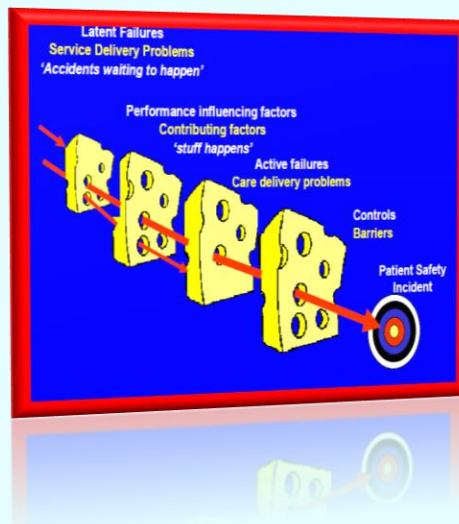




دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

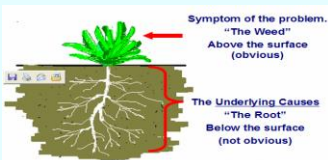
مدیریت نظارت و اعتبار بخشی امور درمان



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

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

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



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

نگروز دست بیمار بدنبال نشت دارو زیر جلد

عنوان

مددجو خانمی ۵۳ ساله در تاریخ ۱۳/۰۷/۱۴۰۲ 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.

شرح حادثه

علل رویداد

حادثه

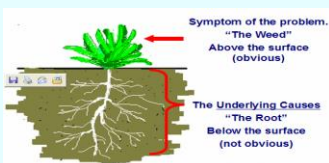
۱. عدم حضور رادیولوژیست در واحد تصویربرداری در زمان تزریق
۲. عدم اطمینان از باز بودن رگ و کنترل محل تزریق حداقل تا نیم ساعت پس از آزمون
۳. عدم احتیاط و نظارت رادیولوژیست در کلیه افراد خصوصاً مراجعین با سابقه بیماریهای زمینه ای خاص مانند بیماران کلیوی و...
۴. عدم قطع مصرف متفورمین ۴۸ ساعت قبل و بعد از تزریق در بیماران دیابتی

اقدامات

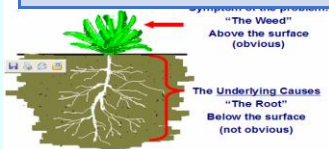
اصلاحی

پیشنهادی

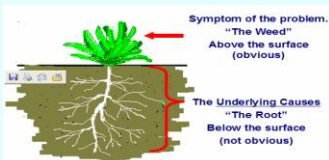
- تزریق هر گونه ماده حاجب با حضور رادیولوژیست (خصوصاً مراجعین با سابقه بیماریهای زمینه ای خاص مانند بیماران کلیوی) و پرسنل خبره و با اطمینان از کامل بودن تجهیزات و داروهای ترالی اورژانس
- باقی ماندن آنژیوکت (باز بودن رگ) و کنترل محل تزریق پس از آزمون
- قطع داروی متفورمین در بیماران دیابتی ۴۸ ساعت قبل 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 توراکس 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 هماتوم 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 هماتوم 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 ۱:۱۵ 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 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.	
۱. عدم ارائه آموزش های اثربخش حین بستری با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیمار ۲. عدم همکاری همراه و بیمار در خصوص آموزش های داده شده ۳. عدم وجود زنگ احضار پرستار در بخش ۴. عدم آگاهی کافی از لزوم و اهمیت ارزیابی عوامل خطر سقوط در بیمار ۵. عدم حضور مستمر پرستاران بر بالین بیماران و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیماران ۶. ناکافی بودن آموزش شرایط تهدید کننده ایمنی به همراه	علل رویداد حادثه
➤ 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	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
جاماندن مامبرن آنژیوکت در دست بیمار	عنوان
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.	شرح حادثه
۱. عدم کنترل دقیق محل از نظر علائم فلبیت 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 فلبیت 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	علل رویداد حادثه



