

مجموعه توجیهی کارکنان جدید الورود – ۱۴۰۳



فهرست

صفحه

۱. تاریخچه و معرفی کلی مرکز ۲
۲. برنامه استراتژیک (ماموریت ، چشم انداز ، ارزش ها و ...) ۵
۳. اهمیت و رعایت موازین منشور حقوق بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت ۸
۴. شرح وظایف (پرستار-کارشناس اتاق عمل و هوشبری، کمک پرستار)..... ۱۰
۵. خلاصه ای از عملیات احیا(سال ۲۰۲۰)..... ۱۵
۶. ایمنی بیمار ۲۰
۷. برنامه کنترل عفونت ۳۱
۸. مدیریت بحران..... ۴۳
۹. آتش نشانی ۴۷
۱۰. ویژگی های فرهنگی و بومی مردم منطقه ۵۳
۱۱. قوانین مربوط به رعایت استانداردهای ملی پوشش ۵۵
۱۲. مقررات داخلی بیمارستانی در حوزه اداری و مالی ۵۸
۱۳. آیین نامه تشویق و تنبیه..... ۶۷

تاریخچه مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی در سال ۱۳۴۰ توسط مرحوم حاج محمد فاتح یزدی تاسیس و بعنوان درمانگاه وقف گردید و در سال ۱۳۴۳ با کمی تغییر به بیمارستان ۶۰ تختخوابی (با ۲ بخش جراحی و ارتوپدی ، یک اتاق عمل و درمانگاه عمومی) تبدیل گردید. در سال ۱۳۵۶ حدود ۵۵۰ متر مربع به زیر بنای بیمارستان اضافه شد و ظرفیت پذیرش آن به ۷۰ بیمار بستری رسید. در سال ۱۳۶۵ با ساخت و الحاق زیربنای ۱۵۰۰ متری ساختمان اورژانس، درمانگاه و بخش های بستری ۳ و ۴ ظرفیت بستری بیماران به ۱۱۰ نفر رسید. هم اکنون مرکز در فضایی به وسعت حدود ۸۰۰۰ متر مربع ، با ۳۰۰ تخت فعال و حدود ۴۸۶ پرسنل (۲۸۰ نفر نیروی پرستاری، ۷۰ نفر اتاق عمل، ۶۷ نفر هوشبری، ۷ نفر بهیار، ۶۲ نفر کمک بهیار) فعالیت می نماید .

واحدها و بخش های مختلف مرکز

✚ بخش اورژانس با حضور ۲۴ ساعته دو پزشک مقیم (متخصص طب اورژانس و پزشک عمومی) و ارائه خدمات ۲۴ ساعته به مصدومین تصادفات ، حوادث ، سوختگی و بیماران نیازمند به انواع اعمال جراحی با مجموع ۱۹ تخت

✚ ۴ بخش مراقبت های ویژه با مجموع ۴۷ تخت ، مجهز به امکانات و تجهیزات، فلوشیپ و متخصص بیهوشی مقیم

✚ دو اتاق عمل (اتاق عمل جنرال و اتاق عمل چشم) با مجموع ۱۲ تخت

✚ بخش سوختگی با ۱۱ تخت و مجهز به ۲ تخت مراقبت های ویژه

✚ هفت بخش جراحی و Day Care ، مجموعاً با ۲۱۹ تخت بستری

در حال حاضر، مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی به ریاست آقای دکتر علی برادران ، با بهره مندی از پزشکان و متخصصان مجرب ، پرسنل پرستاری و پاراکلینیک ماهر و کار آزموده و با وجود واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی متعدد اعم از فیزیوتراپی ، CT Scan ، MRI ، رادیولوژی ، Bone Scan ، سونوگرافی ، EMG ، NCV ، ادیومتری ، آزمایشگاه ، اکوکاردیوگرافی و ... آماده ارائه خدمات به مراجعین محترم می باشد.

تخصص های موجود در مرکز

جراحی های ارتوپدی، عمومی، مغزو اعصاب ، چشم، ENT، فک و صورت ، توراکس ، ترمیمی دست، ترمیمی سوختگی ، ارولوگ ، جراح عروق ، متخصصین بیهوشی، قلب، داخلی، طب فیزیکی



این بیمارستان زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز می باشد.

مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	آقای دکتر علی برادران باقری	ریاست
۲	آقای دکتر مرتضی گلچین	معاونت درمان
۳	آقای دکتر آروین نجفی	معاونت پژوهشی
۴	آقای دکتر بحری	معاونت آموزشی
۵	آقای فتحی پور	مدیریت
۶	خانم شهربانو دلشاد	مدیریت پرستاری
۷	آقای دکتر مهدوی	مسئول ایمنی
۸	آقای رحمان عباسی	مدیر امور مالی
۹	آقای محسن جلیل فر	سرپرست امور منابع انسانی
۱۰	خانم سمانه فانی	سوپروایزر آموزشی
۱۱	خانم خدیجه محمدی	سوپروایزر آموزش سلامت و مسئول واحد مراقبت در منزل (Home care)
۱۲	خانم شهربانو اسدی	سوپروایزر کنترل عفونت
۱۳	خانم مینا پرشی	مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی
۱۴	آقای مهندس امیر احمدپورناه	مسئول واحد فناوری اطلاعات
۱۵	خانم ملیحه قربانی	مسئول واحد مدارک پزشکی
۱۶	خانم مهندس راضیه کمالی دهقان	مسئول واحد بحران و بهداشت حرفه ای
۱۷	خانم مهندس صفورا ربیع زاده	مسئول واحد بهداشت محیط
۱۸	خانم مهندس شاه طاهری	مسئول واحد تجهیزات پزشکی
۱۹	خانم مهدیه قائمی مفرد	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
۲۰	آقای رضا رضایی	سوپروایزر بالینی
۲۱	خانم ماهرخ جعفری	سوپروایزر بالینی
۲۲	خانم لیلا رشیدی	سوپروایزر بالینی
۲۳	خانم سیمین مهرانیان	سوپروایزر بالینی
۲۴	خانم نسرين محبی	سوپروایزر بالینی
۲۵	خانم سارا کیانمهر	سوپروایزر بالینی
۲۶	خانم سمیه ضیایی مهر	سوپروایزر بالینی
۲۷	خانم فرزانه فکوری	سوپروایزر بالینی
۲۸	عالمه خسروی	سوپروایزر بالینی

بخش های مختلف مرکز

ردیف	نام بخش	تعداد تخت
۱	بخش اورژانس	۱۹
۲	ICU صبا (ارتوپدی)	۱۴
۳	ICU یاس (جراحی)	۹
۴	ICU ترنم (تروما)	۸+۱
۵	ICU نسیم (مغز و اعصاب)	۱۵
۶	ICU سوختگی	۲
۷	کلینیک تخصصی	—
۸	بخش جراحی تروما	۲۵
۹	بخش جراحی مردان	۳۵
۱۰	بخش جراحی زنان	۳۰
۱۱	بخش جراحی مغز و اعصاب	۴۰
۱۲	بخش سوختگی	۱۱
۱۳	بخش ارتوپدی زنان – اطفال	۳۶
۱۴	بخش ارتوپدی مردان	۴۸
۱۵	Day care	۱۰
۱۶	اتاق عمل	۱۰ اتاق + ۱۰ تخت ریکاوری
۱۷	اتاق عمل چشم	۲ اتاق + ۵ تخت ریکاوری

اطلاعات شناسنامه ای مرکز

نام مرکز : مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

آدرس مرکز : کرج- چهار راه طالقانی- بلوار ماهان- نبش میدان شهید مدنی

شماره تلفن های مرکز : ۰۲۶-۳۴۴۲۷۰۰۱-۳

شماره نمابر مرکز : ۴۴۲۶۹۷۹

تاریخ تاسیس مرکز : ۱۳۴۰

آخرین تاریخ شماره پروانه تاسیس مرکز : ۱۳۹۶/۷/۲

نوع تخصص مرکز : عمومی (جنرال)

