و هماهنگی و پیگیری جدی اعزام مادران نیازمند به مراقبت ویژه باستاد هدایت (در صورت نیاز به اعزام)
۵۶. آموزش اثربخش مادران و همراهان درخصوص فرآیندهای درمانی و اقدامات مراقبتی مادر و نوزاد و چک اثربخشی آموزش ها در تمامی شیفتها

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

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



+ تحویل گرفتن ستها و پکهای مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل

+ برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار

+ کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد (کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد اتصالات هموگ، درن، چست تیوب و سایر اتصالات)

+ کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی

+ تنظیم تخت جراحی، نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل (توجه به بیماری زمینه ای و آسیب پوستی محل اتصال پلیت، کوتر، باز کردن پانسمان و آتل و بیمار قبل از عمل جراحی صورت پذیرد)

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

+ بررسی صحت عملکرد تجهیزات اتاق عمل در ابتدای هر شیفت توسط افراد 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 (در ابتدای هر شیفت با استفاده از چک لیست معتبر صحت کارکرد تجهیزات بیهوشی اتاق عمل توسط تکنسین هوشبری بررسی و تایید میشود. همچنین در ابتدای هر مورد القا 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 سانتال 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)

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

+ برآورد نیروی انسانی بر حسب تعداد اتاقهای عمل

+ چینش نیروها بر اساس برنامه اعلام شده از بخشها

+ تطابق تعداد نیروها با برنامه عمل های جراحی

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

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

+ انجام ارزیابی لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از القا بیهوشی به بیمار

+ اقدام برابر قسمت دوم چک لیست جراحی ایمن قبل از برش پوستی

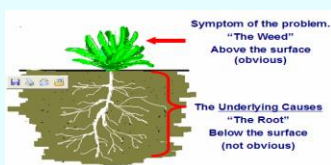
+ اقدام برابر قسمت سوم چک لیست جراحی ایمن قبل از خروج بیمار از اتاق عمل

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

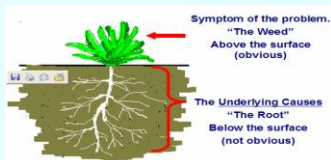
+ ثبت شرح عمل قبل از انتقال بیمار به بخش

+ ثبت دستورات پزشکی قبل از انتقال بیمار به بخش (عدم ثبت دستور ترخیص در اتاق عمل)

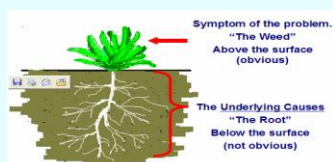
۱۱. ثبت دقیق و واضح اقدامات پس از جراحی (بالاخص نحوه کنترل علائم حیاتی) در پرونده توسط پزشک معالج، قبل از انتقال بیمار به بخش (در صورت وجود بیش از یک جراح (غیر از کمک جراح) تکمیل برگه جداگانه توسط هر یک از آنها الزامی است. اصول صحیح ثبت گزارشات براساس راهنمای مستند سازی پرونده های پزشکی رعایت شود)



۱۲. پیش بینی و تعیین بخش بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی براساس وضعیت بالینی او (متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی بیمار، سوابق مشاوره های پزشکی و نظر پزشک جراح در رابطه با بستری در بخش ویژه تصمیم گیری مینماید)
۱۳. بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و با حضور پرستار به بخش مربوط منتقل شوند:
 - + ترخیص بیمار از اتاق عمل با دستور متخصص بیهوشی
 - + تحویل بیمار توسط کادر ذیصلاح بالینی اتاق عمل به پرستار با رعایت اصول مربوطه
 - + همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسیمتر پرتابل)
 - + استفاده از اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار
 - + رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی بیمار حین انتقال
 - + استفاده از وسائل انتقال ایمن (مانند مجهز بودن برانکارد به ریل محافظ)
۱۴. ضرورت حضور پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل و صدور دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری (بر اساس کتاب ارزشهای نسبی متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران به طور همزمان نمی تواند مسولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد، بیهوشی بیمار سوم و به بعد ممنوع و غیر قانونی بوده و قابل محاسبه نمیباشد. در بیمارستانهای آموزشی که دارای دستیاران سال سوم و چهارم بیهوشی است به شرط حضور مستمر دستیار بر بالین بیمار حداکثر میتوانند سه بیمار را به صورت همزمان بیهوش نمایند. در خصوص بیماران کلاس ۳ و بالاتر متخصص بیهوشی نمیتواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد. در موارد خاص و مخاطرات حیاتی بیهوشی برای بیمار سوم قابل محاسبه و پرداخت بوده و در اسرع وقت متخصصین بیهوشی میبایست یکی از بیماران غیر اورژانسی را از لیست عمل خارج نموده و بیمار اورژانسی را جایگزین نمایند و تا زمانی که عمل اورژانسی ادامه دارد مجاز به پذیرش اورژانسی دیگری نیستند)
۱۵. نگهداری و انتقال ایمن نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه و تکمیل فرم درخواست مربوط تحت کنترل و نظارت صورت گیرد:
 - + برچسب گذاری و درج مشخصات (شناسه ها) صحیح نمونه های پاتولوژی با توجه به شناسه های دستبند شناسایی بیمار
 - + شناسایی نوع محلولهای کاربردی برای نگهداری نمونه های پاتولوژی
 - + مدیریت نقل و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه
۱۶. ضرورت ویزیت، ارزیابی و شرح حال گیری دقیق بیمار قبل از عمل جراحی توسط پزشک معالج و محدود نمودن دستورات تلفنی بدون انجام ویزیت و معاینه بالینی بیمار جهت انتقال به اتاق عمل
۱۷. انجام ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار و ثبت کامل مشاهدات و ارزیابی صورت گرفته در پرونده بالینی بیمار
۱۸. برنامه ریزی مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی طراحی شده برای بیمار بر اساس تشخیص/ تشخیص های اولیه و ارزیابی اولیه پرستار
۱۹. کنترل دقیق وضعیت بالینی بیماران دریافت کننده داروهای آرام بخشی، مخدر و ... پس از عمل جراحی و اطلاع تغییر وضعیت بالینی بیمار به پزشک معالج
۲۰. ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی توسط پزشک (بالاخص مشخص بودن روش بیدردی بطور واضح در دستورات پس از جراحی)
۲۱. توجه و چک دقیق پارامترهای علائم حیاتی در بیماران قبل، حین و بعد از عمل جراحی
۲۲. ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول و ثبت دقیق در پرونده
۲۳. مراقبت و پیشگیری از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
۲۴. حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده ی شیفت در مدت زمان همپوشانی برای تبادل اطلاعات در مورد بیماران و تحویل/تحول صحیح بیماران
۲۵. اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در حال اجرا



۲۶. ویزیت بیماران پس از عمل جراحی و بررسی وضعیت بالینی بیمار توسط پزشک معالج و خودداری از ثبت دستور ترخیص از اتاق عمل
۲۷. انجام مشاوره های اورژانس و غیراورژانس مطابق دستورالعمل مشاوره های بالینی باحضور بر بالین متخصص های رده های مختلف
۲۸. پایش و ارزیابی دقیق و مستمر بیماران در شیفتهای بالینی بالاخص سرکشی مکرر بیماران در شیفت شب
۲۹. ثبت دقیق نتایج نوارقلب، اکو و مشاوره های انجام شده در پرونده و اطلاع وضعیت بیمار به پزشک معالج
۳۰. رعایت دستورالعمل مقیمی توسط پزشکان معالج و حضور بر بالین بیماران و خودداری از دستورات تلفنی در زمان مقیمی
۳۱. تحویل بیماران بر بالین توسط پزشکان معالج
۳۲. هماهنگی مناسب با ستاد هدایت درخصوص اعزام بیماران اورژانسی / ویزیت بر بالین بیماران توسط آنکال استان
۳۳. توجه بیشتر مسئولین شیفت ها و سوپروایزران بالینی در راند بخش ها به بیماران پس از عمل جراحی
۳۴. پیگیری وضعیت بالینی بیمار و انجام اقدامات تشخیصی-درمانی موثر توسط سرویس بستری کننده



ایمنی بیمار

ایمنی بیمار یک اصل بنیادی کیفیت است که در برنامه های جهانی سلامت مورد توجه ویژه قرار گرفته است. ایمنی بیمار پیش گیری و تعدیل آسیب های ایجاد شده در اثر حذف خطاهای مربوط به مراقبت های بهداشتی می باشد که با به کارگیری شیوه ها و راهکارهای عملی، وقوع خطاها را به حداقل رسانده و باعث عدم تکرار آن در صورت وقوع حوادث می شود.

یکی از راهکارهای بسیار مفید و سودمند در ایمنی بیمار استفاده از سیستم گزارش دهی، استفاده از تجربیات دیگران و درس آموخته های اخذ شده از خطاها و حوادث درمانی می باشد. هدف اساسی سیستم های گزارش خطاء ارتقاء ایمنی بیمار می باشد و این امر از طریق یادگیری نکات مهم حاصل از گزارش خطا و وقایع ناخواسته و به اشتراک گذاشتن این آموخته ها امکان پذیر هست.

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

سقوط بیمار

عنوان

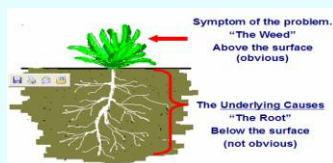
شرح حادثه

بیمار آقای ۸۶ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۲ در ساعت ۱۳:۵۱ بدنبال دیسترس تنفسی، تنگی نفس، اپیستاکسی و سابقه بیماری قلبی-ریوی، مشکل بینایی، شنوایی پذیرش شده و در ساعت ۱۴:۳۰ در بخش CCU بستری شده است. بخاطر اپیستاکسی تامپون بینی گذاشته شده و اکسیژن با ماسک دریافت می کرده است. بیمار همراه داشته و طبق گزارش پرستاری آموزش به بیمار و همراه در مورد اطلاع به پرسنل در صورت هرگونه جابجایی داده شده است. در ساعت ۲۱:۰۵ تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ پس از رفتن همراه بدون اطلاع به پرسنل (جهت تعویض همراه) بیمار اقدام به بلند شدن از تخت و کندن سیم و کابل چست لید نموده و در اثر از دست دادن تعادل با پشت و از ناحیه کتف چپ روی زمین افتاده است. بلافاصله پرسنل بر بالین بیمار حاضر شده و با کمک بیمار را روی تخت قرار میدهند. پس از چند دقیقه بیمار دچار آپنه شده که بلافاصله کد ۹۹ اعلام و عملیات احیا انجام میشود. پس از اینتوباسیون و برگشت بیمار در ساعت ۲۱:۴۵ سی تی اسکن مغزی و مشاوه نروسرجری انجام شده که طبق نظر نروسرجر مشکلی نداشته است. بیمار در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۳ ساعت ۲۲:۱۵ اینتوبه به بخش ICU منتقل شده است. بیمار بعد از سه روز اکستوبه و به بخش CCU منتقل شده و در نهایت پس از ۱۰ روز بستری در CCU ارست قلبی تنفسی و فوت نموده است.

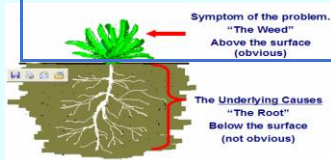
علل رویداد

حادثه

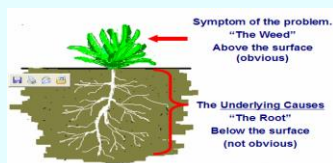
۱. ترک بیمار توسط همراه بدون اطلاع به پرستار
 ۲. ناکافی بودن آموزش های ارائه شده به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار، بدساید و ...
 ۳. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه
 ۴. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت
 ۵. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه
 ۶. عدم اطلاع بیمار به پرسنل جهت خروج از تخت
- عدم رویت بیمار بدلیل وجود پره بین تختها توسط پرسنل حاضر در اتاق بیمار (عدم توجه به وضعیت بیماران حین حضور پرسنل در اتاق)



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



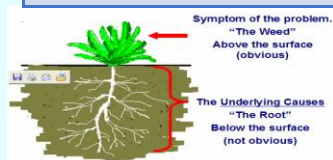
۵. عدم شرکت در کلاس های آموزشی ۶. عدم ارتباط موثر پزشک معالج با پزشک قبلی بیمار و متخصص بیهوشی ۷. عدم گزارش فوری وقایع ناخواسته طبق شیوه نامه ابلاغی	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ مدیریت زمان ماندگاری بیمار، قبل از شروع عمل مدیریت ➤ آماده سازی وسایل و داروهای بیهوشی با توجه به انتخاب نوع بیهوشی توسط تکنسین بیهوشی زیر نظر پزشک بیهوشی و ارزیابی صحیح و دقیق بیمار از نظر بیهوشی قبل از عمل ➤ تاکید و نظارت برانجام ارزیابی لازم و عملکرد تیم جراحی و بیهوشی مطابق دستورالعمل جراحی ایمن (قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل) ➤ استفاده از داروها، تاثیر و یا عدم تاثیر داروها بلافاصله بعد از تزریق، کنترل، ثبت در پرونده ➤ حضور مستمرمتخصص بیهوشی به صورت مستمر بر بالین بیمار و پایش دقیق و ثبت وضعیت همودینامیک، علائم حیاتی، OUT PUT و در پرونده ➤ لزوم تعامل بیشتر متخصص بیهوشی و پزشک جراح با یکدیگر ➤ انجام اعمال جراحی (تمام مراحل) در عمل های سنگین توسط اتند مربوطه و عدم واگذاری اقدامات به رزیدنت ➤ در صورتی که بیمار قبلا توسط جراح دیگر عمل شده است، پزشک جدید با پزشک قبلی مشورت نماید. ➤ پیشنهاد مشورت با جراحان هم رشته در عمل های سنگین ➤ نظارت بر عدم دستکاری در پرونده بیماران توسط مسئولین شیفت، سرپرستارن و... (هرگونه دستکاری پرونده اعم از تاریخ، ساعت، برگه های دستورات، مشاوره ها، سیر بیماری و ممنوع می باشد و پیگرد قانونی دارد) ➤ اعلام صحیح و دقیق ساعت شروع و اتمام عمل جراحی ➤ برگزاری کلاس های آموزشی اثربخش ارزیابی ریسک در بیماران در معرض خطر، آشنایی با استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی و شیوه نامه اجرایی واکنش سریع وقایع ناخواسته جهت کادر درمان تمامی خطاها علی الخصوص کدهای وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران به صورت فوری طبق دستورالعمل و فلوجارت مربوطه گزارش، فرم وقایع ناخواسته تکمیل و ارسال گردد. (در شیفت صبح به واحد ایمنی و در شیفت عصر و شب و ایام تعطیل به سوپروایزر وقت اعلام و فرم مربوطه ارسال گردد)
عنوان	سقوط از تخت
شرح حادثه	ممدجو آقای ۳۱ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۱۴ ساعت ۲:۳۰ صبح با تشخیص IVH (کانتیوژن های متعدد و پراکنده) و مولتیپل تروما به دنبال تصادف با GCS=6 و با پذیرش جراح عمومی و جراح مغز و اعصاب از مرکز دیگر به اورژانس بیمارستان به صورت اینتوبه با آمبولانس اعزام شده است. بیمار از ابتدای ورود بسیار آژیته و بیقرار بوده که بلافاصله به اتاق CPR منتقل و تحت مانیتورینگ مداوم و دارو و سرم تراپی قرار گرفته است. علائم حیاتی اولیه بیمار BP=92/48 و PR=110. بدساید بیمار بالا بوده، پرستار و همراه بیمار کنار تخت بیمار بوده اند. در ساعت ۴:۰۰ صبح به دستور رزیدنت جراح عمومی، بیمار نیاز به تعبیه ورید مرکزی داشته که در همین حین با وجود بالا بودن بدساید تخت، بیمار از تخت سقوط نموده است. بلافاصله بیمار با احتیاط بر روی تخت برگردانده شده و در ارزیابی اولیه، بیمار اکستوپ نشده، جراحات و پارگی هم در اثر سقوط به وجود نیامده است. طب اورژانس مجدد بیمار را ویزیت نموده و سی تی اسکن مجدد از سر و گردن و ریه بیمار انجام و به رویت رسیده که تغییراتی نداشته است. بیمار در ساعت ۵:۱۵ صبح به بخش ویژه تروما منتقل و در همان تاریخ بیمار تحت چست تیوپ گذاری ریه قرار گرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۲ بیمار با GCS=13 و دستور پزشک معالج و بیهوشی به بخش جراحی منتقل و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۳ تحت جراحی فک و صورت قرار گرفته است.



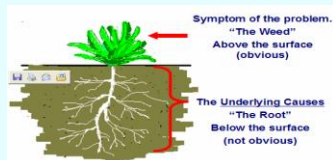
علل رویداد حادثه	۱. عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار ۲. عدم حضور مستمر پرستاران بر بالین بیماران و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ۳. عدم مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران بیکرار و آژیته ۴. عدم توجه به دلایل بیکراری بیمار و انجام اقدام درمانی صحیح درخصوص رفع بیکراری بیمار ۵. عدم دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک معالج در بیماران بیکرار ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به همراه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش در خصوص ریسک خطر سقوط ➤ ارزیابی صحیح ریسک سقوط در بیماران آسیب پذیر و پر خطر ➤ ارزیابی مستمر، مراقبت و درمان بیماران آسیب پذیر و پر خطر و بیکرار ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیماران با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن
عنوان	در رفتگی فک بدنبال انتوباسیون حین جراحی
شرح حادثه	مددجو خانمی ۴۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۹ با تشخیص کرانیوپلاستی در بخش جراحی مغز و اعصاب بستری و در شیفت عصر تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۱ به بخش ICU جراحی مغز و اعصاب منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۲ ساعت ۱۲:۴۵ با برانکارد اکسیژن دار و $GCS=12$ به اتاق عمل منتقل شده و در ساعت ۱۸:۱۰ پس از عمل جراحی کرانیوپلاستی از اتاق عمل تحویل گرفته شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ پرستار ICU با توجه به کاهش تورم صورت متوجه دفورمیتی شدن صورت و فک شده است. به پزشک معالج اطلاع داده و توسط فلوشیپ مراقبت های ویژه ویزیت و درخواست مشاوره فک و صورت گردیده است. متخصص فک و صورت درخواست CT Scan صورت داده اند که انجام شده و به رویت ایشان رسیده و تشخیص در رفتگی فک و صورت داده اند. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ ساعت ۸:۴۵ فک بیمار جا اندازی شده است.
علل رویداد حادثه	۱. اداره همزمان بیش از ۲ اتاق عمل توسط متخصص بیهوشی ۲. عدم بررسی وضعیت ظاهری بیمار بعد از عمل جراحی توسط پزشک متخصص بیهوشی و پرسنل اتاق عمل ۳. عدم تحویل و تحول صحیح بیمار بین پرسنل اتاق عمل و ریکاوری ۴. عدم چک و گزارش صحیح وضعیت بالینی بیمار در هنگام تحویل بیمار به پرستار و ثبت در پرونده ۵. شلوغی و ازدحام بیماران در اتاق عمل ۶. عدم تناسب تعداد اتاق های جراحی با متخصصین بیهوشی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید و نظارت برانجام ارزیابی لازم و عملکرد تیم جراحی و بیهوشی مطابق دستورالعمل جراحی ایمن (قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل) ➤ ثبت دقیق وضعیت بیمار قبل، حین و بعد از عمل جراحی بررسی و در برگ بیهوشی و برگ مراقبت بعد از عمل جراحی ➤ الزام تحویل و تحول بالینی صحیح بیمار و ثبت گزارشات و مستندات پرونده مطابق مشاهدات بالینی ➤ چک دقیق پانسمان، درن ها، سوند و وضعیت ظاهری بیمار در هنگام تحویل و تحول بیمار و ارائه گزارش صحیح به پرسنل بعدی ➤ نظارت سوپروایزران بالینی و مسئولین بخش ها بر روند تحویل و تحول بیماران بین پرسنل مطابق ISBAR ➤ ابلاغ و تاکید بر فعال شدن اتاق های جراحی با حضور متخصص بیهوشی- تذکر درخصوص شروع فرآیند بیهوشی و SEDATION باحضور متخصص بیهوشی و زیرنظر متخصص بیهوشی (طبق دستورالعمل جراحی ایمن، اولین و مهمترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی می باشد) ➤ نظارت سرپرستار و مسئول شیفتها به استفاده از چک لیست جراحی ایمن توسط پرسنل و پزشکان ➤ اصلاح فرآیند تعداد متخصصین بیهوشی به تعداد اتاق عمل فعال مطابق دستورالعمل و نظارت مدیران میانی از طریق کنترل دقیق برنامه های پرسنل و چک برنامه های اسکچول بصورت روزانه و بازدید سرزده از اتاق عمل (بالاخص شیفت عصر و شب)



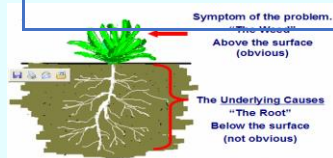
عنوان	سقوط بیمار به دنبال رفتن به سرویس بهداشتی به دنبال سرگیجه
شرح حادثه	مددجو آقای ۵۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ با تشخیص شکستگی پروگزیمال هموروس چپ بستری شده است. بیمار سابقه مصرف و اعتیاد به دخانیات داشته و همچنین HIV و HBS بوده است. در همان تاریخ ساعت ۲۴:۰۰ بیمار تحت عمل آتل گیری Uslap دست چپ قرار گرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۹ ساعت ۶:۳۰ صبح علیرغم آموزش های داده شده به بیمار و بالا بودن بدساید تخت، از فاصله بین بدساید و پایین تخت جهت رفتن به سرویس بهداشتی از تخت پایین آمده که دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. بلافاصله بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط به تخت برگردانده شده است. در ارزیابی از بیمار، پشت سر بیمار زخم شده که محل آسیب دیده پانسمان شده است. موضوع به اطلاع رزیدنت جراحی رسیده ، که پس از ویزیت و معاینه توسط ایشان فرمودند در حال حاضر نیاز به اقدام خاصی ندارد و تحت نظر باشد. همچنین در شیفت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۹ پس از ویزیت و معاینه مددجو توسط پزشک معالج ، فرمودند نیاز به اقدام خاصی ندارد و با دستور دارویی، پانسمان و مراجعه به درمانگاه مرخص می باشد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارائه مراقبت‌ها به شیوه ی ایمن و متناسب بیماران پرخطر و آسیب پذیر با توجه به شرایط آنها ۲. عدم حضور فعال کادر درمان بر بالین بیماران ۳. عدم ارائه آموزش های اثربخش بدو ورود، حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ۴. عدم برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی موثر با بیمار حین ارائه خدمت ۵. عدم اقدامات لازم پس از قرارگیری بیمار در محدوده خطر ۶. عدم آموزش کافی به بیماران در مورد مراقبت‌های پس از عمل (رژیم غذایی، نوع فعالیت، مراقبت از زخم، اتصالات و ...) ۷. عدم وجود زنگ احضار پرستار در بخش ۸. نامناسب بودن ساختار ایستگاه پرستاری بخش ۹. عدم رعایت طرح انطباق در بخش ارتوپدی زنان (وجود بیماران آقا در بخش به علت کمبود تخت آقایان در مرکز)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه و...) ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ مانیتورینگ مستمر بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ➤ تعبیه زنگ اظهار پرستار جهت تمام تخته‌های بیمارستان ➤ تهیه کمر بند محافظ بدساید و لبه پایینی تخت ➤ برگزاری کلاس آموزشی شرایط تهدید کننده ایمنی جهت کارکنان پرستاری با تمرکز بر سقوط ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ شناسایی و پایش مستمر و مراقبت صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر مطابق ریسک شناسایی شده ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری ➤ آموزش موثر بیماران در مورد مراقبت‌های پس از عمل (رژیم غذایی، نوع فعالیت، مراقبت از زخم، اتصالات و ...)