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ کنترل کلیه لوازم و تجهیزات موجود در بخش ها از نظر ایمنی بیمار و گزارش موارد خرابی/معیوب ➤ آموزش موثر عملیاتی دستورالعمل ایمنی مراقبت از کاتتر و اتصالات بیمار به تمامی پرسنل بالاحص پرسنل جدیدالورود ➤ آموزش موثر برقراری ارتباط موثر با بیمار ➤ عدم استفاده از تجهیزاتی که قبلا 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 فلبیت 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 شرح حادثه	سقوط بیمار از تخت 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.
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارائه مراقبتها به شیوه ای ایمن و متناسب بیماران پرخطر و آسیب پذیر با توجه به شرایط آنها ۲. عدم حضور فعال کادر درمان بر بالین بیمار 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 رعایت نکات ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی ۷. عدم حضور و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر شیفت ۸. عدم ارزیابی ریسک سقوط در بیمار و انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 دستبند های 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	
عنوان	
شرح حادثه 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 آسپیراسیون به بخش نورولوژی مردان منتقل گردیده است. مراقبت از زخم در طول بستری (تغییر پوزیشن ، تشک موج 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 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 سرویس ها ترخیص شد. توسط کارشناس زخم ویزیت و نیاز به دبریدمان داشته و تاریخ ۱۴۰۲/۰۷/۲۱ ساعت ۱۱.۳۰ دستور متخصص عفونی به مرکز جراحی به صورت سرپائی ارجاع شد.	
علل رویداد حادثه 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)	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی ➤ 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	



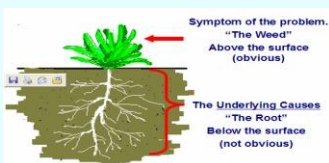
➤ تکمیل دقیق و صحیح پرونده زخم (محل بروز زخم به درستی در پرونده زخم مشخص شود) ➤ اطلاع رسانی هرگونه عدم تغییر در روند بهبود زخم به پزشک معالج ➤ اطلاع رسانی تغییر گرید زخم از ۲ به ۳ و ۳ به ۴ به کارشناس وقایع ناخواسته ➤ ارائه و ادامه مراقبت از زخم تا زمان حضور بیمار در بخش (در بیماران ترخیص نشده) ➤ نظارت 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 نشده ➤ برگزاری دوره های آموزشی برقراری ارتباط موثر با بیماران جهت کلیه 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 نشده 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 نشده و ابلاغ به تمامی پزشکان و کادر پرستاری	
سقوط از تخت و شکستگی تروکانتر	عنوان
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 ICD, DM, HTN 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.	شرح 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)	علل رویداد حادثه
➤ 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 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 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 ➤ 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	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



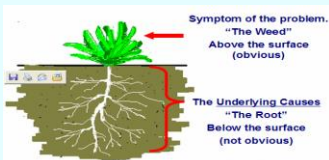
عنوان	فرار بیمار از بخش
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۴ ساله با تهوع و استفراغ توسط ۱۱۵ به مرکز آموزشی درمانی انتقال داده شده. توسط طب اورژانس ویزیت و اقدامات درمانی انجام و مشاوره داخلی درخواست شد. بیمار تاریخ ۱۳/۰۷/۱۴۰۲ ساعت ۵:۳۰ بدون اطلاع اورژانس را ترک نموده. پرسنل حراست متوجه خروج بیمار شدند، اما بیمار 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	۱. عدم ارزیابی مستمر بیمار مستعد فرار ۲. عدم نظارت و پایش صحیح بیماران توسط کارکنان بخش ۳. عدم آگاهی کافی کارکنان از خط مشی بیماران آسیب پذیر (اعتیاد) و اجرائی نمودن آن ۴. 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 در خصوص مسائل قانونی ترک/فرار بیمار از بیمارستان
عنوان	سقوط از روی صندلی
شرح حادثه	بیمار آقای ۵۷ ساله تاریخ ۱۵/۰۷/۱۴۰۲ ساعت ۱۲:۱۹ توسط آمبولانس زندان با بیحسی سمت چپ به مرکز آموزشی درمانی آورده شده است. سابقه old CVA داشته. دلیل 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 کزگرنگی 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.
علل رویداد حادثه	۱. بی احتیاطی در محاسبه زمان خشک شدن محلول کلرگزیدین 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
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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
عنوان	فرار بیمار
شرح حادثه	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



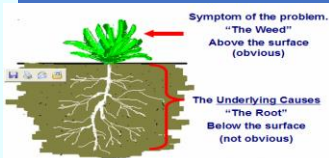
ترک سرباز با همراهان وی تماس گرفته شده که کسی قبول نکرده بر بالین وی حضور یابد و اعلام نموده اند ایشان از طرف خانواده طرد شده است. تمامی موارد توسط پرسنل بخش و نگهبانی صورتجلسه شده و در پرونده موجود میباشد.	
۱. عدم اخذ اطلاعات و آدرس دقیق و ثبت در پرونده ۲. عدم تعیین تکلیف مالی توسط واحد مددکاری پس از 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 پرریسک و انجام صورتجلسه در خصوص بیمار با ریسک فرار ➤ 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	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
سقوط و شکستگی تروکانتر	عنوان
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)	شرح 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	علل رویداد حادثه