نوبت کاری : شبانه روزی

نوع فعالیت و مالکیت مرکز : آموزشی درمانی- دولتی

درجه و تاریخ آخرین ارزشیابی : درجه یک بهمن ۱۳۹۹

کل مساحت زمین : ۸۰۰۰ متر

کل مساحت زیر بنا : ۱۱۰۰۰ متر

تعداد طبقات ساختمانی : ۴/۵ طبقه

تعداد درب های ورودی : ۲

محل فرود بالگرد : محوطه استاندارد، در فاصله حدوداً ۷۰۰ متری مرکز

تعداد تخت مصوب : ۲۷۴

تعداد تخت فعال : ۳۰۰

میانگین درصد اشغال تخت در سال جاری : ۸۰٪

آدرس پایگاه اطلاع رسانی : Madani.abzums.ac.ir

راهبرد اصلی یا اهداف کلان مرکز (Goals)

-  G1 ارتقاء ایمنی و سطح سلامت بیماران و کارکنان
-  G2 بهبود مستمر کیفیت در ارائه خدمات
-  G3 افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان
-  G4 مدیریت منابع، مصارف و ارتقاء بهره وری
-  G5 توانمند سازی و ارتقاء دانش و مهارت کارکنان
-  G6 بهبود مستمر فعالیت های آموزشی، تحقیقاتی و پژوهشی در راستای آموزش عالی سلامت

بیانیه رسالت / ماموریت (Mission)

رسالت سندی است که یک سازمان را از سایر سازمان های مشابه متمایز می نماید. ماموریت بیمارستان نشان دهنده طیف فعالیت، از نظر خدمت و بازار می شود. رسالت، هویت و شناسنامه بیمارستان است. پاسخ به این سوال است که ما برای چه منظوری وجود داریم. یک رسالت بیانگر ارزش ها و اولویت های یک سازمان است. یک بیانیه رسالت باید:

✚ روشن باشد و توافق نظر ایجاد کند.

✚ قابل درک و پذیرش توسط کارکنان باشد.

✚ واقعی، عملی و با عبارات مشخص بیان شده باشد.

✚ در عین حال کامل، به یادماندنی و به اندازه ای باشد که سازمان را بشناساند.

رسالت مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی (Mission)

مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی به عنوان یکی از مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، با بهره گیری از نیروهای توانمند، فناوری های نوین و تجهیزات پیشرفته، متعهد به ارائه مطلوب ترین خدمات تشخیصی، درمانی، آموزشی و پژوهشی برای بیماران ترومایی با هدف افزایش ایمنی بیمار، جلب اعتماد و افزایش رضایتمندی بر مبنای نسل جدید اعتباربخشی ملی ایران بوده و در راستای جلب رضایت فراگیران و بیماران از هیچ کوششی دریغ نمی نماید.

بیانیه ارزش ها (Value)

ارزش های اساسی در سازمان پاسخ به سوال چگونگی است. پاسخ به این سوال که در راستای تحقق رسالت چه حریم ها و ضوابطی رعایت می شوند. ارزش ها در واقع اصول اعتقادی دیرپا و اساسی یک سازمان می باشند و باعث رشد و نمو افراد در قالب گروه می شوند. ارزش ها اصول راهنما در سازمان می باشند که رهنمودهای لازم برای تصمیم گیری و رفتار خواهند بود. ارزش های بنیادی بیشترین تاثیرش را بر فرهنگ سازمانی دارد که آرامش، بهره وری، گردش کم کارکنان، رضایت مشتریان و تامین کنندگان و سهام داران حاصل آن است.

اصول و ارزش های مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

- رعایت کرامت انسانی و احترام به حقوق بیماران و کارکنان
- بهبود مستمر کیفیت و حفظ ایمنی بیمار
- استفاده از فناوری روز، ایمن و با کیفیت
- مشارکت، مسئولیت پذیری و رعایت اخلاق حرفه ای
- مشتری محوری و افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت
- رعایت چهار چوب و استاندارد ارائه خدمت و قوانین بالا دستی

چشم‌انداز تصویری محرک از آینده مطلوب بیمارستان است (ترجیحاً تصویر مطلوب و ایده‌ال در پنج سال آینده بیمارستان). چشم‌انداز، مهیج و انرژی‌زا است و بالاترین استانداردی است که یک بیمارستان می‌تواند خود را در قبال میزان نیل به آن سنجش کند.