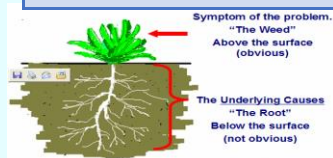
عنوان	موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهار چوب اخلاق پزشکی
شرح حادثه	مددجو خانم فخری تاج بنی اسدی ۶۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۴/۲۷ ساعت ۲۳:۵۱ با تشخیص شکستگی هموروس و مائلول پای چپ در اثر سقوط از پله به اورژانس مراجعه نموده و در بخش جراحی زنان و سرویس ارتوپدی بستری گردیده است. بیمار سابقه کم خونی مزمن، فشارخون بالا و دیابت داشته و دارو مصرف می نموده است (گلی بن کلامید و لوزارتان). در اورژانس بیمار پس از ویزیت توسط طب اورژانس، توسط رزیدنت جراحی مشاوره شده و طبق دستور ایشان آزمایشات درخواستی ارسال شده است، توصیه به مشاوره داخلی با توجه به سابقه زمینه ای بیمار شده و اینکه در صورت صلاحدید متخصص داخلی، پکسل تزریق گردد و در غیر اینصورت درمان دارویی کم خونی پس از عمل جراحی صورت پذیرد، توصیه به مشاوره قلب با توجه به RF های متعدد بیمار شده، رزرو دو واحد پکسل، سونوگرافی شکم و لگن و در صورت ناپایداری همودینامیک به سرویس جراحی اطلاع داده شود. مشاوره داخلی انجام و دستورات دارویی داده شده و اجازه تزریق یک واحد پکسل و چک مجدد CBC ۶ ساعت پس از اتمام تزریق، داده شده است. در ابتدای شیفت شب، خون بیمار وصل بوده ولی به علت اینکه آنژیوکت آبی بوده و رگ خوب نداشته است، به رزیدنت جراحی اطلاع که فرمودند بیمار نیاز به تعبیه CVP line دارد که به اطلاع پزشک معالج رسید و ایشان OK دادند. در ساعت ۲۰:۴۵ بیمار استفراغ کافه گراند داشته که تلفنی به پزشک معالج اطلاع شده و به دستور ایشان مجدد مشاوره جراحی گردد که پس از اطلاع به رزیدنت جراحی فرمودند بیمار به صورت اورژانسی جهت تعبیه CVP line به اتاق عمل منتقل گردد. در ساعت ۲۱:۰۰ بیمار به صورت اورژانسی جهت CVP line گذاری به اتاق عمل منتقل شده است (زمان شروع در ساعت ۲۱:۱۵ بوده که پس از بیهوشی عمومی CVP line گذاری انجام شده است). در اتاق عمل NGT توسط جراح گذاشته شده که ترشحات تیره رنگ داشته است. در ساعت ۲۱:۴۰ درخواست پکسل توسط متخصص بیهوشی شده، در ساعت ۲۱:۴۵ BS بیمار چک شده که ۵۰۷ بوده و به دستور بیهوشی ۱۰ واحد انسولین تزریق شده است. در ساعت ۲۲:۰۰ ABG برای بیمار ارسال شده است، در پی نوراپی نفرین و مایع درمانی با سرم گرم شروع شده است. در ساعت ۲۲:۱۵ بیمار برادی کارد شده، آتروپین تزریق و عملیات CPR انجام گردیده، اینتوبه شده و لوله تراشه بیمار خونریزی داشته است. در ساعت ۲۳:۲۰ ختم CPR اعلام شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم اقدامات درمانی اورژانسی مورد نیاز بیمار در بخش اورژانس ۲. عدم دستور انتقال بیمار به بخش ویژه ۳. عدم تعبیه خط وریدی مناسب، پیش از انتقال بیمار از اورژانس به بخش و در بخش ۴. عدم مایع درمانی مناسب پیش از انتقال بیمار از اورژانس به بخش و در بخش ۵. عدم اقدامات درمانی اورژانسی مورد نیاز بیمار در بخش (تعبیه سوند معده، سوند ادراری و) ۶. عدم رعایت دستورالعمل ساعات هم پوشانی، SBAR، 5P، Hand off و Hand over در بخش ۷. عدم حضور فعال بر بالین بیمار و آگاهی از وضعیت بالینی بیمار ۸. عدم ارائه مراقبتهای پرستاری به صورت مستمر و بدون وقفه ۹. عدم ارائه مراقبتهای شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران پرخطر و آسیب پذیر ۱۰. عدم مدیریت درد و بیقراری بیمار با شیوه اثربخش و ایمن ۱۱. عدم برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر کادر درمان حین ارائه خدمت با یکدیگر ۱۲. عدم ثبت تمامی اقدامات درمانی در پرونده بیمار ۱۳. عدم حضور اتند جراحی در طول عمل، در اتاق عمل و فعالیت رزیدنت مربوطه زیر نظر ایشان ۱۴. عدم تناسب تعدد بیماران هر پرستار ۱۵. تعدد بیماران ۱۶. تعداد زیاد تخت در هر اتاق بخش ۱۷. دسترسی آزمایشگاه به حذف آزمایشات در سیستم



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ لزوم بستری بیماران بدحال حتما در بخش ویژه ➤ نظارت بر ثبات پرونده بیماران توسط سرپرستاران و پیاده سازی راهکارهای اصلاحی و ارائه گزارش بازخورد ➤ تاکید و آموزش درخصوص اطلاع تمامی مشکلات بیمار به پزشک مربوطه ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ اهمیت ویژه در تعبیه خط وریدی مناسب جهت کلیه بیماران تحت نظر اورژانس ➤ نظارت بر انجام اقدامات پاراکلینیک بیمار در بخش اورژانس توسط سوپروایزران بالینی و قبل از انتقال بیمار به بخش و در صورت نیاز اقدامات درمانی اورژانسی انجام گردد. (گرافی، آزمایشات و ...) ➤ رعایت دستورالعمل ساعات هم پوشانی، SBAR، 5P، Hand off و Hand over ➤ حضور فعال پرستار بر بالین بیمار حضور داشته و اطلاع مستمر از شرایط بیمار ➤ ارائه مراقبتهای پرستاری و پزشکی به صورت مستمر و بدون وقفه ➤ شناسایی صحیح بیماران پرخطر و آسیب پذیر و ارائه مراقبتهای به شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ➤ مدیریت درد و بیقراری بیماران با شیوه اثربخش و ایمن ➤ حضور فعال اتند جراحی در تمام طول مدت عمل، در اتاق عمل و فعالیت رزیدنت مربوطه زیر نظر اتند ➤ عدم دسترسی کنسل کردن آزمایشات درخواستی توسط آزمایشگاه ➤ در صورتی که برقراری خط وریدی مناسب برای بیمار امکان پذیر نبود، بلافاصله به سوپروایزر وقت و پزشک معالج جهت تعیین تکلیف اطلاع رسانی شود. ➤ ترانسفوزیون اورژانسی پکسل در بیماران با هموگلوبین ۷ و پایین تر ➤ اطلاع رسانی آزمایشگاه به بخش در صورت ثبت آزمایش در سیستم و عدم وجود نمونه
عنوان	سقوط بیمار به دنبال سرگیجه
شرح حادثه	مددجو آقای ۶۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ با شکایت از درد پهلوی و تکرر ادرار با حجم کم مراجعه نموده و در سرویس ارولوژی بستری گردیده است. در شیفت صبح تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۴ بیمار تحت عمل جراحی TURP و TURT قرار گرفته و پس از عمل جراحی از اتاق عمل به بخش منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار با دستور پزشک معالج، نسخه دارویی و مراجعه به درمانگاه مرخص شده است. در همان تاریخ ساعت ۱۶:۰۰ پس از تسویه حساب و دریافت کارت ترخیص (قبل از خروج از بخش)، بیمار با کمک همراه به سرویس بهداشتی رفته که دچار سرگیجه شده و سقوط نموده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط بر روی برانکارد خوابانده شده است. در ارزیابی اولیه، بیمار دچار افت فشارخون شده و زخمی بر روی بینی داشته است که IV Line برای بیمار برقرار شده، سرم تریپ شروع شده و اکسیژن برای بیمار گذاشته شده است. وضعیت بیمار به اطلاع طب اورژانس رسیده و توسط ایشان ویزیت شده که درخواست نوار قلب شده و پس از انجام و به رویت رساندن به ایشان نرمال بوده است. وقایع به اطلاع پزشک معالج رسیده و ایشان فرمودند که بیمار دوباره بستری و تا فردا تحت نظر باشد که بیمار مجدد به اورژانس منتقل گردیده، سی تی اسکن از صورت و سر انجام شده و به رویت طب اورژانس رسیده که فرمودند نرمال می باشد و مشاوره مغز و اعصاب و قلب در بخش انجام گردد. زخم بینی در اورژانس شستشو داده شده ولی نیاز به اقدام خاصی نداشته است. در شیفت شب تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۲۵ بیمار طبق دستور پزشک معالج از اورژانس به بخش منتقل و بستری شده است. در حال حاضر بیمار با حال عمومی خوب تحت نظر می باشد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم نقل و انتقال ایمن بیمار ترخیصی ۲. عدم آگاهی کافی پرسنل بخش از لزوم و اهمیت ارزیابی ریسک سقوط ۳. عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل و بیمار ۴. عدم آموزش کافی و اثربخش در رابطه با سقوط به بیمار و همراه



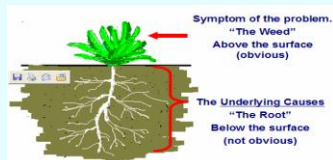
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید و نظارت بر انجام ترخیص بیماران به صورت ایمن و بر اساس تکنیک SMART ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری (تمامی بیماران حتی ترخیص نشده) ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ مشخص نمودن حدود فعالیت بیمار به صورت دقیق در پرونده
عنوان	سوختگی با کوتر
شرح حادثه	مددجو آقای ۶۲ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ بصورت الکتیو در سرویس جراحی قلب بستری گردیده است. سابقه HTN, DM و مشکل قلبی داشته است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۴ ساعت ۱۲:۳۰ در اتاق عمل شماره یک تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفته. ساعت ۲۰:۳۰ تحویل بخش ICUOH شده و تمام نواحی بدن از نظر سوختگی کوتر بررسی شده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ پرستار شیفت شب پس از بررسی بیمار از نظر زخم بستر متوجه زخم خطی کمبود رنگ ۷ سانتی و زخم تاولی ۲*۲ در باتکس سمت راست بیمار شدند. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۱ بیمار به بخش CCU2 منتقل گردیده و تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۱ و ۱۴۰۲/۰۲/۱۲ پس از بررسی توسط دو کارشناس زخم تشخیص کوتر سوختگی داده شد. پانسمان و مراقبتهای لازم انجام گردیده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم بررسی دقیق تمام نواحی بیمار از نظر رطوبت ۲. عدم اطمینان کافی از داشتن رطوبت شان های زیر بیمار ۳. عدم کنترل دقیق نواحی بدن از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ۴. عدم استفاده از پانسمان نوین با کیفیت مطابق به وسعت نواحی (باتکس و ساکروم) ۵. عدم اطلاع رسانی کمبود پانسمان نوین مورد نیاز ۶. عدم جایگزینی پانسمان نوین مورد نیاز بیماران کاندید جراحی قلب باز
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ استفاده از پانسمان نوین متناسب با وسعت بدن بیمار (باتکس و ساکروم) جهت کاهش تماس بیمار با تخت عمل ➤ پیگیری و اطلاع رسانی کمبود پانسمان مناسب در داروخانه ➤ عدم جایگزینی پانسمان نوین مورد نیاز بیماران کاندید جراحی قلب باز ➤ آموزش پیشگیری از کوتر سوختگی به کارکنان اتاق عمل ➤ آموزش و تاکید مجدد دستورالعمل محل مناسب شیو قبل از عمل جراحی ابلاغی به کلیه کادر پرستاری و اتاق عمل ➤ نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل جهت عدم گذاشتن پلیت کوتر روی محل شیو نشده طبق دستورالعمل ابلاغی فوق (انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محلهای استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت، حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و...) ➤ استفاده از شان ضد آب یا دروشیت مناسب زیر برزنت (اطمینان از خشک بودن ملحفه ها و دروشیت های مورد استفاده برای بیمار) ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ➤ علی الخصوص چین های پوستی ➤ نظارت بر اتصال محکم و ثابت پلیت با پوست ➤ بررسی دستگاه کوتر بصورت دوره ای توسط تجهیزات پزشکی و شرکت مربوطه (کالیبراسیون دستگاه کوتر)



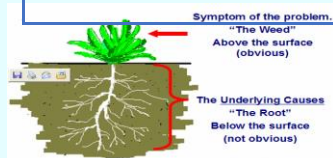
➤ بررسی دستگاه الکتروکوتر و لوازم آن قبل از عمل جراحی، جهت اطمینان از صحت کارکرد رابط ها و اتصالات استفاده از قلم کوتر ➤ نظارت بر تمیز نمودن سطح پلیت و اطمینان از خشک بودن پلیت قبل از استفاده	
عنوان	شرح حادثه
سقوط بیمار آقای ۶۶ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۷ توسط آمبولانس ۱۱۵ با تشخیص Inferior MI به بیمارستان انتقال داده شده است. سابقه دیابت، فشارخون، چربی خون، مصرف ایپوم داشته است. نوار قلب بیمار حاکی از neglected MI بوده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۸ ساعت ۰۰:۳۵ پرایمری PCI روی LAD انجام و بیمار به بخش CCU2 منتقل گردید. اینترونشنیست دستور مدیکال سایر موارد استنوزهای عروق کرونر را ثبت نمودند. بدلیل درد قفسه سینه طبق دستور پزشک مرفین چند نوبت تزریق شده است. بیمار CBR و بدلیل فشار خون پائین دریپ نوراپی نفرین در جریان بوده است. ساعت ۰۶:۵۵ بدلیل BS:268 توسط پرستار مسئول بیمار ۳ واحد انسولین تزریق شده است. همراه نیز بخش را ترک نموده و بیمار در ساعت ۰۷:۰۰ اقدام به خروج از تخت جهت رفتن به سرویس بهداشتی بدون اطلاع به پرستار نموده و از بالای بدساید با صورت به زمین سقوط کرده، خونریزی از بینی داشته و پلک چشم راست نیز دچار اکیموز و کبودی شده است. مانیتورینگ و کنترل علائم حیاتی انجام و BP:102/80 داشته، به اینترن قلب اطلاع داده و تامپون بینی و کمپرس سرد چشم راست انجام شد. طبق دستور پزشک سی تی اسکن مغز و مشاوره ENT انجام و دستورات اجرا گردیده است (کمپرس سرد ۲۴ ساعت - سپس گرم ۴۸ ساعت و ۷۲ ساعت بعد مشاوره بر بالین ENT و تصمیم گیری جهت جراحی ۷ تا ۱۰ روز آتی). مشاوره نوروسرجری انجام و از نظر نوروسرجر نیاز به اقدام جراحی نمی باشد و ۶ ساعت بعد سی تی اسکن مغز تکرار گردد. ساعت ۱۸:۳۰ Brain CT انجام و از نظر نوروسرجر سی تی نرمال می باشد.	
علل رویداد حادثه	۱. ناکافی بودن آموزش به بیمار در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار ۲. عدم کنترل اثربخشی آموزش های داده شده به بیمار ۳. عدم قراردادن وسایل کمک حرکتی و مورد نیاز بیمار در دسترس بیمار جهت استفاده ۴. عدم حضور همراه در کنار بیمار ۵. عدم پایش مستمر بیمار در طول شیفت و انجام صحیح اقدامات مراقبتی باتوجه به پرخطر بودن بیمار ۶. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی مناسب
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش به کارکنان، در خصوص اهمیت کنترل صحیح اثر بخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ➤ آموزش به همراه جهت الزام حضور بر بالین بیماری که دچار سرگیجه می باشد ➤ ارزیابی بیماران نیازمند استفاده از وسایل کمکی و تسهیل در دسترسی بیماران به واکر، ویلچر، عصا و... ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ قرار دادن وسایل مورد نیاز بیماران در دسترس و آموزش خدمات/کمک پرستاران در این خصوص ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و... ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ اطمینان از وضعیت قفل بودن تخت بیمار



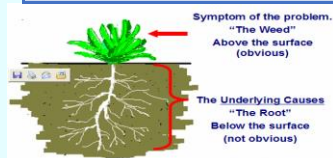
➤ های لایت کردن احتمال پرخطر بودن سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها	
ایجاد پنوموتوراکس بدنبال شالدون گذاری	عنوان
بیمار خانم ۵۱ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ با دستور بستری از مطب متخصص نورولوژی با شکایت اختلال تکلم، ضعف عضلات، تنگی نفس به بیمارستان ارجاع شده است. سابقه جراحی توده سینه، پسودوریاژیس، میاستنی گراویس، آدیسون، HTN، حساسیت به پنی سیلین و هیوسین و شیر و ماست و ... داشته است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ درخواست مشاوره بیهوشی در خصوص نیاز به ICU و شالدون گذاری جهت انجام ۹ جلسه پلاسمافرز داده شد. طبق ویزیت متخصص بیهوشی نیاز به بستری ICU نبوده است و بیمار از تعبیه شالدون امتناع کرده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۳ توسط پزشک معالج ویزیت و درخواست تعبیه شالدون تکرار گردید. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۵ ساعت ۱۳:۰۰ جهت تعبیه شالدون ژینگولار راست تلاش شد موفقیت آمیز نبوده و جهت بیمار شالدون فمورال راست تعبیه شد. بیمار بدنبال تعبیه شالدون از درد پشت (کمر) قسمت پایین سمت راست شاکا بوده و طبق دستور متخصص بیهوشی ۲ عدد قرص استامینوفن و آمپول آپوتل تجویز گردید. بیمار از انجام پلاسمافرز امتناع نمودند. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۶ ساعت ۰۹:۰۰ توسط پزشک معالج ویزیت و درخواست Chest Xray و مشاوره بیهوشی داده شد. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۶ گرافی انجام و توسط متخصص بیهوشی رویت با احتمال هموتوراکس درخواست مشاوره جراحی شد. طبق انجام مشاوره جراحی با بیمارستان دوم Chest CT و گرافی شکم ساعت ۱۵:۰۰ انجام و بیمار ساعت ۱۹:۰۰ جهت تعبیه chest Tube راست به بیمارستان ... ارجاع شده و تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۷ ساعت ۰۱:۰۰ به بیمارستان برگرانده شده است (درناژ ۸۰۰ سی سی). در بررسی Hb: 7.2 داشته یک واحد پکسل ترانسفوزیون شده و Hb ۸.۱ شده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ طبق نظر پزشک معالج تصمیم به دریافت IVIG به جایگزینی پلاسمافرز گرفته شد. در خواست خروج شالدون فمورال شد و شالدون توسط متخصص بیهوشی خارج گردید. بدلیل تداوم در درناژ از chest Tube، chest CT Scan انجام و طبق هماهنگی حضوری متخصص بیهوشی با جراح بیمارستان دوم، پذیرش در سرویس جراحی گرفته و پس از هماهنگی با پزشک معالج و ترخیص از سرویس نورولوژی ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ ساعت ۱۸:۰۰ به بیمارستان ... اعزام گردید.	شرح حادثه
۱. عدم انجام Chest XRay کنترل پس از عدم موفقیت در تعبیه CVLine ژینگولار ۲. عدم بررسی دقیق علت درد و شکایت بیمار توسط پزشک و پرستار ۳. عدم ارزیابی و پایش دقیق علائم حیاتی و همودینامیک بیمار پس از انجام پروسیجر ۴. عدم ثبت و گزارش دقیق کلیه موارد غیر طبیعی در بیماران به پزشک معالج و انجام دهنده پروسیجر ۵. ناکافی بودن توضیح فواید و عوارض شالدون گذاری توسط پزشک متخصص و انجام دهنده پروسیجر هنگام اخذ رضایت آگاهانه ۶. نبود دستورالعمل مراقبتهای پس از شالدون گذاری	علل رویداد حادثه
➤ مانیتورینگ قلبی - ریوی و کنترل علائم حیاتی بیماران هر یک ساعت تا ۴ ساعت اول پس از شالدون گذاری ➤ پایش دقیق همودینامیک بیماران (دیس پنه و تاکیکاردی، کاهش فشار خون و درد و...) و گزارش به پزشک انجام دهنده پروسیجر ➤ ثبت دقیق و گزارش کلیه موارد غیر طبیعی در بیماران به پزشک معالج و انجام دهنده پروسیجر ➤ بررسی دقیق علت درد و شکایت بیمار توسط پزشک و پرستار ➤ ارائه توضیح کافی فواید و عوارض شالدون گذاری توسط پزشک متخصص و انجام دهنده پروسیجر هنگام اخذ رضایت آگاهانه ➤ تعبیه شالدون گذاری بخش های غیر ویژه در اتاق عمل سرپایی اروژانس ➤ انجام Chest X-ray پس از شالدون گذاری ناحیه ساب کلاوین و ژینگولار ➤ هماهنگی با ستاد هدایت جهت اعزام بیمار برای تعبیه شالدون گذاری در صورت عدم انجام پروسیجر توسط متخصصین بیهوشی ➤ اطلاع رسانی مصوبات مورثالیتی و موربیدیتی به مدیر گروه ها و اطلاع رسانی آشناری به کلیه پزشکان و پرستاران ➤ تدوین و اجرایی دستورالعمل مراقبتهای پس از شالدون گذاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