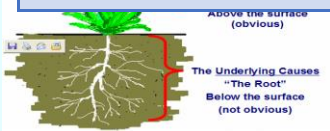
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ آموزش اثربخش به کمک پرستار درخصوص استفاده ی صحیح از تخت های سه شکن، نحوه ی خروج و انتقال ایمن بیمار ➤ تهیه ی واکر به تعداد مورد نیاز بخش جهت استفاده ی بیماران و در دسترس قراردادن جهت بیماران آسیب پذیر و پرخطر ➤ ارزیابی دقیق بیمار توسط پرستار (بررسی نیازهای اولیه) ➤ برقراری ارتباط 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 آژیته 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 مشاوره 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 .
علل رویداد حادثه	۱. نداشتن دستور مهار فیزیکی و یا شیمیایی برای بیمار آژیته از ابتدا توسط پزشک معالج/ پزشک اورژانس ۲. عدم ایزولاسیون بیمار باتوجه به داشتن افکار خودکشی ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و انجام اقدامات درمانی مناسب ۴. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۵. نداشتن بخش روان جهت پذیرش بیماران اعصاب و روان ۶. فضای فیزیکی نامناسب جهت رویت بیماران
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 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



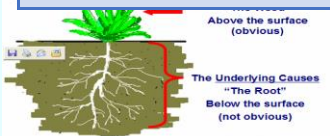
➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق‌های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت‌ها بر نحوه انجام مراقبت‌های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب‌پذیر ➤ استفاده از مهارت‌های فیزیکی و شیمیایی در بیماران آژیته و بیقرار مطابق دستور پزشک معالج	
عنوان	اقدام به خودکشی بیمار در بخش مسمومیت
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 بی‌قرار و آژیته و مردمک میدریاز بوده است. سابقه بیماری و مصرف دارو نداشته. در سطح تریاژ ۲ می‌باشد. 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 مشاوره 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 تماس‌های مکرر بیمار با خانواده در مرکز حاضر می‌شوند و می‌گویند 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 می‌ریزد و می‌خورد که بلافاصله پرستاران به پزشک معالج و اینترن اطلاع داده و به دستور 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.	شرح حادثه
۱. عدم انجام مهارت‌های فیزیکی و یا شیمیایی برای بیمار آژیته باتوجه به داشتن دستور مهارت‌های شیمیایی ۲. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۳. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۴. عدم بررسی‌های روانی قبل از بستری بیمار در بخش باتوجه به اقدام خودکشی اولیه بیمار با قرص ۵. عدم کنترل صحیح بیمار از لحاظ داشتن دارو یا وسایل با احتمال استفاده توسط بیمار برای خودکشی	علل رویداد حادثه
➤ ابلاغ دستور انجام مشاوره‌های روانپزشکی در کلیه بیماران دارای سابقه اختلالات روانی همزمان با بستری ➤ لزوم انجام مهارت‌های فیزیکی / شیمیایی در بیماران بیقرار باتوجه به دستورات پزشک معالج و نظارت سوپروایزران بالینی بر نحوه انجام اقدامات درمانی در بیماران بیقرار ➤ ابلاغ نحوه اندازه‌گیری ریسک خودکشی در بیماران با مشکلات روانی و... و نظارت بر اجرایی نمودن این دستورالعمل توسط مدیران میانی ➤ آموزش اثربخش نحوه اخذ حال‌گیری و ارزیابی صحیح بیمار به دانشجویان پزشکی ➤ ابلاغ مجدد دستورالعمل ویزیت توسط پزشکان معالج و نظارت بر انجام ویزیت بر بالین بیماران توسط پزشکان معالج ➤ طرح ریزی اقدامات درمانی مناسب باتوجه به ارزیابی و شرح حال‌گیری انجام شده جهت جلوگیری از آسیب بیمار ➤ ارزیابی اولیه و شرح حال‌گیری دقیق بیماران آسیب‌پذیر و پرخطر توسط پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار ➤ آموزش اثربخش عملیاتی درخصوص شناسایی صحیح بیماران آسیب‌پذیر و پرخطر و طرح اقدامات درمانی مناسب باتوجه به شناسایی انجام شده	اقدامات اصلاحی پیشنهادی