موضوعات غالب در تدوین چشم‌انداز بدین شرح اند:

✚ نوید دهنده سازمانی موفق و بالنده برای ذینفعان و حسرت بر انگیز برای رقبا

✚ بیان گر هدفی بزرگ و مشخص در آینده

✚ سرآمدی و الگو شدن در کسب و کار

✚ واژگانی که برای مدتی طولانی در یاد و خاطره ها بماند.

تعریف شفاف چشم‌انداز به ایجاد نگرشی مشترک از آنچه سازمان در آینده شبیه آن خواهد بود، کمک می‌کند. سازمان‌هایی که چشم‌انداز خود را به صورت شفاف ترسیم می‌کنند، باعث ترغیب کارکنان به سمت آینده مطلوب سازمان می‌شوند. چشم‌انداز، با هدف آفریدن آینده، نه پیش‌بینی آینده ترسیم می‌شود.

چشم‌انداز مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی (Vision)

ما بر آنیم با تکیه بر الطاف الهی، مهارت مدیران و کارکنان، استفاده از فناوری روز، ایمن و با کیفیت، در درمان

بیماران ترومایی به عنوان برترین مرکز آموزشی، درمانی پژوهشی در استان البرز و سطح کشور باشیم.

منشور حقوق بیمار:

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

۱- ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۱-۴) بر اساس دانش روز باشد؛

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد؛

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛

۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد؛

۱-۹) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛

۱-۱۰) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛

۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛

۱-۱۲) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد؛

۱-۱۳) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

۲-۲-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

۲-۲-۲) ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

۲-۲-۳) نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر.

۲-۲-۴) روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار

۲-۲-۵) نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

۶-۱-۲) کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۷-۱-۲) ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

۲-۲) نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

۱-۲-۲) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد

۲-۲-۲) بیمار می تواند به کلیه ی اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۱-۳) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۱-۱-۳) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

۲-۱-۳) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

۴-۱-۳) قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد؛

۵-۱-۳) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۲-۳) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

۱-۲-۳) انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد ؛

۲-۲-۳) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۱-۴) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد

۲-۴) در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

۳-۴) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱-۵) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید .

۲-۵) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند .

۳-۵) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن

جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار - مذکور در این منشور - بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان چه تصمیم گیرنده ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید. چنان چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

شرح وظایف

*پرستار:

وظایف عمومی پرستار با هدف کمک به بیمار، جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی با دید جامع و جامعه نگر در تمامی سطوح مراقبتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی ، فرهنگی و معنوی
- رعایت منشور حقوق بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- کاربرد فرایند پرستاری و استانداردهای مراقبتی
- تامین مراقبت های موثر کارآمد و در دسترس آحاد جامعه
- برقراری ارتباط موثر حرفه ای و بین حرفه ای با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اطمینان اعتماد مددجو و خانواده وی و تامین ایمنی همه جانبه بیمار
- شناسایی و پذیرش بیمار و معرفی خود به بیمار، آشناسازی بیمار با محیط
- تحویل و تحول دقیق بیمار بر بالین در پایان هر شیفت
- کنترل ، چک و اجرای دستورات پزشک
- همراهی با پزشک در هنگام ویزیت بیماران و ارائه گزارش لازم پرستار در خصوص بیمار و تغییرات در آزمایشات و حال عمومی و علائم حیاتی و..
- آموزش به بیمار (ادمیت-چین بستری-ترخیص) با ثبت اثربخشی آن در پرونده
- ثبت و گزارش نویسی به همراه تشخیص های پرستاری
- مدیریت درد بیماران
- ارائه مراقبتهای پرستاری قبل و بعد از عمل
- مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده وی و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
- اجرای دستورات دارویی
- مراقبت از سیستم پوستی بیمار و ارزیابی خطر زخم فشاری، انجام اقدامات پیشگیرانه از آن، مراقبت از انواع زخم و بخیه
- توجه به بهداشت روان بیماران
- نظارت بر تامین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار ، سوندگذاری معده، گاوژ، انجام تغذیه کامل وریدی
- نظارت بر تامین نیازهای دفعی بیمار انجام سونداژ مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها ، لاواژ، مراقبت از استومی ها
- نظارت بر تامین بهداشت فردی بیمار
- کنترل و ثبت سطح هوشیاری بیمار و برقراری تحریکات محیطی مناسب م مراقبت از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری
- انجام انفوزیون وریدی و ترانسفوزیون خون و فراورده های آن