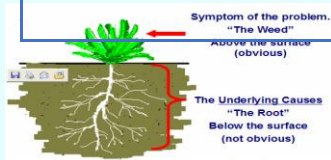
عنوان	ترک بدون اطلاع مرکز
شرح حادثه	بیمار آقای ۴۴ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۴ ساعت ۲۱:۲۶ توسط آمبولانس ۱۱۵ بدلیل تشنج به اورژانس بیمارستان انتقال داده شده است و در سرویس نورولوژی در بخش نورولوژی مردان بستری گردیده است. بیمار هوشیار و homeless و بدون همراه بوده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۰۶ ساعت ۲۲:۳۰ بدون اطلاع به پرستار، پس از تعویض لباس بیمارستان را ترک نموده است. از بیمار شماره تماس و آدرس در پرونده ثبت نشده است. در طول بستری جهت تکمیل مشخصات پرونده پاسخ مناسبی به منشی بخش نداده است. مراتب به حراست و مددکاری اطلاع رسانی شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم اطلاع رسانی کافی در خصوص استفاده از بیمه سلامت ۲. عدم پیگیری به موقع، تکمیل مشخصات بیمار (تلفن و آدرس و) توسط منشی و مددکاری ۳. عدم حساس سازی در خصوص تکمیل بودن پرونده بیمار توسط سرپرستار/ مسئول شیفت ۴. عدم ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار ۵. عدم اطلاع رسانی حضور بیمار با مشکل بیمه ای در بخش به کارکنان حراست ۶. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش ۷. کمبود نظارت واحد نگهداری و پرستاری بر ورود و خروج بیماران
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ نصب پوستر اطلاع رسانی در معرض دید در خصوص استفاده از بیمه سلامت جهت افراد فاقد بیمه در بخشها و پذیرش ➤ راه اندازی سیستم اطلاع رسانی "استفاده از بیمه و..." از طریق پیامک در زمان پذیرش ➤ تدوین و ابلاغ فلوچارت پیگیری پرونده ناقص ➤ پیگیری به موقع، تکمیل مشخصات بیمار (تلفن و آدرس و...) توسط مددکاری و منشی ➤ اطلاع رسانی پرونده ناقص و بدون بیمه به مسئول شیفت/ سرپرستار ➤ حساس سازی در خصوص پرونده ناقص و بدون بیمه توسط سرپرستار/ مسئول شیفت و ثبت در کاردکس ➤ ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار توسط پرستار بیمار / مسئول شیفت ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با مشکل بیمه ای / احتمال فرار در بخش به کارکنان حفاظت فیزیکی ➤ بازدید های دوره ای توسط واحد نگهداری از کلیه بخش ها و کنترل حضور بیماران در بخش ➤ نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی بر خروجی های بیمارستان ➤ تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز و ابلاغ به کلیه پرسنل ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان
عنوان	سقوط از روی ویلچر
شرح حادثه	بیمار خانم ۸۲ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۶ ساعت ۲۳:۰۰ با اختلال تکلم مراجعه نموده است. سابقه فشارخون بالا و نقرس داشته. در سرویس نورولوژی در بخش داخلی زنان بستری گردیده است. تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۷ ساعت ۱۵:۴۵ در بخش MRI، بیمار از روی ویلچر سر خورده و طبق اظهارات بیمار سمت چپ سر به زمین برخورد کرده و بدلیل مساعد بودن حال بیمار Brain MRI انجام شد. بیمار در بخش توسط اینترن ویزیت و به اطلاع متخصص نورولوژی رسیده و از نظر ایشان مشکلی وجود نداشته و تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۲۸ ساعت ۹:۰۰ Brain CT کنترل انجام و پس از ویزیت توسط پزشک معالج با نسخه دارویی ترخیص گردیده است. تمام نواحی بدن بررسی گردید، اکیموز و کبودی رویت نشد.
علل رویداد حادثه	۱. طولانی شدن زمان انجام MRI ۲. بسته نبودن کمر بند ایمنی ویلچر در زمان انتظار ۳. عدم همراهی کمک پرستار/ پرستار بطور مستمر در کنار بیمار



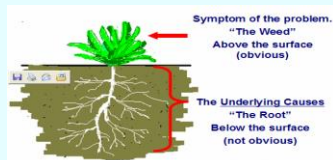
۴. آموزش ناکافی شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه	
➤ در الویت قرار دادن بیماران بستری در خصوص انجام امور پاراکلینیک ➤ مدیریت زمان انجام MRI توسط واحد مربوطه ➤ بسته بودن کمر بند ایمنی ویلچر بیماران در زمان حمل و نقل ➤ انجام ارزیابی مستمر بیمار مستعد سقوط (حضور مستمر کمک پرستار) ➤ آموزش کافی شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
آمپوته بند انگشت دست	عنوان
بیمار ۶۴ ساله مورخ ۱۳/۰۵/۱۴۰۲ ساعت ۰۳:۵۵ صبح با شکایت درد قفسه سینه و تنگی نفس بستری موقت و پس از انجام اقدامات اولیه در ساعت ۰۸:۲۲ با تشخیص تنگی نفس و پنومونی بستری دایم شده است. بیمار سابقه دیابت، فشارخون و مصرف لوژارتان، متفورمین، دیازید دارد. از ۴ روز پیش تعریق سرد، تب و لرز و درد قفسه سینه داشته است. علایم حیاتی در بدو پذیرش: $SpO_2=85$ BP: 113/74 - PR:113 - RR:18 - T:36.5 طبق شرح حال بیمار بقرار است و دیسترس تنفسی دارد. ساعت ۱۰/۱۰ صبح حین جابجایی به آمبولانس برای انتقال به ICU بعلت افتادن نرده برانکارد آمبولانس بر روی دست بیمار حدوداً ۱/۳ ابتدایی بند آخر انگشت چهارم دست راست آمپوته شده که بلافاصله به اورژانس برگردانده و ویزیت پزشک طب اورژانس انجام و پانسمان فشاری مرطوب شده است. در ساعت ۱۰/۲۵ درخواست مشاوره شد. در حین انتقال از اورژانس به آمبولانس پرستار مربوطه بر بالین بیمار حضور نداشته و کمک بهیار و خانواده حضور داشتند.	شرح حادثه
۱- عدم بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمر بند و بررسی اتصالات ۲- عدم پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی ۳- عدم حضور پرستار مسؤل بیمار بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسؤل بخش و عدم نظارت سوپروایزر شیفت اورژانس ۴- عدم اطلاع به پزشک در خصوص مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار بقرار ۵- نبود نیروی کارآمد ویژه بعنوان بیماربر برای نقل و انتقال ایمن بیمار ۶- عدم اثر بخشی آموزشهای ایمنی بیمار به پرسنل	علل رویداد حادثه
➤ بررسی کامل نکات ایمنی در حین انتقال از جمله فیکس بودن کمر بند و بررسی اتصالات توسط مسؤل شیفت /پرستار مربوطه و کمک بهیار ➤ پایش مستمر سالم بودن تجهیزات انتقال بیمار از نظر نکات ایمنی توسط تجهیزات پزشکی و ارایه گزارش هفتگی سلامت تجهیزات به مسؤل ایمنی ➤ حضور پرستار مسؤل بر بالین بیمار در حین انتقال و نظارت مسؤل بخش و نظارت سوپروایزر ➤ ارائه آموزشهای ایمنی به بیمار به شیوه ای اثربخش و قابل درک و کنترل اثربخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار در هر شیفت ➤ حضور سوپروایزر و مسؤل شیفت بر بالین بیماران بلافاصله پس از رخداد ناخواسته و نظارت جدی بر اقدامات و مراقبت های فوری و مناسب پس از رخداد ➤ لزوم اطلاع به پزشک در خصوص بررسی نیاز به مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار بقرار ➤ آموزش اثربخش و عملیاتی در خصوص انجام مراقبت های درمانی بدنبال آمپوتاسون عضو جهت کلیه کادر پرستاری ➤ آموزش عملیاتی در خصوص جابجایی و نقل و انتقال ایمن بیماران جهت کادر پرستاری، پرسنل کمک پرستاری و بیماربر ➤ آموزش مجدد و مداوم پرسنل توسط سوپروایزر آموزش و مسؤل ایمنی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



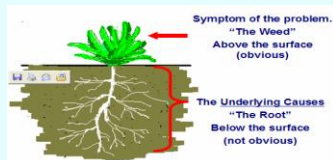
عنوان	سقوط از تخت و فوت بیمار
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۳ ساله تحت پوشش مرکز خیریه ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۱۴:۲۵ با تشخیص اولیه تنگی نفس بستری موقت و در ساعت ۲۰:۱۶ به علت تنگی نفس و تشخیص نهایی CLL با ادم جنرالیزه در سرویس آنکولوژی بستری دایم شده است. علایم حیاتی بدو پذیرش: Spo2:78 T:36/5 RR:18 PR:89 BP:160/97 در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۱ ساعت ۲۳ ویزیت داخلی انجام و ICU add و مشاوره بیهوشی توسط متخصص بیهوشی انجام و به ICU منتقل شده است. در شرح حال اولیه بیمار داروهای مصرفی: کلونازپام /کلروپرومازین/فلوکسیتین/ترازودون /+opium /+smoker: قید که در ویزیت اول هم درخواست شده داروهای بیمار آورده شود که در طول مدت بستری این امر انجام نشده و تلفیق دارویی هم صورت نگرفته است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۲ توسط پزشک معالج قابل انتقال به بخش که بدلیل نداشتن همراه در ICU مانده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ ساعت ۱۲:۰۰ با ویزیت متخصص بیهوشی دستور خروج از ICU و انتقال به بخش با صلاحدید پزشک معالج داده شده ولیکن بعلت نداشتن همراه در ICU مانده است. جواب K:3/3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۵ ساعت ۲۲:۰۰ طبق گزارش پرستار با رعایت نکات ایمنی با GCS:15/15 به بخش منتقل شد که اشاره ای به داشتن همراه نشده است. در ویزیت ۱۴۰۲/۰۵/۱۶ توسط پزشک معالج دستور همراه از بهزیستی داده شد که در گزارش پرستار شیفت قید شده است بدلیل نداشتن همراه نمونه درخواستی ارسال نشده است ولیکن اشاره ای به احتمال سقوط و آموزش به بیمار در این زمینه نشده است. مجدداً در برگه جواب آزمایش K:3 گزارش شده که دستور خاصی صادر نشده است. در گزارش پرستاری چندین شیفت اشاره ای به همراه و احتمال سقوط نشده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۷ ساعت ۱۰:۰۰ در ویزیت پزشک معالج پیگیری داشتن همراه از بهزیستی ثبت شده که همراه مراجعه ولی ساعت و تاریخ دقیق مراجعه همراه به بخش مشخص نمیشد. در مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۸ شیفت شب، همراه بیمار بخش را بدون اطلاع پرسنل ترک کرده است که پس از تماس با مسول مرکز عنوان شده که حضور پیدامیکن که متأسفانه همراه مراجعه نکرده است. بیمار طبق اظهار پرستار شیفت در ساعت ۵/۳۰ صبح در ساعت استراحت پرستار بیمار و حضور پرستار دوم به دنبال خروج از تخت علیرغم بالا بودن بدساید دچار سقوط از تخت و باصورت به زمین افتاده است که دچار کاهش سطح هوشیاری شده و پس از اطلاع به پزشک ویزیت رزیدنت در ساعت ۰۶/۰۴ صبح انتقال به ICU و اطلاع اورژانسی مقیم بیهوشی صادر شد ه است. علایم حیاتی بیمار با مانیتورینگ Spo2: 95 Bp:190/100 P:100 RR:22. دستور CT پس از OK بیهوشی داده شده است BS:118 میباشد. ویزیت بیهوشی ساعت ۰۷/۱۲ انجام و توسط متخصص بیهوشی با لوله تراشه ش ۸ اینتوبه و به ونتیلاتور وصل شده است. در ناحیه بینی کوفتگی و کبودی مشاهده شده. ساعت ۰۸:۳۰ با ونتیلاتور پرتابل برای انجام CT و انتقال به ICU4 منتقل شده است. ویزیت در ICU ساعت ۰۹:۴۰ توسط پزشک معالج انجام و آزمایشات درخواستی ارسال و مشاوره اورژانسی نوروسرجری درخواست شد. پس از هماهنگی با مرکز دوم جهت مشاوره در ساعت ۱۳/۵۰ اعزام شده است. بیمار در مرکز دوم مورد عمل جراحی تخلیه همتوم قرار گرفته ولیکن پس از یک روز متأسفانه پس از احیا قلبی ریوی فوت شد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارزیابی صحیح ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی، درمانی مناسب باتوجه به ریسک ارزیابی شد ۲. عدم مسئولیت پذیری سازمان بهزیستی در ارائه خدمات مراقبتی/حمایتی از بیماران خودشان (پیگیری حضور همراه و ...) ۳. عدم توجه به دلایل بیقراری بیمار و انجام اقدام درمانی صحیح درخصوص رفع بیقراری بیمار ۴. عدم دریافت دستور مهار شیمیایی و فیزیکی از پزشک معالج در بیماران بیقرار، افت هوشیاری و دلیریوم ۵. عدم تاکید کادر درمان به همراه بیمار در خصوص ترک نکردن بالین بیمار حتی برای مدت کوتاه و فراخوان همراه بیمار کانفیوز به ایستگاه پرستاری ۶. عدم شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار و امضا دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر ۷. عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار ۸. عدم توجه رزیدنت به بیقراری بیمار و دستور مهار شیمیایی یا فیزیکی



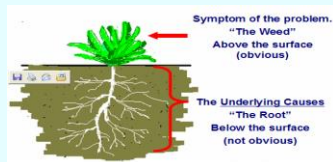
۹. عدم اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار ۱۰. عدم انجام تلفیق دارویی با توجه به مصرف داروهای اعصاب و روان و مخدر توسط بیمار ۱۱. عدم اطلاع رسانی جواب آزمایش $K=3$ و عدم درخواست مجدد پتاسیم بصورت روزانه توسط پزشک معالج ۱۲. استفاده از همراه بیمار جهت ارسال نمونه به خارج از آزمایشگاه ۱۳. عدم ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش ۱۴. عدم انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار ۱۵. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر	
➤ شناسایی بیماران در معرض سقوط توسط سرپرستار ابتدای شیفت و درج در دفتر تقسیم کار و امضا دفتر تقسیم کار توسط سوپروایزر ➤ ضرورت انجام مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیمار با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن در صورت نیاز ➤ هایلایت کردن احتمال سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها ➤ ضرورت نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت های بالینی بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری بالاخص در بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) و انجام اقدام مراقبتی مناسب باتوجه به ارزیابی انجام شده ➤ الزام بر رعایت نکات ایمنی و وجود همراه ثابت جهت بیماران در معرض سقوط بر حضور همراه و آموزش موثر همراه ➤ تنظیم صورتجلسه در صورت عدم حضور همراه توسط حراست باحضور سوپروایزر و مسئول شیفت ➤ آموزش اثربخش و عملیاتی ثبت و گزارش نویسی بر اساس شرایط موجود بیمار و اقدامات انجام شده و ارزیابی مستمر پس از آموزش ➤ پیگیری جهت آموزش لازم به همراه در خصوص ایمنی بیمار ➤ تذکر در خصوص عدم درخواست ویزیت جهت بیقراری و احتمال سقوط و فشار بالا توسط پرستار شب مورخ ۱۴۰۲/۵/۱۸ ➤ نظارت سوپروایزران بالینی و سرپرستاران بر اجرای موثر هنداف و هنداور در تحویل و تحول بیمار ➤ ابلاغ مجدد و نظارت بر انجام تلفیق دارویی در تمامی بیماران توسط پزشکان مطابق دستورالعمل های وزارتی ➤ نظارت معاون درمان/ مسئول فنی مرکز بر ارائه اقدامات تشخیصی و درمانی به موقع بر بالین توسط اعضاء هیئت علمی و نحوه بررسی عملکرد رزیدنت های مربوطه ➤ نظارت مدیران میانی بر عدم استفاده از همراهان در انجام اقدامات تشخیصی- درمانی و همچنین لزوم قید نحوه انتقال نمونه ها به آزمایشگاه مرجع در قرارداد سالیانه و الزام به رعایت کلیه مفاد قرارداد با نظارت مدیران میانی ➤ آموزش و نظارت به کلیه دانشجویان پزشکی و رزیدنت ها و کادر پرستاری در خصوص اطلاع رسانی مقادیر غیرنرمال نتایج پاراکلینیکی به پزشکان معالج و پیگیری در خصوص انجام اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شرایط بیمار ➤ چک مجدد برگه ارزیابی اولیه پس از تحویل و تحول بیمار از ICU به بخش ➤ پیگیری انجام چارت راند ۲۴ ساعته بصورت موثر توسط سرپرستار ➤ تذکر به پرستار مسئول بیمار و پزشک مربوطه در خصوص عدم انجام دقیق و موثر اقدامات تشخیصی و درمانی ➤ تدوین آیین نامه/پروتکل داخلی در خصوص نحوه پذیرش بیماران از سازمان بهزیستی و ... با مشارکت سازمان های مربوطه و ابلاغ به کلیه کارکنان بیمارستان ➤ مکاتبه با سازمان بهزیستی در خصوص عدم رعایت الزامات مراقبتی بیمار، در نظر نگرفتن همراه و ملزم به پاسخگویی بودن در خصوص بیمار ➤ نظارت اعضاء هیات علمی و معاونت آموزشی مراکز بر عملکرد دستیاران تخصصی و پیشنهاد معرفی ماهانه یک رزیدنت بعنوان دستیار نمونه در اجرای صحیح شرح وظایف براساس کوریکولوم آموزشی	اقدامات اصلاحی پیشنهادهای



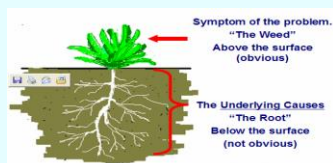
➤ تبیین شفاف حدود اختیارات، انتظارات و شرح وظایف دستیاران تخصصی در خصوص پذیرش بیمار و... در آموزش های بدو ورود	
عنوان	جاماندن گایدوایر در رگ بیمار پس از شالدون گذاری
شرح حادثه بیمار خانم ۵۶ ساله بکه در تاریخ ۱۴۰۲/۱/۲۱ ساعت ۲۰:۰۰ با علائم تنگی نفس، ضعف و بیحالی به تریاژ مراجعه نموده است. بدو ورود فشار خون ۱۵۰/۸۶ و $SPO_2=98\%$ داشته است. سابقه مشکلات قلبی، تعویض دریچه و مصرف وارفارین و آسپرین داشته و با سطح ۲ تریاژ در اورژانس بزرگسال بستری می شود. ساعت ۲۱:۵۰ توسط پزشک عمومی ویزیت شده و دستور سی تی اسکن ریه و ویزیت عفونی، آزمایشات روتین و اکسیژن ترابی میشود. در آزمایشات $CR=2.89$ و $K>8$ داشت. ساعت ۱:۴۹ ویزیت رزیدنت داخلی شده که دستور: بستری در ICU، مشاوره قلب، مشاوره نفرولوژی، سونوی شکم و لگن و مشاوره بیهوشی داده میشود. مشاوره نفرولوژی تلفنی توسط رزیدنت داخلی انجام و دستور تعبیه شالدون و دیالیز اورژانسی میشود. مشاوره جراحی درخواست و رزیدنت جراحی در بخش اورژانس حاضر و شالدون گذاری انجام میشود. هیچ نتی در پرونده توسط رزیدنت جراحی (برگه مشاوره-شرح عمل-دستورات و ...) گذاشته نمیشود. در گزارش پرستاری نام رزیدنت و توضیحات انجام پروسیجر ثبت نشده است. ۰۲/۱/۲۲ از ساعت ۳ تا ۵ صبح یک نوبت همودیالیز در بخش ICU انجام میشود. ساعت ۷:۱۵ توسط رزیدنت داخلی ویزیت که با توجه به خونریزی فعال از محل شالدون دستور پانسمان فشاری و تزریق ۲ واحد FFP داده شده است. ساعت ۱۱:۱۵ دو واحد FFP تزریق شد و از ساعت ۱۴:۳۰ تا ۱۷ دیالیز نوبت دوم بدون هیپارین انجام میشود. شرح عمل و برگه مشاوره جراحی توسط رزیدنت جراحی در ساعت ۱۶:۳۰ در بخش ICU تکمیل که علی رغم وجود شواهد پرونده مبنی بر خونریزی از محل شالدون گذاری و جاماندن گایدوایر در رگ بیمار، نوشته شده بیمار خونریزی و هماتوم ندارد و گایدوایر به پرستار تحویل داده شده است. پرستار بخش زیر برگه مشاوره را مهر و امضا می کند با اینکه دستورات اشتباه هستند. بیمار ۰۲/۱/۲۶ به بخش فوق تخصصی زنان منتقل و ۰۲/۱/۲۷ با توصیه به مراجعه سرپایی به کلینیک قلب و نفرولوژی با $Cr=1.34$ مرخص میشود. روز بعد بیمار جهت انجام ویزیت قلب به تهران مراجعه نمود که در بررسی ها متوجه وجود گایدوایر در رگ بیمار شده اند و مجدداً بیمار به مرکز اول ارجاع میشود. در تاریخ ۰۲/۱/۲۹ مجدداً در بخش جراحی زنان بستری و بعد از اصلاح INR بیمار به سانتر تخصصی دیگر اعزام و گایدوایر توسط متخصص قلب و اینترونشن خارج میگردد و بیمار در تاریخ ۰۲/۱/ ترخیص میشود.	
علل رویداد حادثه ۱. عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون توسط پزشک انجام دهنده پروسیجر ۲. عدم اطلاع جاماندن گایدوایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند مربوطه ۳. عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر توسط پزشک/ رزیدنت ۴. تکمیل فرمها (شرح عمل-مشاوره) روز بعد توسط رزیدنت دیگری و ثبت اطلاعات نادرست (عدم خونریزی-تحویل گایدوایر به پرستار) در پرونده و عدم اطلاع پرستار مربوطه به مسئول شیفت/ سوپروایزر ۵. عدم نظارت رزیدنت سال بالا و اتندها بر انجام پروسیجرها توسط رزیدنت های سال پایین ۶. عدم انجام پروسیجرهای تهاجمی در اتاق عمل ۷. چک راند دستورات نادرست پزشک توسط پرستار و انجام اقدام صحیح ۸. عدم انجام اقدام تشخیصی درمانی مناسب در مرکز اول علی رغم وجود شواهد پرونده مبنی بر خونریزی از محل شالدون گذاری و جاماندن گایدوایر در رگ بیمار توسط پزشک معالج/رزیدنت سال بالا و ترخیص بیمار	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی ➤ نظارت اعضاء هیات علمی و معاونت آموزشی مراکز بر عملکرد دستیاران تخصصی و پیشنهاد معرفی ماهانه یک رزیدنت بعنوان دستیار نمونه در اجرای صحیح شرح وظایف براساس کوریکولوم آموزشی ➤ تبیین شفاف حدود اختیارات، انتظارات و شرح وظایف دستیاران تخصصی در خصوص پذیرش بیمار و... در آموزش های بدو ورود ➤ قراردادن کارگاه های آموزشی ثبت پرونده جهت تمامی رده های درمانی در آموزش های بدو ورود و پیشنهاد مصوب کردن کسب نمره بالای ۸۵ در آزمون (ثبت پرونده) بدو ورود بعنوان شرط پذیرش و...	