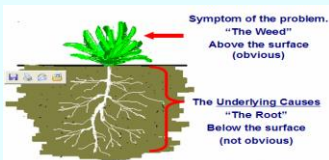
➤ تأیید ترخیص بیماران دارای مشکلات و اختلالات روانی یا بیمارانی که در مشاوره اختلالات روانی آنها به تأیید متخصص روانپزشکی رسیده است، صرفاً توسط متخصص روانپزشکی و پزشک معالج بدون چنین مشاوره ای مجاز به ترخیص بیمار نخواهد بود ➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، کنترل بیمار و جمع آوری وسایل و داروهای همراه، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری	
عنوان	
شرح حادثه 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 ۸:۳۰ 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، 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 اینترن 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.	
علل رویداد حادثه ۱. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۲. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۳. عدم بررسی های روانی پس از هوشیاری در بخش باتوجه به اقدام خودکشی اولیه بیمار با قرص و محرز شدن موضوع ۴. عدم اعلام بیمار مشکل دار به واحد مددکاری و انجام اقدام و پیگیری های لازم توسط مددکار بیمارستان ۵. عدم کنترل محیط بیمار از لحاظ وجود وسایل آسیب رسان و جمع آوری وسایل باتوجه به اقدام به خودکشی اولیه بیمار	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی ➤ 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	



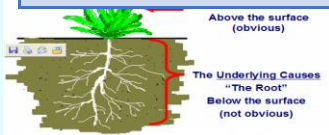
	➤ آموزش عملیاتی نحوه شرح حال گیری، ارزیابی محیط، کنترل بیمار و جمع آوری وسایل و داروهای همراه، انجام اقدامات مراقبتی در بیماران با اختلالات روانپزشکی جهت کادر پرستاری
عنوان	حلق آویز کردن بیمار با ملحفه در بخش مسمومیت
شرح حادثه	مددجو آقای ۲۴ ساله با شکایت مسمومیت با ۲۰ عدد ترامادول با پای خود در ساعت 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 اینترن 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 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.
علل رویداد حادثه	۱. عدم شناسایی صحیح بیماران آسیب پذیر و پرخطر و انجام اقدامات درمانی مناسب ۲. نداشتن بخش روان و اتاق ایزوله روان جهت بستری بیماران با افکار خودکشی ۳. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پزشک معالج و پرستار و انجام اقدامات درمانی مناسب ۴. عدم ارزیابی مقیاس Sad Scale در ثبت گزارش پرستاری ۵. عدم بررسی های روانی قبل از بستری بیمار در بخش و بررسی افکار خودکشی بیمار ۶. نامناسب بودن ساختار فیزیک بخش جهت رویت تمام بیماران
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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



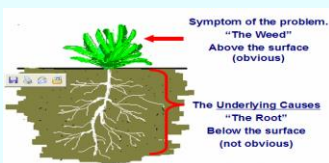
➤ بستری بیماران با سابقه مشکلات روانی در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری و ارزیابی مستمر بیماران در طول شیفت ➤ نظارت سوپروایزران بالینی، مسئولین شیفت ها بر نحوه انجام مراقبت های درمانی و... از بیماران پرخطر و آسیب پذیر ➤ آموزش اثربخش و حساس سازی کافی همراه در خصوص حضور مستمر و اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه تغییر در حالات بیمار ➤ اطلاع رسانی حضور بیمار با سابقه مشکلات روانپزشکی به سوپروایزر کشیک ➤ ایزوله کردن بیماران بافکار خودکشی و استفاده از مهار شیمیایی و فیزیکی صحیح مطابق دستور پزشک معالج	
عنوان	
شرح حادثه 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 میکند. 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، spiral chest CT, ECG، 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 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 همتوم 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 مشاوری 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.	
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 شناسایی بیمار آسیب پذیر و پرخطر و مراقبت و درمان با شیوه ایمن ۶. عدم مراقبت و درمان مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر ۷. عدم ارزیابی ریسک سقوط از تخت و شناسایی بیمار بعنوان بیمار پرخطر از لحاظ سقوط ۸. عدم انجام اقدامات مراقبتی و درمانی درخصوص پیشگیری از سقوط بیمار ۹. عدم مجهز بودن تخت ها به زنگ احضار پرستار ۱۰. عدم در دسترس بودن وسایل کمک حرکتی و ... جهت جابجایی بی خطر بیمار در شب باتوجه به مطرح بودن احتمال سقوط ۱۱. ساختار فیزیکی نامناسب بخش و عدم رویت تمامی بیماران	