- انجام انواع نمونه گیریهای آزمایشی و کشت
- آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه های سطحی پوست
- انجام اقدامات اولیه احیای قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء و مشارکت فعال در عملیات احیاء بر اساس وظایف محوله
- انجام اقدامات مناسب پرستاری در جهت تامین ایمنی بیمار و پیشگیری از حوادث احتمالی
- بررسی بیمار به منظور حفظ تعادل الکتروولیت ها، کنترل و ثبت جذب و دفع
- توانمندسازی و رشد حرفه ای از طریق شرکت در برنامه های آموزشی ضمن خدمت و آموزش مداوم و توسعه علم به منظور کسب یا تمدید پروانه صلاحیت حرفه ای
- کسب مهارتهای لازم در رابطه با فناوری روز و کار با انواع نرم افزارها و سخت افزارهای مرتبط با پرستاری
- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای و حوادث غیرمترقبه
- انجام اقدامات ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی

***کارشناس اتاق عمل:**

- توجه به آموزه های دینی ، فرهنگی و معنوی
- رعایت منشور حقوق بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- برقراری ارتباط موثر حرفه ای و بین حرفه ای با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اطمینان اعتماد مددجو و خانواده وی و تامین ایمنی همه جانبه بیمار
- دریافت برنامه تقسیم کار از سرپرستار اتاق عمل
- کنترل اتاقهای عمل از نظر سیستم تهویه، برق، نور، دما و رطوبت، نظافت و ایمنی در هر شیفت
- اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز عمل های جراحی قبل از پذیرش بیمار و شروع عمل
- بررسی وجود لوازم و امکانات مصرفی مورد نیاز اعمال جراحی، تهیه و آماده سازی آن
- کنترل و آماده سازی وسایل استریل مورد نیاز عمل طبق لیست جراحی
- پذیرش بیمار طبق خط و مشی موجود(بررسی نام و مشخصات،کنترل دستبند شناسایی، خارج کردن زیورآلات و نظایر آن)
- برقراری ارتباط موثر و ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت جلب اطمینان وی
- مشارکت فعال و همکاری در آموزش دانشجویان بر حسب نیاز
- تهیه و گزارش آمار عمل های روزانه، عملهای کنسلی و..
- مشارکت و نظارت در انجام ضدعفونی تجهیزات اتاق عمل به شکل روزانه
- هماهنگی فراهم نمودن خون و داروهای مورد نیاز حین عمل
- انجام تزیینات عضلانی، وریدی،زیرجلدی و داخل جلدی بیمار،ریختن انواع قطره چشم و گوش
- قرار دادن و خارج کردن سوند فولی و سوند معده
- تعبیه و شستشوی انواع سوند و کتتر و مراقبت از آن
- به کارگیری استانداردها در کاربرد داروها و محاسبات دارویی
- نظارت بر انجام انواع تنقیه
- شرکت در عملیات احیاء
- شرکت در کلاسهای آموزشی ضمن خدمت و مداوم
- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استانداردها
- ارتباط با واحدهای مختلف نظیر آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، تجهیزات پزشکی و..
- رعایت مقررات مربوط با حفاظت ایمنی بیمار و کارکنان و محیط کار
- مشارکت در کنترل عوارض بعد از عمل(شوک و خونریزی)