➤ آموزش اثربخش و در بالین نحوه صحیح ثبت پرونده، گزارش نویسی و چک صحیح و دقیق دستورات پزشک جهت تمامی رده های درمانی از طریق چک پرونده های بیماران و استخراج موارد اشتباه، عدم ثبت و... و ارائه بازخورد و آموزش به همکاران ➤ انجام شالدون گذاری و ... ترجیحاً در اتاق عمل باتوجه به شرایط بیمار (غیراورژانسی و ...) ➤ تذکر به پرستار مربوطه بابت تایید دستور غیرواقعی پزشک ➤ برگزاری کارگاه های آموزشی دستورالعمل های ایمنی، مسائل قانونی در پزشکی، ثبت پرونده و ... جهت کلیه رزیدنت ها ➤ نظارت بر انجام پروسیجرهای تهاجمی توسط اتندها/رزیدنت ارشد و پیگیری وضعیت بیمار حتماً توسط اتند و رزیدنت ارشد ➤ تذکر به رزیدنت انجام دهنده پروسیجر بابت عدم خارج کردن گایدوایر پس از تعبیه شالدون و عدم اطلاع جاماندن گاید وایر در رگ بیمار به رزیدنت ارشد یا اتند و عدم تکمیل مستندات پرونده (شرح عمل-مشاوره) بلافاصله بعد از انجام پروسیجر و تکمیل فرمها روز بعد توسط رزیدنت دیگری ➤ تذکر به رزیدنت دوم که با وجود اینکه انجام دهنده پروسیجر نبوده است ولی مستندات را در پرونده تکمیل کرده و مهر و امضای خودش را ثبت نموده است ➤ تذکر به رزیدنت ارشد بابت عدم نظارت بر انجام پروسیجر توسط رزیدنت سال پایین	
سوختگی با کوتر	عنوان
مددجو آقای ۳۹ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۰ با تشخیص فیستول آنال بستری گردیده است. در ساعت ۱۷:۴۵ جهت جراحی به اتاق عمل منتقل شده است. پرسنل اتاق عمل پلیت کوتر را روی ران بیمار که شیو نشده قرار میدهند و در حین و انتهای عمل، جراح و پرسنل متوجه قرمزی و سوختگی ناحیه قدام ران راست (محل قرارگیری کوتر) در ابعاد ۳*۳ شده اند و پس از معاینه جراح، دستور پانسمان محل سوختگی با پماد زینک داده شده است. محل سوختگی که در حد سوختگی درجه ۲ بوده است، هر ۸ ساعت با پماد زینک پانسمان شده و بیمار تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۱ با توصیه به مراجعه به درمانگاه و تعویض پانسمان با هماهنگی کارشناس زخم جهت پیگیری زخم بیمار تا بهبودی کامل ترخیص میشود.	شرح حادثه
۱. عدم توجه و دقت کافی پرسنل بخش در انجام شیو قبل از عمل جراحی ۲. عدم تحویل و تحول مناسب بیمار توسط پرسنل اتاق عمل و بخش ۳. عدم اجرای صحیح دستورالعمل جراحی ایمن ۴. عدم دقت و توجه کافی پرسنل در قرار دادن پلیت کوتر در قسمت صحیح (انتخاب صحیح محل گذاشتن پلیت) ۵. عدم دقت در مدت نگه داری و توجهات پوستی در حین اتصال کوتر با پوست ۶. آگاهی و عملکرد ضعیف کارکنان اتاق عمل جهت ارائه مراقبتهای لازم و توجهات حین جراحی	علل رویداد حادثه
➤ آموزش و تاکید مجدد دستورالعمل محل مناسب شیو قبل از عمل جراحی ابلاغی به کلیه کادر پرستاری و اتاق عمل ➤ نظارت و تاکید به پرسنل اتاق عمل جهت عدم گذاشتن پلیت کوتر روی محل شیو نشده طبق دستورالعمل ابلاغی فوق (انتخاب محل پلیت با در نظر گرفتن: تمیز بودن، در محل های استخوانی و پرمو نباشد، دارای حداکثر سطح تماس بین بدن و پلیت، حین عمل خیس نشود، جریان الکتریکی کمتری از بدن بیمار عبور کند، عدم قرارگیری در محل های دارای ایمپلنت های فلزی، بررسی سطح پلیت و محل تعیین شده روی بدن از لحاظ رطوبت و...) ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل تحویل و تحول صحیح بیماران و نظارت بر فرآیند تحویل و تحول بیماران در اتاق عمل ➤ تاکید مجدد بر کنترل محل شیو قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مربوط و در اتاق عمل توسط تکنسین قبل از انتقال به تخت جراحی و گذاشتن کوتر ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



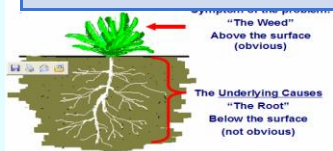
عنوان	سقوط بیمار
شرح حادثه	مددجو کودک ۳ ساله در تاریخ ۱۵/۰۱/۱۴۰۲ با تشخیص تب بستری گردیده است. آموزشهای لازم در خصوص استفاده از زنگ احضار پرستار به مادر و تنها نگذاشتن کودک بدون اطلاع به پرستار داده شده است. در تاریخ ۱۷/۰۱/۱۴۰۲ ساعت ۲۲:۳۰ روی اولین پله ی زیر پای تخت جهت بازی و پریدن میرود که سقوط میکند و سر بیمار به زمین اصابت میکند، به دنبال آن کمک بهیار و پرستار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند و کودک مجدداً بر روی تخت منتقل شده و بلافاصله کمپرس یخ روی پیشانی بیمار گذاشته و با پزشک معالج تماس گرفته شده است و برای کودک جراحی پیش نیامده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم تهیه و استفاده از تخت های با ارتفاع کم ۲. عدم توجه به نیازهای کودک و ایجاد محیطی ایمن ۳. عدم تهیه ی وسایل بازی ایمن و مناسب جهت سرگرم نمودن کودک ۴. عدم خارج نمودن تجهیزات و وسایلی که خطر ساز و منجر به آسیب رسیدن به کودک میگردد ۵. ناکافی بودن آموزش به مادر در خصوص مراقبت های لازم و پرهیز از بازی های نا ایمن و خطرناک
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ در صورت امکان جهت بخش های اطفال تخت های با ارتفاع کم تهیه و پله های زیر تخت از بخش حذف گردند ➤ آموزش به مادر بیمار درخصوص سرگرم کردن کودک با کشیدن نقاشی جهت تحویل به بخش و دریافت جایزه از سرپرستار ➤ حداقل امکان تجهیزات و وسایلی که خطر ساز و منجر به آسیب به کودک میگردد از اتاق کودک خارج و در دسترس نباشد. ➤ پایش اثربخشی آموزش های داده شده توسط سرپرستار و سوپروایزر بالینی
عنوان	اقدام به خودکشی بیمار با مسمومیت مولتی Drug
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۵ ساله با شکایت احساس قفل شدن دست و پا و بیحالی به دنبال مصرف قرص B2 ، شیره تریاک، قرص فلوکستین، ۲ عدد کلردیازپوکساید، قرص ایندروال دو ساعت پیش از ورود به بیمارستان، در تاریخ ۱۹/۰۳/۱۴۰۲ در ساعت ۱۹:۰۵ با پای خود و همراهان به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار هوشیار و بیحال بوده است. سابقه جراحی واریکوسل و بیمار اعصاب و روان داشته و قرص B2 و فلوکستین مصرف می کند. در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته. علائم حیاتی اولیه : PR:97 T:36.8 RR: 17 SPO2:96% BP: 124/80 بیمار پس از پذیرش در اورژانس تحت مانیتورینگ قرار گرفته و اقدامات اولیه درمانی شامل : سرم تراپی، دارو درمانی، ارسال آزمایشات، انجام ECG و مشاوره مسمومیت انجام و در سرویس مسمومیت در بخش بستری گردیده است. در ساعت ۲۲:۱۵ به بخش مسمومیت با ویلچر منتقل میشود. بیمار در حین انتقال بیقرار و پرخاشگر بوده و حضور همراه باعث افزایش پرخاشگری بیمار شده است و به همین دلیل بدون همراه پذیرش میشود. در ساعت ۳:۳۵ برق بخش مسمومیت قطع می گردد و در ساعت ۴:۲۵ با درب کمپوت اقدام به خودزنی در ناحیه ساعد دست راست خود می کند، بلافاصله به پزشک اطلاع داده میشود. بیمار خونریزی فعال نداشته و توسط اینترن سه عدد سوچور زده شده و جهت آرام سازی بیمار آمپول دیازپام تزریق میگردد. با توجه به عدم پاسخ داروی آرام بخش ساعت ۶ صبح مجدد توسط پزشک ویزیت و آمپول هالوپریدول برای بیمار شروع میشود. در ساعت ۹:۳۰ توسط پزشک مسمومیت ویزیت و فرمودند مشاوره روان پزشکی انجام و برای بیمار با توجه به پرخاشگری پرومتازین شروع شود. نبض و حس و حرکت دست راست کنترل و نرمال بوده است. بیمار از سرویس مسمومیت ترخیص و دستور اعزام به بیمارستان روان دارد ولی خانواده نپذیرفتند. بیمار با نامه پذیرش روان و با پای خود و همراهان در ساعت ۱۴:۳۰ بیمارستان را ترک کردند.



علل رویداد حادثه	۱. نامناسب بودن ساختار فیزیکی بخش و محل قرارگیری ایستگاه پرستاری جهت رویت تمام بیماران ۲. عدم ایزولاسیون بیمار باتوجه پرخاشگری و بیقراری یا بستری بیمار در اتاق نزدیک استیشن پرستاری جهت سرکشی مداوم ۳. عدم بررسی محیط اطراف بیمار از نظر وسایل تیز، برنده و فلزی و غیر فلزی نبودن نرس کال ۴. عدم ارزیابی صحیح بیمار و اخذ شرح حال گیری مناسب و طرح ریزی پلن درمانی مناسب ۵. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۶. تعداد کم کمک پرستاران در هر شیفت ۷. عدم سرکشی مستمر به بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ افزایش توجه به اختلالات روانی و داروهای مصرفی مرتبط توسط بیماران در حین بستری ➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری (مخصوصا در بخش های ویژه) ➤ ابلاغ مجدد نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی به بخش های روان و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ شرح حال گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ استفاده از مهار فیزیکی یا شیمیایی بادستور پزشک معالج در بیماران بیقرار ➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ آموزش اثربخش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه تغییر در حالات بیمار ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکلات روانپزشکی به سوپروایزر کشیک ➤ لزوم کنترل مستمر پرستار مسئول بیمار بالاخص در ساعت ۲۲ تا ۶ صبح و هنگام تغییر شیفت و ساعت ملاقات ➤ لزوم تکمیل sade scale در بیماران پرخطر با اختلالات روانپزشکی و ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با ارزیابی انجام شده ➤ تهیه و نصب زنگ احضار پرستار در تمامی بخش های بالینی ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، جمع آوری وسایل، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری
عنوان	خودزنی بیمار با مسمومیت متادون در بخش مسمومیت
شرح حادثه	مددجو خانم ۲۴ ساله با شکایت مسمومیت دارویی با ۴۰ سی سی شربت متادون، ۴ عدد قرص متادون، ۶ عدد قرص ترامادول که در صبح مصرف کرده و مردمک میوتیک، در تاریخ ۱۴۰۲/۰۶/۰۳ ساعت ۰۳:۵۰ با برانکارد آمبولانس ۱۱۵ به بیمارستان و همراه همسایه اعزام شده است. بیمار بی قرار و آگاه به زمان و مکان نبوده است. سابقه بیماری نداشته. در سطح تریاژ ۲ قرار گرفته. قبل از حضور در بیمارستان به گفته پرسنل ۱۱۵ سه عدد آمپول نالوکسان دریافت کرده است. علائم حیاتی اولیه: BP: 105/65 SPO2:97% RR: 19 T:37 PR:100 بیمار پس از پذیرش در اورژانس تحت مانیتورینگ قرار گرفته و اقدامات اولیه درمانی شامل: اکسیژن تراپی، سرم تراپی، دارو درمانی، ارسال آزمایشات، انجام ECG و مشاوره مسمومیت انجام شده است. پس از اقدامات اولیه جهت ادامه درمان در ساعت ۵:۳۵ به بخش مسمومیت منتقل شده است. در بخش با توجه به شرایط بیمار درپ نالوکسان و اکسیژن دریافت شروع شده. ویزیت پزشک معالج ساعت ۱۰ صبح انجام و با توجه به افکار خودکشی و آسیب به خود درخواست مشاوره روان پزشکی میشود که توسط روان پزشک در ساعت ۱۲ انجام و دستور بستری سرپایی به بیمارستان روان پس از ترخیص داده میشود. با توجه به شرایط بیمار (خواب آلوده و افت سطح اکسیژن خون، جواب آزمایشات مختل و عدم همکاری بیمار در دریافت دارو و کشیدن مکرر سیگار در بخش) بیمار ترخیص نگردیده است. در ساعت ۱۵:۱۵ بیمار به اتاق کثیف بخش رفته و اعلام می کند که می خواهد به خودش آسیب وارد کند که



بلافاصله پرسنل متوجه و به تخت باز گردانده میشود. ببقاراری بیمار به اطلاع دکتر معالج رسانده شده و دستور مهار فیزیکی داده شده. بیمار درخواست رفتن به سرویس بهداشتی داشته که پس از رفتن به سرویس بهداشتی در ساعت ۱۵:۲۰ درب داخل سرویس را قفل و با تیغ بیستوری برداشته از اتاق کثیف شروع به خودزنی در ناحیه ساعد دست راست خود می کند که با تلاش پرسنل حراست و تاسیسات درب سرویس باز شده و بلافاصله بیمار به تخت منتقل و خونریزی بیمار کنترل میگردد و زخم بیمار توسط پزشک اینترن ۵ عدد سوچور زده می شود و به پزشک معالج اطلاع رسانی می شود. برای بیمار مهار فیزیکی و شیمیایی اجرا می گردد. نبض، حس و حرکت دست راست بیمار چک و نرمال می باشد. خونریزی کنترل میگردد و مجدد توسط روانپزشک صبح روز بعد ویزیت میگردد. دستور اعزام بیمار به سانتر روان جهت ادامه درمان داشته و بیمار از سرویس مسمومیت ترخیص میگردد.	
۱. عدم ایزولاسیون بیمار باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۲. عدم بررسی محیط اطراف بیمار از نظر وسایل تیز، برنده و فلزی و غیر فلزی ۳. عدم انجام صحیح مهار فیزیکی در بیمار و توجه به برطرف نمودن نیازهای بیمار بصورت صحیح باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۴. عدم استفاده از مهار شیمیایی توسط پزشک معالج باتوجه به پرخاشگری و افکار خودکشی (عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب) ۵. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب ۶. عدم آگاهی نیروی طرحیخس از نحوه برخورد با بیمار اعصاب و روان ۷. نامناسب بودن ساختار فیزیک بخش جهت رویت تمام بیماران ۸. عدم ارزیابی مستمر بیمار با مشکل اعصاب و روان و طرح اقدامات اصلاحی جهت جلوگیری از آسیب به بیمار ۹. عدم وجود بخش پشتیبان روان جهت بستری بیماران اعصاب و روان	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ مجدد نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی به بخش های روان و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ در صورت صلاحدید پزشکان معالج، انجام شوک درمانی در مراحل اولیه درمان برای بیماران با تشخیص افسردگی و افکار خودکشی با داشتن سابقه بستری روان با همین تشخیص ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده ➤ ایزوله کردن بیماران باافکار خودکشی و استفاده از مهار شیمیایی و فیزیکی صحیح مطابق دستور پزشک معالج ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ لزوم تکمیل sade scale در بیماران پرخطر با اختلالات روانپزشکی و ارائه مراقبت های پرستاری مطابق با ارزیابی انجام شده ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، جمع آوری وسایل، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری ➤ برنامه ریزی جهت آموزش نیرو های طرحی در مورد نحوه برخورد با بیماران اعصاب و روان	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط و کاهش سطح هوشیاری بیمار	عنوان
مددجو آقای ۳۲ ساله مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۲۹ ساعت ۰۰:۰۲ با همراه با شکایت تشنج به اورژانس مراجعه کرده است، همراه بیمار سابقه بیماری حساسیت دارویی و غذائی ذکر نمیکند، علائم حیاتی: BP: 151/101, SPO2:95%, HR:148, مردمک ها میوتیک است، ساعت ۰۰:۱۵ توسط پزشک عمومی ویزیت و تحت مانیتورینگ قلبی ریوی با ریتم سینوس تاکیکارد قرار گرفته است، لاین وریدی گرفته و آزمایشات درخواستی به آزمایشگاه ارسال شده است، جهت انجام نمونه ادرار در تخت به علت احتمال تشنج به بیمار آموزش داده شد، ولی بیمار توجهی نکرده و با پای خود دو نوبت به سرویس بهداشتی رفته ولی دیورز نداشته است، به بیمار در ارتباط با نلاتون گذاری آموزش داده میشود ولی بیمار مقاومت و خودداری نموده، آموزش لزوم CBR بودن به مددجو داده شد ولی مقاومت	شرح حادثه



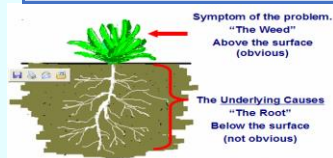
نمود و گفته در تخت قادر به برقراری دیورز نمی باشد. ساعت ۲:۵۴ بیمار جهت گرفتن نمونه ادرار کنار تخت ایستاده، پرده های تخت بیمار توسط کمک پرستار کشیده و بسته شده است و کمک پرستار پشت پرده ایستاده است، بیمار ساعت ۲:۵۵ دچار فالینگ و تروما به صورت (بینی و ابروی چپ) شده است، سطح هوشیاری بیمار افت کرده و فوراً بیمار بر روی تخت قرار میگیرد، برادیکارد می باشد، کد ۹۹ اعلام و پس از اینتوباسیون بیمار و ۱۵ دقیقه احیای قلبی ریوی با ریتم سینوس برگشته و سپس جهت انجام Brain Ct به تصویربرداری ارجاع میشود و سی تی اسکن نکته پاتولوژیک نداشته و مشاوره نروسرجری با (آنکال بیمارستان دوم) انجام و بیان شده مشکل اورژانسی ندارد. بیمار دو نوبت تشنج به مدت ۲ ثانیه داشته که با آمپول دیازپام کنترل شده است. جهت مشاوره نرولوژی ساعت ۰۴:۱۵ با (آنکال بیمارستان) چندین نوبت تماس گرفته و پاسخگو نبودند، جواب اسکرین ادراری ترامادول می باشد. با آنکال مسمومیت تماس و پذیرش اخذ شده. ناحیه بالای ابروی بیمار سوچور و در نهایت ساعت ۸:۰۹ بیمار اینتوبه با ونتیلاتور و همکاران آمبولانس با GCS:6 به بیمارستان مسمومیت اعزام میشود. پیگیری از بیمارستان اعزامی در طی بستری بیمار انجام و مورخ ۰۲/۰۲/۰۲ ساعت ۲۱:۰۰ بیمار فوت نموده است.

علل رویداد حادثه

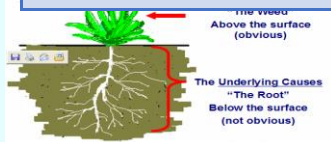
۱. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه
۲. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت و اطلاع به پرستار مربوطه
۳. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه
۴. عدم چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران در طی شیفت های بالینی
۵. عدم حضور کمک پرستار کنار بیمار حین جمع آوری نمونه و نظارت پرستار مسئول بیمار بر این امر
۶. عدم شناسایی بیمار آسیب پذیر و پرخطر و مراقبت و درمان با شیوه ایمن
۷. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر
۸. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط
۹. عدم انجام اقدامات مراقبتی و درمانی درخصوص پیشگیری از سقوط بیمار
۱۰. عدم ارزیابی و انجام اقدامات تشخیصی، درمانی مناسب و به موقع جهت کنترل تشنج های بیمار
۱۱. تاخیر در انجام مشاوره نرولوژی بیمار و تصمیم گیری درخصوص داروهای تشنج
۱۲. عدم آموزش اثربخش به بیمار و همراه درخصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، لزوم همراه در کنار بیمار

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

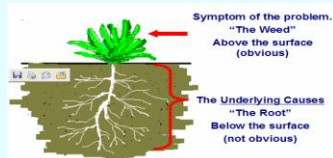
- ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس (آموزش مجدد مقیاس مورس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...)
- ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثربخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده
- اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ...
- های لایب کردن احتمال پرخطر بودن سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها
- آموزش کافی در مورد علائم هشدار (شروع تشنج) به بیمار و همراه
- نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و...
- انجام مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران باتوجه به وضعیت بالینی بیمار با محوریت دستور پزشک معالج
- ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...)
- انجام جمع آوری نمونه های ادراری در تخت با حضور کمک پرستار و نظارت پرستار مسئول بیمار