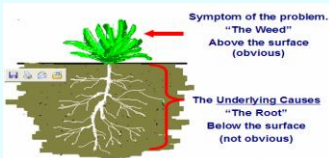
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ ارزیابی و پیش بینی صحیح احتمال خطر سقوط در بیماران با استفاده از معیار موریس (آموزش مجدد مقیاس موریس با تاکید بر اهمیت ارزیابی دقیق بیماران، شناسایی صحیح بیماران پرخطر و استفاده از کدبندی استاندارد دستبندهای شناسایی در بیماران در معرض خطر سقوط مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و...) ➤ 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
عنوان شرح حادثه	فوت بیمار بدنبال عدم تشخیص به موقع و انجام اقدامات درمانی 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 بیوپروپولول 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 انوکساپرین 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.	
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 درخصوص روند تشخیص و درمان در آمبولی ریوی، اقدامات درمانی صحیح در موارد اورژانسی، دستورالعمل های اعتباربخشی	علل رویداد حادثه
➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی درخصوص بیماری های قلب و عروق بالاخص (آمبولی ریوی) و تفسیر الکتروکاردیوگرام جهت کلبه 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 ➤ اصلاح فرآیند اطلاع رسانی و... مقادیر بحرانی در بیمارستان مطابق دستورالعمل اعتباربخشی و آموزش موثر پرسنل آزمایشگاه و سایر گروه های هدف ➤ تدوین پروتکل درخصوص تشخیص و درمان آمبولی ریوی مطابق گایدلاین های طبابت بالینی و با همکاری گروه تخصصی قلب و عروق دانشگاه	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
فوت بیمار بدنبال عدم تشخیص به موقع و انجام اقدامات درمانی	عنوان
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 درنهایت در ساعت ۱۸:۵۵ ختم عملیات اعلام و جسد به سردخانه منتقل میشود. جواب آزمایشات: Troponin:negative - CPK-MB: 15.8	شرح حادثه



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) درخصوص 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 درخصوص 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 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 ➤ برگزاری دوره های آموزشی عملیاتی درخصوص 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 درخصوص 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 ۰۲/۱۰/۱۹ 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 بوده است. W:27kg. ساعت ۱۰:۱۵ 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: SPO2:98%- HR:120- BP:110/60 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 آپ 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 ➤ نظارت سوپروایزران و مسئولین شیفت بر تنظیم ساعت و تاریخ تمامی تجهیزات موجود در مرکز بصورت روزانه
عنوان	عدم تشخیص صحیح و انجام اقدامات درمانی مناسب
شرح حادثه	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. URE : 48 , BS:227 , HB:13.2 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 فلكسیون 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 ۰۸/۲۸ 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 IVH, ICH 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

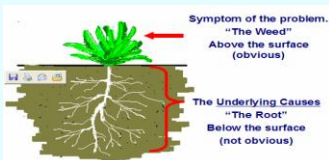
۱. عدم ارزیابی صحیح بیمار توسط پرستار تریاژ اعم از بیماری های زمینه ای و داروهای مصرفی
۲. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح توسط پزشک اورژانس و پرستار در واحد تحت نظر اورژانس به داروهای مصرفی و بیماری های زمینه ای و شکایت اصلی بیمار
۳. عدم توجه و دقت به عدم مراجعه بیمار جهت انجام آزمایشات دوره ای با 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 INR, PTT, PT 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

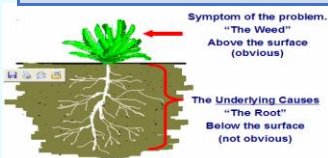
- تاکید و نظارت بر انجام ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح و دقیق توسط پزشک و پرستار (توجه دقیق به بیماری های زمینه ای، علائم بالینی، داروهای مصرفی و...)
- برگزاری مانورهای آموزشی عملیاتی درخصوص بیماری های مغز و اعصاب (اورژانس های نورولوژی و نوروسرجری)، قلب و عروق بالاحص و تفسیر الکتروکاردیوگرام جهت کلیه 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، آگزودای 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 دوبل 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 ۲۰۰ 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
علل رویداد حادثه	۱. عدم ارزیابی و اخذ شرح حال گیری صحیح توسط پرستار تریاژ و پزشک اورژانس ۲. عدم تکمیل پرونده تریاژ بیماران 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 بیماران 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



اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 بیماران 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 بیماران ➤ ضرورت بررسی رندوم پرونده ها در بخش اورژانس و کنترل اندیکاسیون داروهای تجویزی برای بیماران از لحاظ علمی و در صورت 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 بیماران سرپایی پس از انجام تزریقات (سرم تراپی، تزریقات و...) توسط پرستار قسمت سرپایی
عنوان	تزریق اشتباه یک واحد خون
شرح حادثه	بیمار آقای ۶۸ ساله مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۱۱ با شکایت زخم پای دیابتی و هایپرتنسیونی 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 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.
علل رویداد حادثه	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
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	➤ 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 هموویزیلاسیون 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 به 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

واحد ریاضی به وقایع ناخواسته درمانی

معاونت درمان

فروردین ۱۴۰۳