- کنترل پرونده بیمار قبل از عمل به منظور کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل نظیر ناشتا بودن، رضایت آگاهانه، وجود اوراق و مدارک آزمایشات و تصویربرداریها، وسایل عمل و...
- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد اتاق عمل و توجه به حفظ حریم وی هنگام جابجایی
- تنظیم تخت جراحی، چراغ سیالیتیک و نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل
- پرپ اولیه ناحیه عمل
- مشارک در پوزیشن دهی مناسب بیمار زیر نظر جراح و بیهوشی
- بستن تورنیکه و پلیت دستگاه کوتر در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت کامل پوست و کنترل عملکرد دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
- توجه به حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط
- حضور فعال در طی فرایند جراحی و کمک به فرد اسکراب و جراحان در پوشیدن دستکش و گان و نظایر آن
- باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخ ها و وسایل و چیدمان منظم آن ها بر روی میز جراحی
- شمارش و ثبت نخ های جراحی، گاز، لنگاز، ابزار جراحی قبل و بعد از عمل جراحی
- جمع آوری و تحویل و نگهداری نمونه های بیماران جهت تحویل به واحد پاتولوژی و آزمایشگاه
- بررسی محل پلیت کوتر از نظر ایمنی و مشاهده از جهت آسیب دیدگی و سوختگی
- جدانمودن اتصالات بیمار جهت انتقال به ریکاوری
- ثبت و گزارش نویسی تکمیل فرمها و چک لیستهای مورد نیاز
- شستن واسکراب دست مطابق با دستورالعمل های مربوطه
- کنترل اندیکاتورها و لوازم داخل ست ها طبق خط و مشی بیمارستان
- کمک موثر به تیم جراحی حین عمل (ایجاد اکسپورژ مناسب، کوتر کردن، لیگاتور کردن، ساکشن کردن، پگ کردن، آماده سازی و جاگذاری ایمپلنت ها، درن ها، و...)
- مشارکت در مراحل پایانی عمل (دختن عضله، فاشیا، زیرجلد پوست، انجام پانسمان موضع عمل، بستن اتل و بانداژ

***کارشناس هوشبری:**

- دریافت برنامه تقسیم کار از مسئول مربوطه
- کنترل و اطمینان از صحت عملکرد و کارایی دستگاهها و گازهای بیهوشی
- کنترل و اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و وسایل و تجهیزات مرتبط با بیهوشی
- کنترل ترالی کد برای رفع کمبودها و تاریخ های انقضاء
- آماده نمودن کلیه تجهیزات و لوازم مورد نیاز بیهوشی طبق لیست عمل جراحی در هر شیفت کاری
- اطمینان از هویت بیمار و کنترل نام و مشخصات وی با پرونده و دستبند شناسایی و نیز بررسی مدارک مورد نیاز مثل اجازه عمل و ناشتا بودن و وجود آزمایشات ضروری و گرافی ها، مشاوره ها و...
- کنترل بیمار از نظر آمادگی محل عمل، نداشتن زیور آلات و لاک ناخن و دندان مصنوعی و..
- معرفی خود به بیمار هوشیار و ارائه توضیحات قابل درک در خصوص نوع بیهوشی و همچنین اخذ شرح حال پیرامون سابقه حساسیت و بیهوشی و جراحیهای قبلی و مصرف داروهای خاص و..
- حفظ حریم بیمار طبق موازین شرعی و رعایت همخوانی جنسیتی
- کنترل علایم حیاتی و گزارش موارد غیرطبیعی به متخصص بیهوشی
- مشارکت با متخصص بیهوشی جهت استفاده صحیح از گازهای بیهوشی
- برقراری یک یا چند خط وریدی مناسب برای بیمار و اتصال سرم با قید تاریخ و ساعت و ثبت میزان جذب و دفع مایعات دریافتی حین عمل
- مشارکت در انجام روش های بیهوشی

اجرای دستورات پزشکی بیهوشی در حین عمل و همکاری در خصوص کنترل و تثبیت راه هوایی، تنظیم دستگاههای بیهوشی، انجام نمونه گیری آزمایشات، کنترل خونریزی و ترانسفوزیون خون

- ثبت و گزارش نویسی امور انجام شده در بیهوشی (وضعیت بیمار-علائم حیاتی-روش بیهوشی-داروهای استفاده شده-رفلکس ها، سطح هوشیاری، خونریزی و..)