عنوان	نگرور دست بیمار بدنبال نشت دارو زیر جلد
شرح حادثه	مددجو خانمی ۵۳ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۳ ساعت ۸:۱۵ صبح با تشخیص SAH و با GCS=13 از اورژانس به بخش ویژه منتقل و در سرویس جراحی مغز و اعصاب بستری شده است. بیمار سابقه آرتریت روماتوئید، HTN و دیابت داشته است. دستور انجام سی تی اسکن از سر با تزریق داشته که جهت هماهنگی با واحد سی تی اسکن تماس گرفته شده که فرمودند با آنژیوکت سبز منتقل گردد. به دلیل اینکه بیمار حین انتقال از اورژانس به بخش ویژه آنژیوکت صورتی در دست چپ داشته، توسط پرستار بخش ویژه از دست راست بیمار آنژیوکت طوسی گرفته و پس از دریافت سرم و دستور دارویی به دستور فلوشیپ مراقبت های ویژه، در ساعت ۱۰:۳۰ صبح توسط پرستار بخش ویژه به واحد تصویربرداری منتقل شده است. در واحد مذکور سوپروایزر سی تی اسکن فرمودند که باید بیمار سی وی لاین جهت تزریق داشته باشد و پس از تزریق مقداری از ماده حاجب آنژیوکت بیمار خراب شده و ماده حاجب به زیر پوست بیمار نشت کرده که بلافاصله دارو قطع و بیمار به بخش ویژه برگردانده شده است. در بخش متوجه شده اند که دست بیمار سیانوز شده و تاول زده است. موضوع به اطلاع فلوشیپ مراقبت های ویژه رسیده و کمپرس سرد و سایر اقدامات درمانی برای بیمار انجام شده است.
علل رویداد حادثه	۷. عدم حضور رادیولوژیست در واحد تصویربرداری در زمان تزریق ۸. عدم اطمینان از باز بودن رگ و کنترل محل تزریق حداقل تا نیم ساعت پس از آزمون ۹. عدم احتیاط و نظارت رادیولوژیست در کلیه افراد خصوصاً مراجعین با سابقه بیماریهای زمینه ای خاص مانند بیماران کلیوی و... ۱۰. عدم قطع مصرف متفورمین ۴۸ ساعت قبل و بعد از تزریق در بیماران دیابتی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تزریق هر گونه ماده حاجب با حضور رادیولوژیست (خصوصاً مراجعین با سابقه بیماریهای زمینه ای خاص مانند بیماران کلیوی) و پرسنل خبره و با اطمینان از کامل بودن تجهیزات و داروهای ترالی اورژانس ➤ باقی ماندن آنژیوکت (باز بودن رگ) و کنترل محل تزریق پس از آزمون ➤ قطع داروی متفورمین در بیماران دیابتی ۴۸ ساعت قبل و بعد از تزریق طبق صلاحدید پزشک مربوطه ➤ توضیح دقیق خطرات احتمالی ناشی از تزریق دارو به بیمار و همراهان درجه یک
عنوان	سقوط از تخت و اکستوبه شدن بیمار
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۷ از اتاق عمل به دنبال تخلیه هماتوم با تشخیص SDH و اینتوبه و همی پلژی سمت چپ و GCS=6 به بخش ویژه منتقل شده است. به دلیل نداشتن شرایط اکستوب، درخواست مشاوره توراکی جهت تراک گذاری شده است. بیمار از بدو ورود بی قرار بوده که به دستور پزشک مربوطه درپ متانل و میدازولام دریافت و مهار فیزیکی شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۴ ساعت ۱۳:۰۰ علیرغم اینکه بیمار مهار فیزیکی شده و درپ هم دریافت نموده است، دچار سقوط از تخت شده به طوریکه بالاتنه بیمار پایین بوده و پایین تنه بیمار به دلیل اینکه مهار فیزیکی شده بالای تخت مانده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط بر روی تخت برگردانده شده و چون بیمار در حین سقوط اکستوب هم شده فوری اکسیژن با ماسک برای بیمار گذاشته و موضوع به اطلاع رزیدنت جراحی مغز و اعصاب رسیده و توسط ایشان و فوق تخصص مراقبت های ویژه ویزیت شده است. در ارزیابی اولیه بیمار ظاهراً دچار صدمه ای نشده که درخواست سی تی اسکن مجدد از سر و قفسه سینه شده و پس از انجام به رویت ایشان رسیده و مشکلی در اثر سقوط در سی تی اسکن دیده نشده است. در حال حاضر بیمار دارای GCS=13 و اکستوب با SPO2=98% می باشد



علل رویداد حادثه	۱. عدم رعایت دقیق نکات ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی ۲. عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار ۳. غیر استاندارد بودن بدساید تخت ها (دو بدساید مجزا که از یکدیگر فاصله دارند) ۴. عدم حضور مستمر پرستاران بر بالین بیماران و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ۵. آژیته بودن بیمار و محدودیت در تجویز داروهای آرام بخش به علت تشخیص بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش در خصوص ریسک خطر سقوط ➤ ارزیابی صحیح ریسک سقوط در بیماران آسیب پذیر و پر خطر ➤ ارزیابی مستمر، مراقبت و درمان بیماران آسیب پذیر و پر خطر و بیقرار ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ➤ مهار شیمیایی و یا فیزیکی بیماران با دستور پزشک، طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه به شیوه صحیح و ایمن ➤ بیماران آژیته و بی قرار بر روی تخت هایی که بدساید مناسب دارند بستری گردند (بدساید سرتاسری)
عنوان	سقوط از تخت
شرح حادثه	مددجو خانمی ۷۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۲ ساعت ۱۴:۰۲ با آمبولانس از بیمارستان به دلیل هتاموم و اکیموز وسیع سمت راست بر روی دست ها و شکم و رویت آمبولی پولمونر در سونوگرافی با هماهنگی متخصص عروق و سوپروایزر وقت به مرکز آموزشی درمانی اعزام شده است. بیمار حدود ۱۰ روز قبل به دلیل اکیموزهای متعدد (کبودی) در ناحیه گردن و تنگی نفس به بیمارستان اولیه مراجعه کرده و به دنبال آن طی بستری دچار هتاموم در ناحیه شکمی (فلانک راست و هیپوگاستر) شده که جهت جراحی عروق به مرکز آموزشی درمانی ارجاع شده است. بیمار سابقه هیستریکتومی ۳۰ سال پیش و مصرف تریاک دو بار در روز داشته است. در اورژانس توسط طب اورژانس و متخصص جراحی عمومی ویزیت شده و در سرویس عروق و بخش ویژه بستری شده است. آزمایشات درخواستی ارسال شده و در ساعت ۱۶:۴۵ از اورژانس به بخش ویژه منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۱۸ ساعت ۱۲:۳۰ به صورت هوشیار از بخش ویژه به بخش جراحی منتقل شده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۰ ساعت ۱۰:۱۵ صبح علیرغم بالا بودن نرده تخت ، داشتن همراه، بیمار از روی تخت بر روی پتویی که همراه بر روی زمین کنار تخت بیمار پهن کرده بوده افتاده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار با احتیاط بر روی تخت برگردانده شده است. در ارزیابی اولیه که از بیمار، سمت چپ پیشانی بیمار دچار قرمزی شده که به اطلاع رزیدنت جراحی مغز و اعصاب رسیده و توسط ایشان ویزیت شده که فرمودند تا صبح سطح هوشیاری بیمار مرتب کنترل گردد و در صورت افت سطح هوشیاری سی تی اسکن از سر انجام گردد. از تاریخ سقوط تا تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۲ بیمار مشکلی در رابطه با سقوط (افت سطح هوشیاری ، حالت تهوع و استفراغ) نداشته است و در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۲ با رضایت شخصی و هماهنگی با متخصص عروق ترخیص گردیده است.
علل رویداد حادثه	۶. عدم ارائه آموزش های اثربخش حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ۷. عدم همکاری همراه و بیمار در خصوص آموزش های داده شده ۸. عدم وجود زنگ احضار پرستار در بخش ۹. عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار ۱۰. عدم حضور مستمر پرستاران بر بالین بیماران و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ۱۱. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به همراه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش در خصوص ریسک خطر سقوط ➤ پیگیری نصب زنگ احضار پرستار در تمامی بخش های بالینی ➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه و...) ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط



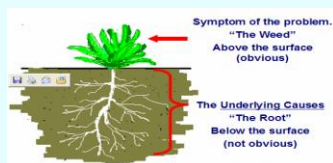
	➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی در کنار تخت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ شناسایی و پایش مستمر و مراقبت صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر مطابق ریسک شناسایی شده
عنوان	جاماندن مامبرن آنژیوکت در دست بیمار
شرح حادثه	مددجو خانمی ۷۵ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۷ ساعت ۱۷:۱۰ پس از عمل بای پولار سمت راست به بخش ویژه منتقل شده است. در قسمت ساعد دست چپ بیمار، آنژیوکت صورتی جهت دارودرمانی فیکس بوده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۹ ساعت ۷:۳۰ صبح به دلیل عدم کارکرد و تاریخ انقضاء آنژیوکت، پرستار بیمار جهت تعویض آنژیوکت بر بالین بیمار حاضر شده و زمانی که چسب آنژیوکت را باز کرده متوجه شده است که پروانه آنژیوکت روی پوست بیمار بدون مامبرن فیکس بوده و مامبرن داخل دست بیمار مانده است. بیمار توسط فوق تخصص مراقبت های ویژه ویزیت شده و درخواست مشاوره عروق گردیده که پس از مشاوره درخواست سونوگرافی شده و مشخص شده که مامبرن زیر درم بیمار می باشد، پس از آن بیمار از بخش ویژه به بخش ارتوپدی منتقل شده تا بقیه اقدامات در آن بخش انجام گردد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم کنترل دقیق محل از نظر علائم فلپیت یا نشت مایع به بافت زیرین یا چسب آنژیوکت پیش از تزریق داروی وریدی ۲. عدم چک دقیق عملکرد مناسب خط وریدی بیماران و علائمی دال بر فلپیت ۳. عدم آگاهی و عملکرد مناسب درخصوص نحوه مراقبت از کاتترها و اتصالات ۴. عدم کیفیت مناسب تجهیزات ۵. تعدد و غیر استاندارد بودن بیماران هر پرستار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ کنترل کلیه لوازم و تجهیزات موجود در بخش ها از نظر ایمنی بیمار و گزارش موارد خرابی/معیوب ➤ آموزش موثر عملیاتی دستورالعمل ایمنی مراقبت از کاتتر و اتصالات بیمار به تمامی پرسنل بالاحص پرسنل جدیدالورود ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر با بیمار ➤ عدم استفاده از تجهیزاتی که قبلاً باعث حادثه شده اند (جمع آوری تجهیزات/لوازم مصرفی مشکل دار از دسترس پرسنل و خروج از بخش) ➤ اقدام به موقع در حین رخداد و توضیح کامل در خصوص خطرات به بیمار و خانواده وی ➤ کنترل محل آن از نظر علائم فلپیت یا نشت مایع به بافت زیرین یا چسب آنژیوکت، پیش از تزریق داروی وریدی ➤ پیگیری مسئول تجهیزات پزشکی و داروخانه در خصوص کیفیت وسایل مصرفی مورد استفاده و جمع آوری لوازم/وسایل بی کیفیت از بخش های بالینی و گزارش خرابی وسایل مصرفی در کمیته های مرتبط و پیاده سازی اقدامات اصلاحی ➤ نظارت ناظر مرتبط در داروخانه ها بر کیفیت و ... اقلام/لوازم خریداری شده
عنوان	سقوط بیمار از تخت
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۰۸ ساعت ۱۹:۲۴ با شکایت تروما بلانت (با چوب) و نافذ (با چاقو) به سر، فک و صورت، گردن، کتف، بازو، آرنج راست، قفسه سینه و ران پای راست با GCS=15 به اورژانس مراجعه نموده است. در ارزیابی اولیه بیمار دچار سردرد، سرگیجه و پارگی سر بوده است. بیمار در ابتدای شیفت شب ساعت ۱۹:۳۵ پس از ویزیت توسط اینترن پزشکی دچار تشنج شده و از تخت بر روی زمین سقوط نموده است. بلافاصله کادر درمان بر بالین بیمار حاضر شدند، دستورات دارویی اجرا، آزمایشات درخواستی ارسال و تحت مانیتورینگ قلبی ریوی و اکسیژن تراپی قرار گرفته است. در ارزیابی اولیه، بیمار دچار پارگی گوشه ابروی



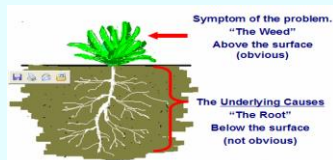
چپ شده که به درخواست طب اورژانس سی تی اسکن از سر بیمار انجام شده و به رویت ایشان رسیده است. پارگی سر و ابروی بیمار توسط پزشک سچور و پانسمان شده است. مشاوره جراحی مغز و اعصاب انجام و سی تی اسکن به رویت ایشان رسیده که موردی نداشته و از نظر جراحی مغز و اعصاب ترخیص گردیده است. در ساعت ۲۲:۱۰ طی تماس تلفنی طب اورژانس با آنکال مسمومیت، فرمودند که ساعت ۲۴:۰۰ VBG گرفته شود و به اطلاع ایشان برسد و در صورت ادامه افت سطح هوشیاری، بیمار جهت اعزام و مشاوره مسمومیت با آمبولانس به مرکز مسمومیت اعزام گردد. در ساعت ۲۲:۳۵ بیمار خواب آلود و دارای GCS=12 بوده است. در ساعت ۲۳:۰۰ مجدد توسط طب اورژانس ویزیت شده، دستورات اجرا گردیده و در ساعت ۳:۲۰ صبح طی تماس تلفنی با آنکال مسمومیت و اطلاع وضعیت بیمار و جواب آزمایشات و VBG فرمودند که بیمار شالودن گذاری و اعزام شود که بیمار در ساعت ۴:۳۰ صبح به مرکز مسمومیت اعزام گردیده است.	
۱۰. عدم ارائه مراقبتها به شیوه ی ایمن و متناسب بیماران پرخطر و آسیب پذیر با توجه به شرایط آنها ۱۱. عدم حضور فعال کادر درمان بر بالین بیماران ۱۲. عدم ارائه آموزش های اثربخش بدو ورود، حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ۱۳. عدم برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی موثر با بیمار حین ارائه خدمت ۱۴. عدم اقدامات لازم پس از قرارگیری بیمار در محدوده خطر ۱۵. عدم رعایت نکات ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی ۱۶. عدم حضور و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر شیفت ۱۷. عدم ارزیابی ریسک سقوط در بیمار و انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب	علل رویداد حادثه
➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ تهیه کمر بند محافظ بدساید و لبه پایینی تخت ➤ برگزاری کلاس آموزشی شرایط تهدید کننده ایمنی جهت کارکنان پرستاری با تمرکز بر سقوط ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتبار بخشی و...) ➤ شناسایی و پایش مستمر و مراقبت صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر مطابق ریسک شناسایی شده ➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
زخم بستر گرید ۳ و ۴	عنوان
بیمار آقای ۷۳ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۹ با درد قفسه سینه، تنگی نفس و ضعف و بیحالی توسط همراه به مرکز آموزشی درمانی انتقال داده شده است. در بدو ورود زخم گرید ۲، ۵*۵ زیر قوزک پای راست، زخم گرید ۲ قوزک پای چپ، دو زخم روی پا و زخم گرید ۲ در ساکروم رویت و ثبت گردید. بیمار تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۹ ساعت ۲۳:۵۰ با تشخیص پنومونی اسپیراسیون به بخش نورولوژی مردان منتقل گردیده است. مراقبت از زخم در طول بستری (تغییر پوزیشن، تشک مواج و پانسمان نوین و...) انجام شده و بیمار بدلیل بستری بودن در سرویس ریه تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۴ ساعت ۲۰:۳۰ به بخش داخلی مردان منتقل می گردد. در ارزیابی اولیه در بخش داخلی مردان زخم ساکروم گرید ۳ گزارش شده، بیمار تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۶ توسط کارشناس زخم ویزیت و زخم گرید ۲ تشخیص داده میشود. مراقبتها و تعویض پانسمان طبق نظر کارشناس زخم انجام و طبق نظر سرویس ریه تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۶ بیمار ترخیص میشود اما همراه جهت ترخیص بیمار	شرح حادثه



مراجعه ننموده، پرونده بیمار مجدد برگردانده و مراقبت‌ها و درمان انجام شد. بیمار تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۹ در انتهای شیفت صبح، توسط همراه از بیمارستان به بهزیستی برده شده و مجدداً تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۹ ساعت ۲۱.۱۳ جهت درمان و بهبود زخم به اورژانس این مرکز برگردانده شد. مشاوره نورولوژی، داخلی، قلب و عفونی انجام شده از کلیه سرویس‌ها ترخیص شد. توسط کارشناس زخم ویزیت و نیاز به دبریدمان داشته و تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۱ ساعت ۱۱.۳۰ با دستور متخصص عفونی به مرکز جراحی به صورت سرپائی ارجاع شد.	
۱. عدم ارزیابی صحیح زخم (ریسک زخم (برادن) در هر شیفت توسط کادر پرستاری ۲. عدم ارزیابی و پیگیری صحیح مراقبت زخم توسط کارشناس زخم ۳. عدم تحویل و تحول بالینی صحیح بیمار بین کادر پرستاری ۴. عدم آگاهی کافی پرسنل پرستاری از زخم فشاری، درجه بندی و شناسایی نوع ضایعه پوستی ۵. عدم برقراری ارتباط موثر بین پرسنل بخش و بیمار ۶. عدم آگاهی کافی از ریسک فاکتورهای ایجاد زخم فشاری و روشهای پیشگیری و مراقبت از آن (تغییر پوزیشن و ماساژ، رژیم های تغذیه ای و ...) ۷. عدم ارائه مراقبت های پرستاری مناسب به بیمار ترخیص نرفته در بیمارستان ۸. بستری طولانی مدت بیمار (عدم قبول بیمار ترخیصی توسط خانواده و مراکز دیگر)	علل رویداد حادثه
➤ انجام ارزیابی بیماران به صورت دقیق و صحیح در هر سه شیفت (از نظر بررسی زخم و ...) ➤ ثبت دقیق درجه و وسعت و عمق زخم در گزارش پرستاری بصورت توصیفی ➤ چارت راند دقیق پرونده بیماران با زخم بستر توسط سرپرستار / مسئول شیفت ➤ استفاده از خط کش زخم-جهت اندازه گیری زخم ➤ اطلاع به کارشناس زخم جهت تعیین نوع زخم و پانسمان متناسب با زخم به محض ادمیت بیمار دارای زخم ➤ ارسال عکس از زخم بیمار به کارشناس زخم با رعایت اصل محرمانگی ➤ تکمیل دقیق و صحیح پرونده زخم (محل بروز زخم به درستی در پرونده زخم مشخص شود) ➤ اطلاع رسانی هرگونه عدم تغییر در روند بهبود زخم به پزشک معالج ➤ اطلاع رسانی تغییر گرید زخم از ۲ به ۳ و ۳ به ۴ به کارشناس وقایع ناخواسته ➤ ارائه و ادامه مراقبت از زخم تا زمان حضور بیمار در بخش (در بیماران ترخیص نرفته) ➤ نظارت و حضور پرستار در حین تغییر پوزیشن ➤ تکمیل و ارائه روزانه لیست زخم بستر بیماران به کارشناس ایمنی بیمار ➤ آموزش اثربخش و عملیاتی ارزیابی صحیح ریسک زخم بستر و ارزیابی جامع پوست، تعیین نوع زخم و پانسمانهای نوین برای کادر پرستاری ➤ نظارت سوپروایزران بالینی بر انجام اقدامات پرستاری در جهت پیشگیری از زخم بستر در بیماران بیحرکت و CBR در تمامی شیفت های بالینی- نظارت مدیران میانی بر نحوه ارائه مراقبت ها در بیماران ترخیص نرفته ➤ برگزاری دوره های آموزشی برقراری ارتباط موثر با بیماران جهت کادر درمانی ➤ تحویل و تحول بالینی بیماران در هر شیفت براساس تکنیک ISBAR ➤ آموزش عملی نحوه انجام صحیح تغییر پوزیشن بیماران جهت گروه پرستاری، کمک پرستاری و... ➤ بررسی علل حضور بیماران ترخیص نرفته در بخش های بستری توسط واحد مددکاری و پیگیری ترخیص به موقع بیماران پیشگفت جهت جلوگیری از عوارض بستری طولانی مدت ➤ لزوم ارزیابی صحیح و انجام اقدامات تشخیصی- درمانی مناسب و به موقع در بیماران دچار عوارض های بستری ➤ تدوین پروتکل داخلی درخصوص تداوم مراقبت و انجام اقدامات درمانی در بیماران ترخیص نرفته و ابلاغ به تمامی پزشکان و کادر پرستاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



عنوان	سقوط از تخت و شکستگی تروکانتر
شرح حادثه	بیمار خانم پسند سروری مجد ۸۵ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۴ با تنگی نفس و ضعف و بیحالی توسط همراه به مرکز آموزشی درمانی آورده شده است. سابقه HTN, DM, ICD و دیالیز داشته است. با تشخیص HF در بخش CPU (اعلام به بخش داخلی قلب) بستری گردید. تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۷ ساعت ۲:۰۰ هنگام جا به جایی از برانکارد به ویلچر، جهت انتقال به بخش داخلی قلب، دچار عدم تعادل شده و با پس سر به زمین سقوط کرده، پارگی ۴ سانتی پس سر سچور زده شد. گرافی لگن و مشاوره ارتوپدی انجام و شکستگی تروکانتر چپ تشخیص و تراکشن پوستی گذاشته شد. Brain CT Scan انجام و به رویت متخصص نورولوژی رسید. مشاوره نوروسرجری درخواست و انجام شد و طبق مشاوره نوروسرجری سی تی اسکن مغز، سینه و لومبوساکرال تکرار و مجدد مشاوره شود.
علل رویداد حادثه	۱. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه (در خصوص نحوه خروج از تخت) ۲. عدم حضور کمک پرستار بر بالین بیمار زمان خروج از برانکارد ۳. نظارت ناکافی پرستار مسئول بیمار بر نحوه خروج از تخت بیمار ۴. عدم وجود تخت استاندارد (وجود برانکارد در بخش CPU با ارتفاع زیاد و عرض کم)
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری) ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار مورس ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار، نحوه باز و بسته شدن بدسایدها و نحوه پایین آمدن از تخت در تمامی شیفتها و اطلاع به پرسنل قبل از پایین آمدن، مراقبت از اتصالات، نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی، هندریل و... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ حضور کمک پرستار بر بالین بیمار زمان خروج از برانکارد ➤ نظارت پرستار مسئول بیمار بر نحوه خروج از تخت بیمار ➤ جایگزینی تخت استاندارد به جای برانکارد در بخش CPU
عنوان	فرار بیمار از بخش
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۴ ساله با تهوع و استفراغ توسط ۱۱۵ به مرکز آموزشی درمانی انتقال داده شده. توسط طب اورژانس ویزیت و اقدامات درمانی انجام و مشاوره داخلی درخواست شد. بیمار تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۳ ساعت ۵:۳۰ بدون اطلاع اورژانس را ترک نموده. پرسنل حراست متوجه خروج بیمار شدند، اما بیمار فرار کرده است. شماره تماس و آدرسی از ایشان در سیستم ثبت نشده است (بیمار home less می باشد). مراتب به سوپروایزر بخش و مسئول حراست اطلاع رسانی شده است.
علل رویداد حادثه	۷. عدم ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار ۸. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش ۹. عدم آگاهی کافی کارکنان از خط مشی بیماران آسیب پذیر (اعتیاد) و اجرائی نمودن آن ۱۰. عدم انجام ارزیابی اولیه دقیق و صحیح در خصوص ثبت اعتیاد بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار توسط پرستار بیمار / مسئول شیفت ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با مشکل بیمه ای / احتمال فرار در بخش به کارکنان حفاظت فیزیکی ➤ بازدید های دوره ای توسط واحد نگهبانی از کلیه بخش ها و کنترل حضور بیماران در بخش ➤ نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی بر خروجی های بیمارستان ➤ تدوین پروتکل مشخص جهت بیماران با احتمال فرار در بیمارستان با مشارکت تیم اجرایی مرکز و ابلاغ به کلیه پرسنل ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی درخصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان



عنوان	سقوط از روی صندلی
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۷ ساله تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۵ ساعت ۱۲:۱۹ توسط آمبولانس زندان با بیحسی سمت چپ به مرکز آموزشی درمانی آورده شده است. سابقه old CVA داشته. بدلیل نبود تخت خالی روی صندلی نشسته بوده است (GCS: 14/15 داشته). ساعت ۱۳:۰۸ دچار faint شده و با پهلوی راست بر روی زمین سقوط کرده است، ضربه به سر مشاهده نشده است. توسط طب اورژانس ویزیت و ساعت ۱۴:۰۰ Brain CT scan انجام و درخواست مشاوره نوروسرجری شده است. طبق دستور نورسرجر آنکال بیمار توسط طب اورژانس در ساعت ۱۷:۳۰ اینتوبه و ساعت ۱۷:۴۵ با پیشگامان به سانتر تروما اعزام می گردد. بیمار در سانتر تروما جراحی شده و طبق اظهارات جراح مغز و اعصاب Brain Tumor بوده و آثار شکستگی قدیمی در جمجمه رویت شده است.
علل رویداد حادثه	۱. عدم وجود تخت خالی در اورژانس ۲. عدم ترخیص به موقع بیماران در بخشهای بستری و انتقال بیماران به بخشهای بستری (مدیریت تخت مناسب نبوده است) ۳. عدم ویزیت به موقع و تعیین تکلیف بیماران در اورژانس ۴. عدم نظارت کافی بر انتقال بیمار (مستعد سقوط : پلژی و) روی تخت ۵. ناکافی بودن ارزیابی مستمر بیمار مستعد سقوط ۶. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه / مراقب / سرباز ۷. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط و انجام اقدامات مراقبتی مناسب
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ نظارت سوپروایزران بالینی و مدیر تخت بر انجام ویزیت و ترخیص به موقع بیماران در بخشهای بستری و انتقال بیماران به بخشهای بستری ➤ تاکید و نظارت برانجام ویزیت/مشاوره سرویس های تخصصی مطابق دستورالعمل و تعیین تکلیف بیماران در اورژانس ➤ نظارت مدیران میانی و مسئول فنی مرکز بر تعیین تکلیف بیماران در اورژانس و در صورت نیاز انجام اقدام قانونی لازم ➤ ارزیابی صحیح بیماران و بررسی صحیح از لحاظ پرخطر بودن و جابجایی بیماران/ انتقال پرخطر بر روی تخت ➤ ارزیابی مستمر بیمار مستعد سقوط ➤ آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه / مراقب / سرباز ➤ آموزش به کارکنان، در خصوص اهمیت کنترل صحیح اثر بخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و... ➤ آموزش اثربخش دستورالعمل های ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیری از سقوط به تمامی پرسنل بیمارستان ➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...)
عنوان	سوختگی صورت بیمار بدنبال پرپ با کلرگزیدین
شرح حادثه	مددجو خانم ۴۶ ساله ای است که با شکایت از وجود توده کیستیک در زیر پوست ناحیه شقیقه، و همچنین وجود بافت های اضافه پستان اضافه در دو طرف قفسه سینه به جراح مراجعه کرده و بستری شده است. مددجو سابقه بیماری یا جراحی قبلی را نمی دهد و حساسیت یا آلرژی دارویی یا غذایی خاصی را ذکر نکرده است. در روز جراحی، ابتدا بافت های اضافه پستان دو طرف توسط جراح برداشته شده است. سپس قصد برداشتن توده کیستیک ناحیه سر را داشته است، ناحیه مذکور با کلرگزیدین پرپ شده است، و قبل از اینکه موضع از محلول خشک شود، جراح اقدام به استفاده از کوتر کرده است، این اقدام منجر به شعله ور شدن موهای بیمار شده است که بلافاصله توسط جراح با شان خاموش شده است، مقدار کمی از موهای بیمار حالت کزگرفتگی پیدا کرده است و ناحیه زیر



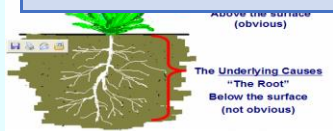
گونه راست بیمار نیز دچار سوختگی درجه یک شده است. مژه ها و صورت جراح نیز دچار سوختگی درجه یک شده است. صورت بیمار با پماد زینک پوشانده شده و بعد از اقدامات لازم و طی ریکآوری به بخش تحویل شده است. شرایط پیش آمده توسط جراح و متخصص بیهوشی بعد از هوشیاری کامل بیمار در بخش برای وی و همراهانش توضیح داده شده است و روز بعد بیمار با دستورات دارویی و نحوه صحیح مراقبت از ناحیه سوخته شده گونه ترخیص شده است. در پیگیری روز بعد از بیمار در منزل، اظهار کرده است که ناحیه سوختگی درد یا قرمزی نداشته و توصیه های آموزش داده شده را به کار بسته است.	
۱. بی احتیاطی در محاسبه زمان خشک شدن محلول کلرهگزیدین توسط جراح ۲. آلارام ندادن به جراح جهت اندکی تامل تا خشک شدن محلول توسط پرسنلی که پرپ را انجام داده است ۳. عدم دقت در مدت نگه داری و توجهات پوستی در حین اتصال کوتر با پوست ۴. عدم کنترل دقیق نواحی بدن از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ دستورالعمل احتیاطات لازم در خصوص بکارگیری محلول های با پایه الکلی در اتاق عمل ➤ کنترل نواحی بدن که پرپ و درپ شده اند از نظر خیس بودن در طول عمل توسط پرسنل سیرکولر بطور متناوب ➤ نظارت بر اتصال محکم و ثابت پلیت با پوست ➤ تهیه و ارسال درس آموخته ها به واحدهای مرتبط	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فرار بیمار	عنوان
مددجو مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۶ با تشخیص ترومای نافذ قفسه سینه بعلت نزاع بصورت الکتیو در بخش جراحی بستری شده است. در همان تاریخ به اتاق عمل منتقل شده است. پس از خروج چست تیوب در مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۱ حدود ساعت ۱۸:۰۰ پس از دو بار بازگردانده شدن توسط پرسنل حراست، موفق به فرار شده است. لازم بذکر است ۲۴ ساعت اول بستری بعلت متهم بودن بیمار همراه سرباز از کلانتری بر بالین بیمار حضور داشته است ولیکن پس از رفع اتهام از روز دوم بستری و ترک سرباز با همراهان وی تماس گرفته شده که کسی قبول نکرده بر بالین وی حضور یابد و اعلام نموده اند ایشان از طرف خانواده طرد شده است. تمامی موارد توسط پرسنل بخش و نگهبانی صورتجلسه شده و در پرونده موجود میباشد.	شرح حادثه
۱. عدم اخذ اطلاعات و آدرس دقیق و ثبت در پرونده ۲. عدم تعیین تکلیف مالی توسط واحد مددکاری پس از گزارش بخش ۳. عدم نظارت پرسنل به حضور بیمار در بخش ۴. عدم دقت پرسنل حفاظت فردی پس از اقدام به فرار قبلی بیمار ۵. عدم ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار ۶. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش	علل رویداد حادثه
➤ برگزاری کلاس آموزشی برای پرسنل حفاظت فیزیکی در تمامی شیفتها ➤ پیگیری مشکلات مالی در پرداخت هزینه های بیمارستان توسط واحد مددکاری ➤ نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی بر خروجی های بیمارستان ➤ نظارت دقیق پرسنل بخش بر حضور بیماران در بخش ➤ شناسایی افراد پر ریسک در معرض فرار برای مراقبتهای بیشتر ➤ ثبت دقیق اطلاعات بیمار برای کاهش ریسک فرار یا دسترسی داشتن به وی پس از فرار ➤ حساس سازی پرسنل حفاظت فیزیکی در خصوص مسایل قانونی ترک/ فرار بیمار ➤ انجام واکد راندهای موثر و صحیح ایمنی در تمامی بخشهای بالینی و پیاده سازی صحیح استانداردهای ایمنی ➤ اطلاع رسانی به کارکنان حفاظت فیزیکی و سوپروایزر بالینی در خصوص احتمال فرار بیمار پریسک و انجام صورتجلسه در خصوص بیمار با ریسک فرار	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



	➤ بستری بیماران آسیب پذیر در اتاق های نزدیک استیشن پرستاری و پایش مستمر بیماران با ریسک فرار ➤ بازدیدهای دوره ای توسط واحد حراست از کلیه بخشها و کنترل حضور بیماران
عنوان	سقوط و شکستگی تروکانتر
شرح حادثه	مددجو خانم ۸۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۴ با تشخیص AF در بخش CCU بستری گردیده است. در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۳ ساعت ۰۴:۳۵ کمک پرستار با صدای زنگ احضار پرستار بر بالین بیمار حضور پیدا کرده است. جهت رفتن به سرویس بهداشتی با ویلچر، توسط کمک پرستار لبه ی تخت مینشیند پس از اطمینان کمک پرستار از عدم سرگیجه ی بیمار، اقدام به خروج از تخت میکند. بیمار از روی تشک بر لبه ی تخت سر میخورد و دچار عدم تعادل شده و قبل از اصابت بر زمین بدون اینکه ضربه ای بر بیمار وارد شود توسط کمک پرستار گرفته شده و باحمایتشان بر زمین نشسته است ولی متاسفانه به علت پوکی استخوان بیمار دچار شکستگی تروکانتر شده است، در آن لحظه به علت عدم اصابت و جراحات متوجه شکستگی نشدند، با ویلچر به سرویس بهداشتی منتقل شده و مجدداً بر روی تخت منتقل می شود، حدود ۴ ساعت بعد ۸ صبح بیمار اظهار درد و بی قراری در لگن را ذکر میکند که پس از اطلاع به پزشک معالج در خواست گرافی و سی تی اسکن میشود ، متاسفانه در سی تی اسکن بیمار شکستگی رویت شد. (بیمار همراه نداشته است)
علل رویداد حادثه	۱. نقص آگاهی کمک پرستار در خصوص پایین آوردن سطح تخت سه شکن جهت خروج بیمار از تخت ۲. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار ۳. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت ۴. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار ۵. ناکافی بودن آگاهی کارکنان و سوپروایزرین شبکار در خصوص پایش و اهمیت اثر بخشی آموزشهای ارائه شده به بیمار ۶. عدم حضور همراه کنار بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش به کمک پرستار در خصوص استفاده ی صحیح از تخت های سه شکن، نحوه ی خروج و انتقال ایمن بیمار ➤ تهیه ی واکر به تعداد مورد نیاز بخش جهت استفاده ی بیماران و در دسترس قراردادن جهت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه) ➤ برقراری ارتباط موثر با بیمار و همراه ➤ آموزش موثر به بیمار و همراه در خصوص شرایط تهدید کننده ایمنی و احتمال سقوط ➤ نظارت مستمر مسئولین شیفت بر شرایط بیماران در معرض سقوط و آسیب پذیر
عنوان	اقدام به خودکشی بیمار در بخش مسمومیت
شرح حادثه	مددجو آقای ۳۸ ساله با شکایت مسمومیت با وایتکس و علائم سوزش گلو، ته حلق، سرفه و خودزنی در ناحیه ساعد دست چپ در ساعت ۱۰:۲۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۲ با برانکارد آمبولانس ۱۱۵ به اورژانس مرکز مسمومیت انتقال داده شده است. بیمار هوشیار، بی قرار و آژپته می باشد. مردمک میدریاز می باشد. سابقه جراحی واریکوسل داشته است. در سطح تریاژ ۲ می باشد. علائم حیاتی اولیه: BP: 91/62 PR: 115 RR: 18 T: 36.1 SPO2: 95% بیمار در اورژانس پذیرش و تحت نظر اورژانس قرار گرفته. به شدت بیقرار بوده و فحاشی کرده است. اقدامات اولیه جهت بیمار شامل: سرم تراپی، ارسال آزمایش، ECG، تزریق داروی پنتوپرازول ، دیازپام و چک قند خون ۱۴۵= (BS) انجام شد. درخواست مشاوره مسمومیت داشته و پس از ویزیت اینترن مسمومیت در ساعت ۱۷:۳۰ انتقال به بخش مسمومیت انجام شده است. برای بیمار درخواست گرافی و انجام سوچور با توجه به لسریشن دست چپ درخواست داده که همکاری جهت سوچور و انجام گرافی نداشته و اجازه بخیه زدن را نداده است. در بخش مسمومیت در ساعت ۲۱:۳۰ بیمار شروع به خودزنی با ست سرم در ناحیه سر و گردن خود



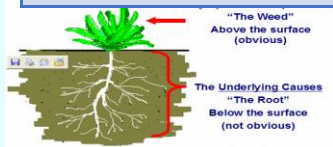
می کند به صورتی که خراشیدگی و آسیب سطحی اطراف گردن و صورت دچار می شود و بلافاصله پرستار به اینترن مسمومیت اطلاع داده و برای بیمار به صورت STATE میدازولام ۵ میلی گرم و آمپول هالوپریدول و بای پریدین تزریق می گردد. بیمار آرام می گردد و پانسمان ناحیه سر و گردن انجام می شود. به پزشک معالج اطلاع داده شده و برای بیمار دستور مهار فیزیکی در صورت آژیتاسیون و مشاوری روان درخواست داده می شود. در ساعت ۹ صبح توسط روانپزشک ویزیت و درخواست بستری به بیمارستان روان داده میشود و پزشک مسمومیت از سرویس خود با توجه به کاهش علائم آسیب به بافت مخاطی دهان و نداشتن گرفتگی صدا و تنگی نفس و تحمل بلع ترخیص می کند .	
۱. نداشتن دستور مهار فیزیکی و یا شیمیایی برای بیمار آژیته از ابتدا توسط پزشک معالج/ پزشک اورژانس ۲. عدم ایزولاسیون بیمار با توجه به داشتن افکار خودکشی ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب ۴. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۵. نداشتن بخش روان جهت پذیرش بیماران اعصاب و روان ۶. فضای فیزیکی نامناسب جهت رویت بیماران	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی در بیماران با مشکلات روان و... و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ شرح حال گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل ویزیت توسط پزشکان معالج و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران توسط پزشکان معالج ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب با توجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی در خصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب با توجه به شناسایی انجام شده ➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی در بیماران آژیته و بیقرار مطابق دستور پزشک معالج	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
اقدام به خودکشی بیمار در بخش مسمومیت	عنوان
مددجو آقای ۲۶ ساله با شکایت مسمومیت با ۲۰ عدد ترامادول ۱۰۰ از دو ساعت قبل از مراجعه در ساعت ۴:۳۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۶ با پای خود و همراه به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده است. هوشیار و بی قرار و آژیته و مردمک میدریاز بوده است. سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته. در سطح تریاژ ۲ می باشد. علائم حیاتی اولیه : BP: 160/112 PR: 130 RR: 18 T: 36.9 SPO2: 97% بیمار در اورژانس پذیرش و تحت نظر قرار گرفته است. بیمار به شدت بیقرار و همکاری نداشته است. اقدامات اولیه جهت بیمار شامل: سرم تراپی، ارسال آزمایش، ECG، تزریق داروی فاموتیدین، اکسیژن تراپی با نازال انجام و آمپول دیازپام بالای سر بیمار آماده تزریق بوده است. درخواست مشاوری مسمومیت داشته و پس از ویزیت اینترن مسمومیت در ساعت ۶:۳۰ انتقال به بخش مسمومیت شده است. در بخش همکاری جهت تعویض لباس و تحویل وسایل به حراست نداشته. در بخش اجازه وصل سرم و اتصالات به پرستاران نداده است. در ساعت ۹ صبح توسط پزشک معالج در بخش ویزیت شده است. در ساعت ۲۰ همراهان بیمار پس از تماس های مکرر بیمار با خانواده در مرکز حاضر می شوند و می گویند بیمارشان از آنها خواسته تا با رضایت شخصی از مرکز خارج شود. پس از عدم پذیرش سوپروایزر جهت رضایت شخصی بیمار در ساعت ۲۰:۲۰ به تعداد نامعلوم قرص ترامادول در جیب خود پنهان داشته را در حضور همراه در درهان خود می ریزد و می خورد که بلافاصله پرستاران به پزشک معالج و اینترن اطلاع داده و به دستور	شرح حادثه



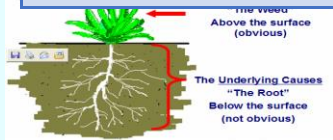
ایشان شست و شوی معده انجام و مانیتورینگ قلبی و تنفسی صورت گرفت. از نظر احتمال تشنج، بر بالین بیمار دیازپام Standby قرار داده شد. نوار قلب گرفته و ارسال آزمایش از بیمار صورت گرفته با توجه به جواب آزمایش نرمال و عدم تشنج توسط دکتر معالج دستور ترخیص پس از انجام مشاوره روانپزشک داده شد. ویزیت روانپزشک انجام و نامه جهت بستری سرپایی به مرکز روان به خانواده بیمار تحویل داده شد و بیمار پای خود و همراهان مرکز را ترک کردند.	
۱۶. عدم انجام مهار فیزیکی و یا شیمیایی برای بیمار آژیت به توجه به داشتن دستور مهار شیمیایی ۱۷. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۱۸. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۱۹. عدم بررسی های روانی قبل از بستری بیمار در بخش با توجه به اقدام خودکشی اولیه بیمار با قرص ۲۰. عدم کنترل صحیح بیمار از لحاظ داشتن دارو یا وسایل با احتمال استفاده توسط بیمار برای خودکشی	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری ➤ لزوم انجام مهار فیزیکی / شیمیایی در بیماران بیقرار با توجه به دستورات پزشک معالج و نظارت سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام اقدامات درمانی در بیماران بیقرار ➤ ابلاغ نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی در بیماران با مشکلات روان و... و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ شرح حال گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل ویزیت توسط پزشکان معالج و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران توسط پزشکان معالج ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب با توجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب با توجه به شناسایی انجام شده ➤ تأیید ترخیص بیماران دارای مشکلات و اختلالات روانی یا بیمارانی که در مشاوره اختلالات روانی آنها به تأیید متخصص روانپزشکی رسیده است، صرفاً توسط متخصص روانپزشکی و پزشک معالج بدون چنین مشاوره ای مجاز به ترخیص بیمار نخواهد بود ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، کنترل بیمار و جمع آوری وسایل و داروهای همراه، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
اقدام به خودکشی بیمار در بخش بستری	عنوان
مددجو خانم ۲۰ ساله با شکایت مسمومیت نامعلوم و با کاهش سطح هوشیاری به صورتی که با تحریک دردناک اندام خود را جمع کرده، با آمبولانس ۱۱۵ در ساعت ۲۱:۱۷ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۴ بر روی برانکارد به اورژانس مراجعه میکند. بیمار خواب آلوده و با تحریک دردناک فقط اندام خود را جمع می کند. ارتباط کلامی برقرار نمی کند و مردمک میوتیک می باشد. سابقه بیماری و مصرف دارو ذکر نمی کند. نام بیمار مجهول میباشد و همراه ندارد. در سطح تریاژ ۱ می باشد. علائم حیاتی اولیه : BP: 100/70 PR: 80 RR: 17 T: 37 SPO2: 86% بیمار در اورژانس تحت نظر پذیرش میشود و اقدامات اولیه شامل : مانیتورینگ ، سرم تراپی، ارسال آزمایش، ECG، spiral chest CT، Brain CT، تزریق دارو، سونداژ ، اکسیژن تراپی با ماسک انجام و با توجه به کاهش سطح هوشیاری اینتوبه توسط طب اورژانس انجام میشود. درخواست مشاوره مقیم مسمومیت داشته و پس از ویزیت مسمومیت در ساعت ۰۰:۲۱ به بخش ICU مسمومیت منتقل میشود. در اسکرین ادرار بیمار بنزودیازپین مثبت می باشد. در ساعت ۰۸:۳۰ روز بعد پزشک مسمومیت بیمار را در بخش ICU مسمومیت اکستوپ می کند و در ساعت ۲۰ همان شب با توجه به هوشیاری بیمار، قدرت بلع و تحرک بیمار قابل انتقال به بخش می گردد. در تاریخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۶ پزشک مسمومیت بیمار را در ساعت ۱۱:۳۰ ویزیت می کند و از سرویس مسمومیت ترخیص می کند. با توجه به هوشیاری بالای بیمار اسم و مشخصات بیمار مشخص می شود. به خانواده بیمار جهت ترخیص بیمار اطلاع داده می شود. مادر بیمار قبول نمی کند که به دنبال بیمار خود بیاید و دختر خود را ببرد. در ساعت ۱۵:۳۰ پس از متوجه شدن موضوع توسط بیمار،	شرح حادثه



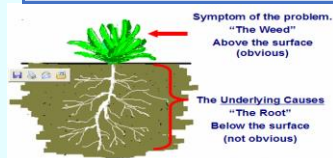
به سرویس بهداشتی اتاق خود رفته و با سوزن سر ست سرم اقدام به خودزنی در ناحیه صورت و گردن می کند که به صورتی که ۷ عدد شیار ۳ سانتی در ناحیه گردن بدون خونریزی فراوان و ۲ مورد شیار ۲ سانتی در ناحیه گونه سمت چپ ایجاد می کند. که بلافاصله پرسنل متوجه شده و سوزن را از بیمار می گیرند و به پزشک آنکال مسمومیت و اینترنت اطلاع می دهند. پزشک می فرماید با توجه به نداشتن خونریزی نیاز به سوچور ندارد و ترخیص گردد و به صورت سرپایی به روان پزشک مراجعه کند. خانواده بیمار در ساعت ۱۸:۳۰ بر بالین بیمار حاضر می شوند و با نامه ارجاع به روان پزشک از مرکز خارج میشوند.	
۹. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۱۰. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۱۱. عدم بررسی های روانی پس از هوشیاری در بخش باتوجه به اقدام خودکشی اولیه بیمار با قرص و محرز شدن موضوع ۱۲. عدم اعلام بیمار مشکل دار به واحد مددکاری و انجام اقدام و پیگیری های لازم توسط مددکار بیمارستان ۱۳. عدم کنترل محیط بیمار از لحاظ وجود وسایل آسیب رسان و جمع آوری وسایل باتوجه به اقدام به خودکشی اولیه بیمار	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری ➤ ابلاغ نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی در بیماران با مشکلات روان و... و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده ➤ تأیید ترخیص بیماران دارای مشکلات و اختلالات روانی یا بیمارانی که در مشاوره اختلالات روانی آنها به تأیید متخصص روانپزشکی رسیده است، صرفاً توسط متخصص روانپزشکی و پزشک معالج بدون چنین مشاوره ای مجاز به ترخیص بیمار نخواهد بود ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، کنترل بیمار و جمع آوری وسایل و داروهای همراه، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
حلق آویز کردن بیمار با ملحفه در بخش مسمومیت	عنوان
مددجو آقای ۲۴ ساله با شکایت مسمومیت با ۲۰ عدد ترامادول با پای خود در ساعت ۱۴:۱۷ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۸ به اورژانس مراجعه میکند. بیمار هوشیار و مردمک میدیاز می باشد. سابقه جراحی سر، تصادف دارد و ادیکت می باشد. به صورت روزانه ترامادول مصرف میکند. در سطح تریاژ ۲ می باشد. علائم حیاتی اولیه : BP: 137/86 PR: 89 RR: 19 T: 36 SPO2: 99% بیمار در اورژانس پذیرش شده و اقدامات اولیه جهت بیمار شامل : مانیتورینگ، سرم تراپی، ارسال آزمایش، ECG، تزریق دارو، اکسیژن تراپی با نازال و چک قند خون ۱۰۶ = (BS) انجام شده است. درخواست مشاوره مسمومیت داشته و پس از ویزیت اینترنت مسمومیت در ساعت ۱۶:۱۵ به بخش مسمومیت منتقل میشود. بیمار در بخش هوشیار و بیدار می باشد. در ساعت ۲:۰۰ صبح به سرویس بهداشتی اتاق خود رفته و درب سرویس را قفل می کند که بلافاصله پرستار متوجه غیبت و قفل شدن درب سرویس بهداشتی می شود و با کمک حراست و تاسیسات درب سرویس باز شده و متوجه می شوند که بیمار با ملحفه قصد حلق آویز کردن خود از آویز دوش داخل سرویس بهداشتی داشته است. بلافاصله ملحفه را از گردن بیمار باز می کنند و بر تخت خود بیمار را منتقل می کنند. بیمار تحت مانیتورینگ قرار می گیرد. علائم حیاتی Stable می باشد. رد ملحفه به صورت خط قرمز در ناحیه دو طرفه گردن مشاهده شده است. مهار فیزیکی برای بیمار به دستور آنکال اجرا و هر ۱۵ دقیقه از نظر نبض و حس و حرکت اندام های فوقانی بیمار چک می شود. در ساعت ۸ صبح ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ توسط پزشک مسمومیت ویزیت و دستور انجام مشاوره روان و ترخیص پس از انجام آن را می	شرح حادثه



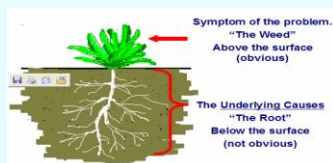
گذارد. که توسط روان پزشک ویزیت و فرمودند اعزام به بیمارستان روان صورت گردد. خانواده بیمار فرم عدم رضایت جهت اعزام را پر کردند و بیمار خود را از مرکز خارج کردند. فرم صورت جلسه پلیس هم با توجه به احتمال آسیب به خود و دیگران پر و ضمیمه پرونده شد.	
۷. عدم شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و انجام اقدامات درمانی مناسب ۸. نداشتن بخش روان و اتاق ایزوله روان جهت بستری بیماران با افکار خودکشی ۹. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۱۰. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۱۱. عدم بررسی های روانی قبل از بستری بیمار در بخش و بررسی افکار خودکشی بیمار ۱۲. نامناسب بودن ساختار فیزیک بخش جهت رویت تمام بیماران	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری ➤ ابلاغ نحوه اندازه گیری ریسک خودکشی در بیماران با مشکلات روان و... و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ ارزیابی اولیه و شرح حال گیری دقیق بیماران آسیب پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده ➤ تأیید ترخیص بیماران دارای مشکلات و اختلالات روانی یا بیمارانی که در مشاوره اختلالات روانی آنها به تأیید متخصص روانپزشکی رسیده است، صرفاً توسط متخصص روانپزشکی و پزشک معالج بدون چنین مشاوره ای مجاز به ترخیص بیمار نخواهد بود ➤ درنظر گرفتن بخش روان در سانترهای مسمومیت و حضور مقیم روانپزشکی در بیمارستان باتوجه به ماهیت بیماران پذیرش شده ➤ لزوم کنترل مستمر پرستار مسئول بیمار بالاخص در ساعت ۶:۳۰ و ساعت ۲۲ شب و هنگام تغییر شیفت و ساعت ملاقات ➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ آموزش اثربخش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه تغییر در حالات بیمار ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکلات روانپزشکی به سوپروایزر کشیک ➤ ایزوله کردن بیماران باافکار خودکشی و استفاده از مهار شیمیایی و فیزیکی صحیح مطابق دستور پزشک معالج	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
شکستگی لگن بیمار بعد از سقوط در بخش بستری	عنوان
مددجو آقای ۷۸ساله با شکایت سرفه، خلط، تنگی نفس، تکرر و سوزش ادراری از یک هفته قبل با پای خود و همراه در ساعت ۲۰:۲۹ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۳ به اورژانس مراجعه میکنند. ارتباط کلامی و چشمی برقرار می کند. سابقه بیماری COPD و فشارخون بالا و مصرف داروی لوژارتان و اسپری سالبوتامول دارد. در سطح تریاژ ۱ می باشد. علائم حیاتی اولیه : BP: 180/79 PR: 72 RR: 17 T: 36.3 SPO2: 88% بیمار در اورژانس پذیرش شد. اقدامات اولیه جهت بیمار شامل : مانیتورینگ، سرم تراپی، ارسال آزمایش، ECG، spiral chest CT، تزریق داروی، اکسیژن تراپی با ماسک و چک قند خون ۱۵۳ (BS) انجام شد. در سرویس عفونی بستری شد. OOB در بخش بوده است. بیمار به پزشک معالج در مورد بی خوابی خود در بیمارستان پس از پذیرش در بخش اطلاع می دهد و برای بیمار داروی کلردیازپوکساید شب ها شروع میشود و مجدد روز بعد با آنکال عفونی که بر بالین بیمار حاضر شده درمورد بی خوابی خود صحبت می کند که پزشک آنکال داروی بیمار را عوض کرده و کلونازپام شروع می کند. پس از آن بیمار خواب آلوده می شود و احتمال سقوط دارد که پرستار به خانواده بیمار اطلاع می دهد و دختر بیمار به عنوان همراه در بیمارستان می ماند. در ساعت ۶ صبح بیمار بدون	شرح حادثه



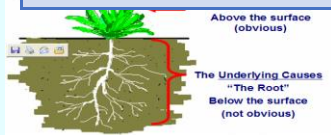
اطلاع به پرستار و همراه خود از کنار بدساید تخت که بالا بوده اقدام به خروج از تخت و رفتن به سرویس بهداشتی می کند که دچار سرخوردگی در نزدیک تخت خود می گردد به گونه ای که دچار هماتوم در پشت سر و خراش بر روی گونه سمت راست و خراش بر روی بینی و درد در ناحیه تروکانتر چپ می شود که بلافاصله با کمک خدمات و کمک پرستار و همراه به تخت باز گردانده می شود و مانیتورینگ قلبی و ریوی می شود به پزشک معالج اطلاع داده می شود و با توجه به آسیب به سر BrainCT و با توجه به درد در ناحیه تروکانتر چپ گرافی از لگن انجام می شود که به اطلاع و رویت پزشک معالج رسانده می شود. در CT سر بیمار آسیب مشاهده نشده است. در شیفت صبح مشاوره ارتوپدی تلفنی و با فرستادن عکس گرافی با آنکال ارتوپدی انجام می شود که نشان می دهد بیمار تصویر خطی مشکوک به شکستگی تروکانتر کوچک فمور در سمت چپ براساس یافته های رادیولوژی دارد و دکتر آنکال ارتوپدی پذیرش جهت اعزام به بیمارستان برای ادامه درمان می دهد. در تاریخ دوم بهمن پس از OK متخصص قلب در لیست اتاق عمل متخصص ارتوپدی قرار می گیرد.	
۱۳. عدم برقراری ارتباط موثر با بیمار / همراه ۱۴. آموزش ناکافی بیمار/ همراه در خصوص نحوه خروج از تخت و اطلاع به پرستار مربوطه ۱۵. عدم آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به بیمار و همراه ۱۶. عدم چک اثربخشی آموزش های ارائه شده به بیماران در طی شیفت های بالینی ۱۷. عدم شناسایی بیمار آسیب پذیر و پرخطر و مراقبت و درمان با شیوه ایمن ۱۸. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر ۱۹. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط ۲۰. عدم انجام اقدامات مراقبتی و درمانی درخصوص پیشگیری از سقوط بیمار ۲۱. عدم مجهز بودن تخت ها به زنگ احضار پرستار ۲۲. عدم در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی و ... جهت جابجایی بی خطر بیمار در شب باتوجه به مطرح بودن احتمال سقوط ۲۳. ساختار فیزیکی نامناسب بخش و عدم رویت تمامی بیماران	علل رویداد حادثه
➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ ارائه آموزش های اثربخش به بیمار و همراه و کنترل اثر بخشی آموزش های ارائه شده در خصوص نحوه فعالیت بیمار، استفاده از زنگ احضار پرستار، دلایل ضرورت بالابودن نرده های کنار تخت، عوارض سقوط بیمار و ... و نظارت سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت ها بر آموزش های ارائه شده ➤ اجرایی نمودن طرح پیشگیری از سقوط از طریق حساس سازی و آموزش کلیه کادر درمانی شامل پرستاران، کمک پرستاران، پزشکان و ... ➤ های لایت کردن احتمال پرخطر بودن سقوط در بیماران مستعد در کاردکس و مطرح کردن شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در تمام تحویل و تحول ها ➤ نظارت بیشتر سوپروایزران بالینی در راندها به وضعیت بالینی بیماران، نحوه ارائه خدمات، نقل و انتقال ایمن بیماران، ارجاع/اعزام ایمن بیماران و... ➤ ارزیابی مکرر بیماران در طول شیفت (بالاخص بیماران پرخطر، اطفال و نوزادان، سالمندان و...) ➤ در دسترس قراردادن وسایل کمکی و کمک حرکتی در نزدیک تخت بیماران با ریسک بالای سقوط جهت جابجایی ➤ آموزش عملیاتی نحوه برقراری ارتباط موثر با بیمار/همراه ➤ پیگیری نصب زنگ احضار پرستار جهت تمامی تخت های بستری ➤ برنامه ریزی جهت قرار دادن بیماران با شرایط High Risk) با توجه به سن بالا و بیماری زمینه و احتمال سقوط از تخت (به اتاق های نزدیک استیشن پرستاری ➤ تدابیر لازم جهت کوتاه شدن مدت زمان اقامت بیمار در بیمارستان در صورت صلاحدید پزشک معالج	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



عنوان	فوت بیمار بدنبال عدم تشخیص به موقع و انجام اقدامات درمانی
شرح حادثه	بیمار آقای ۳۵ ساله که در تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۱۵ در ساعت ۲۰:۵۳ توسط پرسنل ۱۱۵ به اورژانس بیمارستان انتقال داده شده است. بیمار هوشیار بوده و در مرکز فیزیوتراپی (خارج از بیمارستان) دچار faint شده است و سپس توسط ۱۱۵ انتقال داده میشود. بیمار تعریق سرد و درد قفسه سینه و تنگی نفس داشته است. طبق اظهارات همراه در هنگام ورزش دچار پارگی رباط زانوی پای راست شده و ادم داشته و تحت فیزیوتراپی قرار داشته است. سابقه ای از بیماری و مصرف دارو را ذکر نکرده. علائم حیاتی کنترل شد (Spo2:88% -T:37-PR:128-Bp:80/60-RR:19). بلافاصله تحت اکسیژن تراپی قرار گرفته و سچوریشن بیمار به ۹۸٪ رسیده است. CBR بوده و خط وریدی دوم توسط پرسنل تعبیه شده است. ECG در ساعت ۲۰:۵۳ اخذ و به رویت پزشک رسیده است. آزمایشات در ساعت ۲۰:۵۸ به آزمایشگاه ارسال شده است. (CBC-BS-BUN-Cr-CPK-CPK.MB-Na -K-Troponin-D.DIMER). بیمار از درد قفسه سینه شکایت داشته و در مانیتورینگ نیز تاکیکارد بوده که طبق دستور پزشک قرص متورال دریافت کرده است. مددجو در ساعت ۲۲:۱۰ تاکیکارد بوده (HR:120) که طبق دستور پزشک مجدد متورال داده شده است. جواب آزمایشات در ساعت ۲۲:۵۵ آماده و ضمیمه پرونده گردیده است. (WBC:11.5-BS:264-BUN:46-CPK:485-CPK MB:37-D.DIMER:+) . بلافاصله آزمایشات به رویت پزشک معالج رسیده است و ایشان فرموده اند با توجه به تروپونین منفی بیمار جهت انجام سیتی ریه و مغز به رادیولوژی منتقل گردد. در ساعت ۲۳:۵۳ سیتی بیمار انجام شده که طبق نظر پزشک نرمال بوده است. در ساعت ۰۱:۰۰ مجدد از بیمار تروپونین چک که منفی بوده است. در ساعت ۰۱:۳۰ بدلیل شکایت بیمار از تنگی نفس و درد قفسه سینه پزشک دستور تزریق میدازولام و مصرف کوکتل دادند که اجرا شد ولی بیمار همچنان از درد قفسه سینه شکایت داشته است. پزشک اظهار داشته اند احتمالاً این وضعیت بیمار بدلیل علائم عصبی می باشد و به دستور ایشان در ساعت ۰۲:۲۰ آمپول آپوتل تزریق گردید. با توجه به عدم بهبودی بیمار طبق دستور پزشک در ساعت ۰۳:۳۰ بیوپرولول تجویز و اجرا گردیده است. در ساعت ۰۴:۳۰ پزشک متوجه D.DIMER+ بیمار شده است و درخواست مشاوره قلب شده است. در ساعت ۰۴:۴۵ با آنکال داخلی بیمارستان تماس گرفته شد و بیان نمودند با توجه به وزن بالای بیمار (۱۰۰ کیلوگرم) جهت بیمار آمپول انوکسپارین تزریق شود که ساعت ۰۴:۴۵ اجرا شده است. بیمار تعریق سرد داشته و سچوریشن به ۸۰٪ رسیده، طبق نظر پزشک آمپول دیازپام تزریق شده. مجدد توسط سوپروایزر با بیمارستان نیز تماس گرفته شد که پاسخگو نبودند. با ستاد هماهنگ شده و بیان شده با طرح معین به مرکز قلب اعزام گردد. در ساعت ۰۵:۰۵ بیمار دچار افت فشار (۸۰/۵۰) و سچوریشن ۷۰٪ و ضربان قلب ۵۰ شد. بلافاصله ۲ عدد آتروپین تزریق و کد ۹۹ اعلام میشود. عملیات احیا انجام گردیده است. هپارین و رتپلاز نیز تزریق و تا ساعت ۰۶:۱۰ عملیات احیا بطول انجامید ولی متأسفانه ریتم قلبی برنگشته است و فوت اعلام میگردد. جنازه به پزشکی قانونی انتقال داده میشود.
علل رویداد حادثه	۱. عدم حساسیت و توجه کافی تیم درمان (پزشک و پرستار) به علائم هشدار دهنده و تغییرات وضعیت بالینی بیمار ۲. عدم تشخیص صحیح و انجام اقدامات درمانی در زمان مناسب و موثر در خصوص بیمار ۳. عدم توجه و دقت کافی پزشک معالج به علائم بالینی و نتایج آزمایشات (با توجه به نتیجه D-Dimer + در ساعت ۲۲:۵۴، اقدامات درمانی در این خصوص از ساعت ۰۴:۳۰ آغاز شده است) ۴. عدم اطلاع صحیح پرسنل آزمایشگاه از فرآیند پیگیری و اعلام نتایج مقادیر بحرانی ۵. عدم درخواست مشاوره قلب و داخلی در زمان مناسب با توجه به درد قفسه سینه و تنگی نفس و عدم بهبودی علائم علیرغم درمان های انجام شده (از ساعت ۰۴:۳۰ به بعد درخواست انجام مشاوره ها صورت گرفته) ۶. توجه و آگاهی پایین تیم درمان در خصوص روند تشخیص و درمان در آمبولی ریوی، اقدامات درمانی صحیح در موارد اورژانسی، دستورالعمل های اعتباربخشی



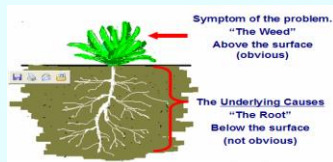
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی در خصوص بیماری های قلب و عروق بالاخص (آمبولی ریوی) و تفسیر الکتروکاردیوگرام جهت کلیه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش اورژانس و سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ آموزش عملیاتی گروه های پرستاری در خصوص گذاشتن صحیح تشخیص های پرستاری، انجام اقدامات درمانی صحیح با توجه به وضعیت بالینی بیمار و...، سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ اصلاح فرآیند اطلاع رسانی و... مقادیر بحرانی در بیمارستان مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و آموزش موثر پرسنل آزمایشگاه و سایر گروه های هدف ➤ تدوین پروتکل در خصوص تشخیص و درمان آمبولی ریوی مطابق گایدلاین های طبابت بالینی و با همکاری گروه تخصصی قلب و عروق دانشگاه
عنوان	فوت بیمار بدنبال عدم تشخیص به موقع و انجام اقدامات درمانی
شرح حادثه	بیمار آقای متولد ۱۳۳۹ مورخ ۰۲/۰۸/۲۱ در ساعت ۱۶:۳۸ بصورت شخصی و بدنبال درد قفسه سینه و پشت به اورژانس بیمارستان مراجعه و در سطح ۳ تریاژ قرار میگیرد. علائم حیاتی به شرح: BP:189/109, PR:60, RR:18, T:37, SPO2:97% بوده است. بیمار بصورت سرپایی پذیرش شده است. توسط پزشک عمومی اورژانس ویزیت و ECG اخذ و به رویت میرسد. تروپونین چک شده است و منفی بوده است و بصورت سرپایی ترخیص می گردد. در ساعت ۱۸:۱۵ حین خروج از بخش اورژانس در کنار درب ورودی اورژانس و تریاژ دچار کاهش سطح هوشیاری و سقوط همتراز شده است. پس از حضور بر بالین، بیمار فاقد علائم حیاتی و سیانوتیک بوده است که کد ۹۹ اعلام و بیمار به اتاق CPR انتقال و بلافاصله ماساژ قلبی آغاز و تحت مانیتورینگ قرار میگیرد. با لوله تراشه شماره ۷.۵ اینتوبه میشود و تهویه با آمبویگ انجام میشود. حین انجام عملیات احیا ۳ نوبت شوک به میزان ۲۰۰، ۲۵۰ و ۳۰۰ دریافت میکند و در نهایت در ساعت ۱۸:۵۵ ختم عملیات اعلام و جسد به سردخانه منتقل میشود. جواب آزمایشات: Troponin:negative - CPK-MB: 15.8
علل رویداد حادثه	۱. عدم تعیین سطح تریاژ بیمار طبق دستورالعمل های ابلاغی (بیمار با درد قفسه سینه و پشت و علائم حیاتی مختل جزء بیمار پرخطر و سطح ۲ می باشد) ۲. عدم تشکیل پرونده و تحت نظر قراردادن بیمار پرخطر (بیمار بصورت سرپایی پذیرش شده است) ۳. عدم آگاهی و عملکرد ضعیف پرسنل (پزشک و پرستار) در خصوص نحوه برخورد با بیماران قلبی ۴. عدم انجام تریاژ مجدد توسط پزشک اورژانس و پرستار سرپایی ۵. عدم ارائه مراقبت های تشخیصی و درمانی مطابق پروتکل های علمی ۶. عدم تعامل و برقراری ارتباط مناسب بین تیم درمان (پزشک و پرستار) ۷. عدم انجام اقدامات صحیح و به موقع در خصوص احیا قلبی ریوی بیمار ۸. تزریق داروی NSAID بدون اندیکاسیون در بیمار ۹. عدم نظارت مسئول شیفت بر نحوه ارائه خدمات درمانی در قسمت سرپایی اورژانس ۱۰. عدم کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار حین ترخیص ۱۱. عدم حساسیت و توجه کافی تیم درمان (پزشک و پرستار) به علائم هشدار دهنده (درد قلبی، علائم حیاتی و نوار قلب) و تغییرات وضعیت بالینی بیمار ۱۲. عدم تشخیص صحیح و انجام اقدامات درمانی در زمان مناسب و موثر در خصوص بیمار
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی در خصوص بیماری های قلب و عروق بالاخص و تفسیر الکتروکاردیوگرام جهت کلیه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش اورژانس و سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ آموزش عملیاتی گروه های پرستاری در خصوص گذاشتن صحیح تشخیص های پرستاری، انجام اقدامات درمانی صحیح با توجه به وضعیت بالینی بیمار و...، سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی



	➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی در خصوص دستورالعمل های تریاژ بیمارستانی، اولویت بندی صحیح بیماران و احیاء قلبی ریوی پیشرفته جهت کلیه کادر بالینی و سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ ضرورت نظارت مستمر بر فرآیندهای اورژانس توسط مدیران میانی، سرپرستار، مسئولین شیفت های بالینی و سوپروایزران بالینی ➤ برگزاری مانورهای آموزشی عملیاتی در خصوص نحوه تریاژ، اولویت بندی بیماران، تشخیص و درمان بیماران اورژانسی با استفاده از بیمارنا و ضرورت بررسی فرآیندهای مشکل دار، اصلاح موارد و کنترل اثربخشی آموزش های داده شده بصورت مستمر ➤ ضرورت گزارش تمام موارد NEVER EVENT مطابق شیوه نامه ابلاغی ➤ ضرورت تشکیل کارت اورژانس جهت بیماران سطح ۱، ۲ و ۳ تریاژ و لزوم ثبت کامل و دقیق فرم های تریاژ بیماران سطح ۴ و ۵ (دستورات پزشک و گزارش پرستار) ➤ ضرورت تحت نظر قرار دادن بیماران سطح ۲ و ۳ تریاژ (مطابق پروتکل های ابلاغی) ➤ لزوم انجام تریاژ مجدد بیماران توسط پزشکان و پرستاران اورژانس مطابق دستورالعمل های ابلاغی
عنوان	کاهش سطح اکسیژن و هوشیاری کودک حین جراحی آدنوتانسلیکتومی
شرح حادثه	بیمار کودک ۴ ساله در تاریخ ۱۹/۱۰/۰۲ به همراه پدر و مادر جهت جراحی آدنوتانسلیکتومی به مرکز جراحی محدود مراجعه و در ساعت ۰۹:۳۰ در بخش بستری شده است. ارتباط بخوبی برقرار کرده. تهوع و استفراغ و تنگی نفس نداشته است. حساسیت دارویی و غذایی ندارد. علائم حیاتی کنترل و به شرح: BP:100/70- PR:100- T:36.5 W:27kg. ساعت ۱۵:۱۰ به اتاق عمل منتقل شد. مانیتورینگ بیهوشی برقرار شده. راه وریدی با آنژیوکت آبی از دست چپ گرفته شد. اکسیژن تراپی و سرم تراپی انجام شد. توسط پزشک بیهوشی تحت G/A قرار گرفته. قبل از اینتوبه علائم به شرح: HR:120- BP:110/60- SPO2:98% بوده است و حین عمل SPO2:88% رسید به اطلاع متخصص بیهوشی رسانده شد. متخصص بیهوشی طی جراحی بالای سر بیمار حضور داشتند. در پایان عمل SPO2:68% رسید و متخصص بیهوشی اقدامات لازم را انجام و به همراه پزشک و دو کارشناس بیهوشی و آمبولانس به بیمارستان منتقل شد. علائم حیاتی قبل از جراحی: BP:110/70- T:36.9- PR:101- RR:19. آزمایشات: Hb:11.6- HCT:35.9- plt:288- ESR:15- CRP:0.8- PT:13- PTT:35- INR:1
علل رویداد حادثه	۱. شروع عمل جراحی علیرغم افت سطح اکسیژن به میزان ۸۸٪ پس از اینتوباسیون و انجام پرپ و درپ ۲. ادامه عمل جراحی علیرغم افت زیاد سطح اکسیژن در اواسط جراحی ۳. عدم انجام پره آپ صحیح قبل از عمل جراحی مطابق دستورالعمل (ارزیابی و شرح حال گیری صحیح توسط جراح- مشاوره بیهوشی مطابق دستورالعمل) ۴. عدم استفاده از کاپنوگراف علیرغم مکاتبات و تذکرات متعدد ۵. عدم تنظیم صحیح تنظیمات ماشین بیهوشی (حجم دستگاه و ...) براساس پروتکل ۶. عدم ثبت دقیق و کامل گزارشات کارشناسان بیهوشی، اتاق عمل و جراح معالج در پرونده ۷. تنظیم نبودن ساعت و تاریخ دستگاه ها و تجهیزات اتاق عمل ۸. عدم ثبت علائم حیاتی حدود ۱۰ دقیقه بر روی مانیتور بیمار (از ۱۱:۴۹ تا ۱۱:۵۹) ۹. عدم تجهیز مرکز جراحی محدود به یک دستگاه ونتیلاتور و عدم امکان ارائه مراقبت های ویژه تا زمان انتقال به بیمارستان
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ نظارت برانجام پره آب صحیح تمامی بیماران قبل از عمل جراحی (انجام مشاوره بیهوشی- اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج و...) ➤ تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح و دقیق توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ تاکید و نظارت برانجام ارزیابی لازم و عملکرد تیم جراحی و بیهوشی مطابق دستورالعمل جراحی ایمن (قبل از القاء بیهوشی به بیمار، قبل از برش پوست بیمار و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل) ➤ لزوم تعامل بیشتر متخصص بیهوشی و پزشک جراح با یکدیگر ➤ استفاده از کاپنوگراف در اعمال جراحی بالاخص جراحی سر و گردن ➤ انجام جراحی براساس دستورالعمل های علمی و پروتکل های علمی توسط جراحان و متخصصین بیهوشی ➤ تجهیز مراکز جراحی محدود به یک دستگاه ونتیلاتور و عدم امکان ارائه مراقبت های ویژه تا زمان انتقال به بیمارستان



عنوان	➤ نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت بر تنظیم ساعت و تاریخ تمامی تجهیزات موجود در مرکز بصورت روزانه
شرح حادثه	عدم تشخیص صحیح و انجام اقدامات درمانی مناسب
	مددجو خانم متولد ۱۳۴۸/۰۱/۰۲ در تاریخ ۱۴۰۲/۰۸/۲۷ در ساعت ۱۳:۰۴ با شکایت ضعف و بیحالی و تهوع و سرگیجه با علائم حیاتی BP:110/70, PR: 80, RR:18, T:37 و SPO2: 98% مراجعه کرده است. در سطح ۲ تریاژ قرار گرفته . سابقه CABG را ذکر میکند. توسط پزشک عمومی ویزیت و آزمایشات CBC, BUN, Cr, Na, k, ESR, CRP, AST, ALT, ALKP, BS, troponin, cpk MB, cpk, Bill, Amylaz ارسال می گردد. سرم و آمپول اندانسترون و پنتو پرازول طبق دستور تزریق می گردد. قندخون با گلوکومتر چک و ۳۲۰ گزارش می گردد. مددجو ساعت ۱۳:۳۰ تحویل عصرکار می شود. جواب آزمایشات ۱۴:۴۴ دریافت و به رویت پزشک می رسد. HB:13.2 BS:227, URE : 48 گزارش شده است. طبق دستور پزشک VBG ارسال و ۵ واحد انسولین رگولار تزریق شده است. Chest ct, ECG انجام و به رویت پزشک می رسد. طبق گزارش پرستار مسئول بیمار در قسمت تحت نظر مددجو سابقه مصرف آسپرین و وارفارین را ذکر کرده است. طبق اظهار همراه و بیمار از دو ماه پیش جهت انجام آزمایش مراجعه نکرده است. سابقه تعویض دریچه ۱۵ سال پیش نیز ذکر شده است (این اطلاعات در ابتدا به دلیل عدم حضور همراه مطلع ذکر نشده و پس از حضور همراه دیگر مطرح شده است). تهوع و استفراغ بیمار از سه روز پیش شروع شده و به هیچ مرکزی مراجعه نکرده است. پزشک اورژانس در شرح حال بیمار شکایت ضعف و بی و حالی، تب و لرز، سردرد و تهوع و استفراغ های مکرر که از شب گذشته شروع شده و مصرف وارفارین و آسپرین را ذکر نموده است. در سابقه دیابت و هایپرنتشن نداشته است. ساعت ۱۵:۲۰ پزشک اورژانس تلفنی با متخصص آنکال داخلی تماس و شرح حال بیمار به اطلاع ایشان رسیده و در سرویس داخلی با تشخیص پنومونی بستری گردیده است. بیمار در ساعت ۱۶:۳۰ هوشیار و با BS: 200, GCS: 15/15 تحویل بخش می گردد. در دستورات بخش آمپول هپارین به صورت BD و چک INR,PTT,PT فردا صبح درخواست شده است. ساعت ۱۸:۳۰ پرستار مسئول T INVERT در سه لید V1, V2, V3 و تهوع و استفراغ بیمار را به اطلاع متخصص داخلی می رساند. درخواست مشاوره تلفنی قلب می گردد. ساعت ۱۸:۳۵ با متخصص قلب تماس و شرح حال بیمار اطلاع می گردد. درخواست چک تروپونین و نوار قلب در دو نوبت (۶-۰) و چک PT, PTT میگردد . ۱۸:۵۰ مجدد با متخصص داخلی تماس و مشاوره تلفنی قلب به اطلاع ایشان می رسد. دستورات مشاوره قلب اجرا، هپارین DIS و قرص وارفارین 7.5 میلی گرم و آسپرین روزانه order می گردد. پرستار مسئول جهت تزریق آمپول هپارین تا آماده شدن جواب آزمایش pt, ptt, INR منتظر و هپارین تزریق نشده است. ساعت ۱۹ همراه بیمار به پرستار اطلاع میدهد که بیمار به خواب عمیق فرو رفته و به صدا پاسخ نمی دهد. پرستار بر بالین بیمار حاضر و متوجه کاهش سطح هوشیاری بیمار می گردد. بیمار به صدا پاسخ نداده و با تحریک فلکسیون اندام مشاهده شده است.مردمک ها واکنش به نور نداشته و چشم راست میدریاز و چشم چپ میوز بوده است..BP: 160/90, PR:88 گزارش شده است. Brain ctscan و مشاوره بیهوشی درخواست و متخصص بیهوشی ساعت ۱۹:۳۰ بر بالین بیمار حاضر و درخواست VBG, PT,PTT و BRAIN CT و مشاوره نورولوژی و نوروسرجری و ICU ADMIT می گردد. مددجو ۱۹:۳۰ به ICU منتقل و اینتوبه می گردد. ساعت ۲۰:۲۲ جواب آزمایش INR: 6, PTT: 79, PT:32 گزارش شده است. ساعت ۲۰:۳۰ بیمار با ونتیلاتور پرتابل و پس از اجازه متخصص بیهوشی به رادیولوژی منتقل و طبق گزارش متخصص بیهوشی ICH وسیع در بطن مغزی مشاهده می شود. ساعت ۲۰:۳۵ با متخصص داخلی تماس و جواب آزمایش به اطلاع ایشان می رسد. دستور تزریق دو واحد FFP و وارفارین HOLD میشود. همچنین درخواست تزریق دو واحد کرایو به همراه دو واحد FFP شده است. ساعت ۲۳ با متخصص نوروسرجری تماس و شرح حال بیمار داده و بیان نمودند در صورت STABLE بودن از نظر قلب مددجو جهت مشاوره حضوری ارجاع به سانتر جراحی اعصاب شود. طی تماس تلفنی با متخصص قلب فرمودند قابل انتقال به خارج از مرکز نمی باشد. ساعت ۱۵ تاریخ ۲۸/۰۸/ مشاوره تلفنی نوروسرجری انجام و بیان نمودند در حال حاضر جراحی کمکی به بیمار نمی کند. بیمار در طول بستری ۱۵ واحد ffp, ۵ واحد پلاکت و ۴ واحد کرایو و ۱ واحد پک سل دریافت کرده است. ساعت ۱۲ تاریخ ۰۸/۲۸ کوردیناتور



	اهداء عضو بر بالین بیمار حاضر و تشخیص ICH , IVH و مرگ مغزی را تایید و اقدامات لازم جهت اهداء عضو انجا می گردد و بیمار تاریخ ۰۸/۳۰ جهت اهداء عضو منتقل شد.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پرستار تریاژ اعم از بیماری های زمینه ای و داروهای مصرفی ۲. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح توسط پزشک اورژانس و پرستار در واحد تحت نظر اورژانس به داروهای مصرفی و بیماری های زمینه ای و شکایت اصلی بیمار ۳. عدم توجه و دقت به عدم مراجعه بیمار جهت انجام آزمایشات دوره ای با توجه به مصرف وارفارین ۴. عدم توجه به نوار قلب بیمار و انجام اقدام درمانی مناسب و صحیح ۵. عدم درخواست BRAIN CT از ابتدای مراجعه با توجه به شکایت سردرد و سرگیجه ، تهوع و استفراغ که از سه روز پیش شروع شده است ۶. عدم ارسال آزمایش PT,PTT,INR با توجه به مصرف آنتی کوagulانت ۷. عدم اطلاع به متخصص داخلی جهت حضور بر بالین جهت ویزیت بیمار با توجه به حضور متخصص تا ساعت ۱۴ در کلینیک ۸. عدم ارائه شرح حال کامل با ذکر داروهای مصرفی به پزشک متخصص داخلی با تاکید به مصرف وارفارین و شکایت بیمار توسط پزشک اورژانس ۹. عدم حضور متخصص داخلی در بخش جهت ویزیت بیمار علیرغم بستری در سرویس داخلی (تمامی دستورات تلفنی می باشد) ۱۰. عدم توجه و ارزیابی کامل بیمار توسط پرستار بخش و ارائه شرح حال و داروهای مصرفی به پزشک معالج ۱۱. عدم انجام مشاوره های بیمار بصورت حضوری (تمامی مشاوره ها بصورت تلفنی انجام شده) ۱۲. عدم انجام اقدامات درمانی مناسب براساس پروتکل ها و گایدلاین های علمی
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح و دقیق توسط پزشک و پرستار (توجه دقیق به بیماری های زمینه ای، علائم بالینی، داروهای مصرفی و...) ➤ برگزاری مانورهای آموزشی عملیاتی درخصوص بیماری های مغز و اعصاب (اورژانس های نرولوژی و نوروسرجری)، قلب و عروق بالالخص و تفسیر الکتروکاردیوگرام جهت کلیه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش اورژانس و سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ آموزش عملیاتی گروه های پرستاری درخصوص گذاشتن صحیح تشخیص های پرستاری، انجام اقدامات درمانی صحیح با توجه به وضعیت بالینی بیمار و... ، سنجش اثربخشی آموزش های برگزار شده از طریق اجرای سناریوهای بالینی ➤ ضرورت نظارت مستمر بر فرآیندهای اورژانس توسط مدیران میانی، سرپرستار، مسئولین شیفت های بالینی و سوپروایزران بالینی ➤ لزوم انجام مشاوره های تخصصی اورژانسی و غیراورژانسی توسط گروه های تخصصی مطابق دستورالعمل و بصورت حضوری بربالین و نظارت مسئول فنی و مدیران میانی بر انجام مشاوره بصورت حضوری و در زمان مناسب ➤ در دسترس بودن آخرین گایدلاین ها و دستورالعمل ها در اختیار پزشکان جهت استفاده در تشخیص و درمان بیماران ➤ ارائه شرح حال کامل توسط پزشک اورژانس به پزشکان مشاوره دهنده ➤ ابلاغ لزوم انجام ویزیت بربالین بیماران در بخش توسط سرویس بستری کننده و نظارت مسئول فنی و مدیران میانی بر این امر و جلوگیری از دستورات تلفنی خارج از دستورالعمل
عنوان	فوت کودک بدنبال واکنش آنافیلاکسی
شرح حادثه	بیمار کودک ۱۰ ساله مورخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۷ ساعت ۲۲:۱۲ به همراه مادر و بدنبال سرماخوردگی به اورژانس مراجعه و در سطح ۴ تریاژ قرار گرفته و مطابق برگه تریاژ ثبت شده، سابقه حساسیت دارویی و غذایی ندارد. کودک به همراه مادر در ابتدا در ساعت ۱۱ صبح به کلینیک اطفال مراجعه نموده (با تظاهرات بالینی: آبریزش بینی، اگزودای حلق، گوش درد و گلو درد) و در شرح حال اخذ شده، مادر کودک اشاره به حساسیت دارویی در کودک نموده است و اصرار به دریافت داروهای تزریقی داشته است ولی متخصص اطفال به تجویز داروهای خوراکی بسنده نموده است (شربت دیفن هیدرامین، شربت استامینوفن، شربت آموکسی سیلین، شربت کتوتیفن). کودک به همراه مادر مجدداً در شیفت شب جهت ویزیت مجدد مراجعه و اصرار به تجویز داروی تزریقی داشته است و پزشک اورژانس داروی



تزریقی کتورولاک و بتامتازون تجویز و در ساعت ۲۲:۵۹ برای کودک تزریق و بیمارستان را ترک میکنند و در ساعت ۲۳:۴۵ کودک بصورت سیانوز مرکزی و بدون نبض و تنفس و داشتن میدریاز دوپل توسط همراهان به بیمارستان انتقال داده میشود. کودک تحت عملیات احیای قلبی ریوی قرار گرفته و مطابق مستندات پرونده دوم، در ابتدا کارهای اولیه شروع و با آمبویگ تنفس برای بیمار انجام و بلافاصله بیمار توسط متخصص بیهوشی اینتوبه شده و تحت تهویه با آمبویگ قرار گرفته و ماساژ قلبی شروع شده. ریتم قلبی بیمار آسیستول بوده است و ماساژ قلبی و اپی نفرین انجام و پس از ۴۵ دقیقه از انجام عملیات احیاء، ختم عملیات اعلام و بیمار فوت شده است. (اقدامات انجام شده: اینتوبه، ماساژ قلبی، سرم نرمال سالین، آمپول اپی نفرین، آمپول آتروپین، دفیبریلاسیون 200 ژول). مطابق اظهارات مادر کودک حساسیت شدید به داروی ایبوپروفن داشته است و مورخ ۱۴۰۲/۰۱/۰۲ و ۱۴۰۲/۰۹/۰۳ بدنبال شوک آنافیلاکسی از همین مرکز به مرکز آموزشی کودکان اعزام و در بخش PICU بستری شده است	
۱. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح توسط پرستار تریاژ و پزشک اورژانس ۲. عدم تکمیل پرونده تریاژ بیمارمان سطح ۴ و ۵ توسط پرستار و پزشک اورژانس ۳. نظارت ضعیف سوپروایزران بالینی و تیم مدیریتی بر عملکرد واحد تریاژ و اورژانس ۴. عدم ایجاد قابلیت ثبت سوابق حساسیت دارویی بیمارمان در سیستم علیرغم مکاتبات انجام شده ۵. عدم داشتن اندیکاسیون تزریق داروی کتورولاک و بتامتازون برای بیمار ۶. انجام غیر علمی عملیات احیاء قلبی ریوی توسط تیم احیاء بیمارستان ۷. عدم آموزش موثر و نگه داشتن بیمار چند دقیقه پس از تزریق و پایش وضعیت بالینی بیمار (ترک بیمار بلافاصله پس از تزریق از بیمارستان) ۸. عدم شفاف بودن تغییر داروهای بیمار به شکل تزریقی، علیرغم ویزیت بیمار در شیفت صبح توسط متخصص اطفال و مراجعه مجدد در شیفت شب (بدون تغییر در وضعیت بالینی کودک نسبت به صبح) ۹. ثبت ناقص شرح وضعیت بالینی و علائم بیمار (از لحاظ علائم شوک آنافیلاکسی)، گزارش و اقدامات در پرونده توسط پزشک و پرستار	علل رویداد حادثه
➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی و کارگاهی درخصوص احیاء قلبی ریوی پایه و پیشرفته کودکان، بزرگسالان، نوزادان و مادران باردار جهت تمامی گروه های درمانی مرتبط در بیمارستان (بالاخص پرسنل بخش اورژانس) و ضرورت سنجش اثربخشی آگاهی و عملکرد پرسنل در فواصل زمانی مشخص و برنامه ریزی درخصوص جایگذاری نیروها و ... در بخش ها باتوجه به سنجش انجام شده ➤ ضرورت اصلاح فرآیندهای تریاژ و اورژانس بیمارستان و نظارت ویژه سوپروایزران بالینی و تیم مدیریتی بر نحوه پذیرش، اخذ شرح حال گیری صحیح و انجام اقدامات درمانی توسط تیم درمان در بخش اورژانس ➤ ضرورت آموزش عملیاتی و نظارت موثر بر ثبت صحیح اطلاعات، شرح حال، اقدامات انجام شده و ... در پرونده بیمارمان توسط پزشکان و کادر پرستاری. همچنین لزوم ارائه بازخورد به پرسنل در جهت اصلاح موارد و ثبت صحیح در پرونده ➤ ضرورت پیگیری درخصوص تعریف قابلیت ثبت سوابق حساسیت دارویی بیمارمان ➤ ضرورت بررسی رندوم پرونده ها در بخش اورژانس و کنترل اندیکاسیون داروهای تجویزی برای بیمارمان از لحاظ علمی و درصورت وجود عدم اندیکاسیون در تجویزها، برگزاری کمیته علمی و آموزش علمی درخصوص بیماری و ... مطروحه ➤ ضرورت تاکید و نظارت بر پایش و بررسی وضعیت بالینی بیمارمان سرپایی پس از انجام تزریقات (سرم تراپی، تزریقات و...) توسط پرستار قسمت سرپایی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
تزریق اشتباه یک واحد خون	عنوان
بیمار آقای ۶۸ ساله مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ با شکایت زخم پای دیابتی و هایپرگلیسمی در ساعت ۲۲:۰۱ به اورژانس بیمارستان مراجعه نموده است، بیمار سابقه دیابت داشته است. انگشت پای چپ به طور کامل زخم بوده است که عمق زخم نامشخص و دارای ترشحات و خونریزی بوده است. در تحت نظر یک اورژانس با سطح تریاژ ۲ بستری شده. توسط پزشک متخصص طب اورژانس ویزیت شده	شرح حادثه



است. آزمایشات اولیه در اورژانس ارسال و گرافی پای چپ در اورژانس انجام شده است. پس از مشاوره با متخصص عفونی و اخذ شرح حال بیمار توسط ایشان در سرویس متخصص عفونی در بخش بستری شده است. مشاوره جراحی با پزشک مرکز انجام شده است. طبق نظر پزشک جراح مرکز احتمال آمپوتاسیون انگشت پای بیمار وجود داشته است و از طرف ایشان مشاوره پزشکی قانونی درخواست شده است. مشاوره پزشکی قانونی نیز در مرکز دیگری انجام شده است و آمپوتاسیون انگشت پای بیمار بلامانع اعلام شده است. مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۴ توسط متخصص عفونی ویزیت و با توجه به اینکه آماده OR روز بعد بوده است و HB:7/7 داشته است درخواست تزریق دو واحد P.C شده. نمونه جهت کراس مچ از بخش به آزمایشگاه ارسال و گروه خونی بیمار B منفی گزارش و یک واحد P.C با گروه خونی B منفی برای بیمار ترانسفوزیون گردیده است. ساعت ۱۵:۱۵ تزریق شروع و ساعت ۱۸:۴۵ به پایان رسیده است و فاقد عارضه بوده است. همکار شیفت بعد جهت تزریق واحد دوم نمونه CBC ارسال نموده اند که گروه خونی بیمار O- گزارش شده است و از تزریق واحد دوم جلوگیری شده است. بیمار با گروه خونی O- یک واحد P.C با گروه خونی B- دریافت نموده است. ساعت ۲۳:۰۰ بیمار دچار تب و لرز شده است. بیمار بلافاصله به ICU منتقل شده است GCS:15/15 داشته. و تحت مراقبت و درمان قرار گرفته است.	
۱. عدم شناسایی صحیح بیمار مطابق دستورالعمل ۲. عدم لیبل گذاری صحیح نمونه ارسال شده از بخش به آزمایشگاه ۳. تحویل و تحول بدون شناسایی، توسط فرد تحویل گیرنده نمونه آزمایشگاهی فرد ۴. عدم انجام CBC چک قبل از تحویل کیسه خون به بخش توسط پرسنل آزمایشگاه ۵. تحویل کیسه خون به فرد غیرآموزش دیده ۶. عدم پایش مستمر بیمار در پنج دقیقه اول پس از تزریق خون	علل رویداد حادثه
➤ آموزش عملیاتی شناسایی فعال بیماران جهت کلیه کادر درمانی (درمانی و پاراکلینیک) بر بالین و نظارت بر انجام شناسایی فعال بیماران در تمامی قسمت های درمانی بیمارستان مطابق دستورالعمل ➤ آموزش عملیاتی دستورالعمل های تزریق خون و هموویژنلانس به بخش های بالینی و آزمایشگاه و نظارت مسئول بانک خون و سوپروایزران بالینی بر فرآیند ترانسفوزیون خون در بخش ها ➤ تهیه لیبل زن با مشخصات صحیح مطابق دستورالعمل های اعتباربخشی جهت برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاهی، جهت تمام بخش های بالینی (دو شناسه اصلی شناسایی، فرد نمونه گیر، تاریخ و ساعت نمونه گیری، نام بخش) و آزمایشگاه ➤ ابلاغ و تاکید بر پرسنل آزمایشگاه (بانک خون) مبنی بر دریافت نمونه چک مجدد و پس از چک مجدد، تحویل کیسه خون ➤ تدوین پروتکل و ابلاغ به بخش ها درخصوص تاکید بر گرفتن نمونه خون چک مجدد توسط پرستار دیگر بخش (به غیر از پرستار بیمار) ➤ پایش دقیق و مستمر بیمار قبل و حین و پس از دریافت هر واحد فرآورده خونی (خصوصا در ۱۵ دقیقه اول ترانسفوزیون) ➤ فرم های عوارض خون ارسالی از بخش ها به صورت کامل تکمیل شود. ➤ نظارت مسئولین شفیت بر تکمیل بودن فرم عوارض خون و تحویل به موقع به آزمایشگاه و اطلاع به مسئول مربوطه ➤ تدوین پروتکل و ابلاغ به بخش های بالینی و آزمایشگاه درخصوص تحویل کیسه خون به افراد مجاز و آموزش دیده ➤ تهیه دستگاه بارکد خوان برای تمامی بخش های بالینی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

واحد رسیدگی به وقایع ناخواسته درمانی

معاونت درمان

فروردین ۱۴۰۳