-انجام ضدعفونی و استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات مربوطه

-اتصال کابل های مانیتورینگ به بیمار

-کنترل دما بخصوص در نوزادان و اطفال و سایر بیماران مستعد هایپوترمی

-کمک به متخصص بیهوشی در کارگزاری یا خارج کردن سوند معده، cvline، آرترا لاین، کاتتر اپیدورال و..

-انجام اقدامات لازم هنگام اکستوبیشن، آسپیراسیون و ساکشن ریه و دهان در تمام مراحل بیهوشی

-کمک به متخصص بیهوشی در به هوش آوردن بیمار، تزریق داروهای لازم، خارج کردن لوله تنفسی، جدا کردن دستگاه بیهوشی و..

-همکاری در انجام عملیات احیاء در اتاق عمل

-انجام واشینگ دستگاهها،مانیتورها و وسایل اختصاصی بیهوشی و نظارت بر شستشو و ضدعفونی سایر قسمت ها نظیر ترالی و کمد ها

-جایگزینی داروها و لوازم مصرفی استفاده شده در طول شیفت کاری

-تحويل بیماران نیازمند به مراقبت ویژه از اتاق عمل به ریکاوری و از ریکاوری به بخش با حضور متخصص بیهوشی

***کمک پرستار یک ساله:**

-توجه به آموزه های دینی و فرهنگی

-رعایت منشور حقوق بیمار و اخلاق حرفه ای

-رعایت استانداردهای مراقبتی زیر نظر پرستار

-برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار تیمی

-جلب اطمینان مددجو و خانواده وی

-تامین نیازهای بهداشتی اولیه بیماران_حمام، دهانشویه، شستشوی پرینه و فولی، شستشوی دست و صورت و مرتب کردن ناخن ها، مرتب کردن البسه بیمار، ماساژ پوست و تغییر پوزیشن، اصلاح صورت و شیو موضع عمل، و...

-آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی (وسایل پانسمان-سونداز-گاوآژ و...) و جمع آوری و شستشوی وسایل بعد از اتمام کار

-کمک در امر پذیرش و ترخیص بیمار

-گزارش هرگونه حالت غیرعادی بیمار در حین انجام وظیفه به پرستار

-کمک در انجام نیازهای تغذیه ای

-رفع نیازهای دفعی بیماران (دادن لوله و لگن، و شستشو و ضدعفونی آنها، تعبیه سند اکسترنال (کاندوم شیت)

-کمک به بیمار در حرکت و نقل و انتقال (راه رفتن و انتقال به تخت یا برانکارد و..)

-آماده کردن تخت (با یا بدون بیمار)-برانکاردها و تخت بعد از عمل

-کمک و همراهی در آماده نمودن بیمار برای انتقال به واحدهای مختلف تحت نظارت پرستار

-آماده کردن بیمار و پوزیشن دهی جهت انجام معاینات پزشکی با حفظ حریم

-کمک به پرستار در حفظ نظم بخش

-شستشو و ضدعفونی یونیت بیمار و تجهیزات مربوطه پس از ترخیص

-تخلیه ترشحات کیسه ها و ظرف هایی که نیاز به تخلیه و نظافت و ضدعفونی آنها وجود دارد مثل شیشه ساکشن، کیسه های ادرار و..

-جمع آوری و گرفتن نمونه های آزمایشگاهی مثل ادرار و مدفوع، خلط

-کمک در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن (استفاده از کیف آب گرم، یخ و پاشویه)

-کمک به پرستار در توزیع داروهای خوراکی به بیمار، تزریق انسولین زیرجلدی، ریختن قطره های گوش و چشم و بینی، گذاشتن شیاف

-کمک به پرستار در کنترل علائم حیاتی

-کمک به پرستار در کنترل جذب و دفع مایعات

- تعویض ملحفه، روبالشتی، روتختی، و تحویل آنها به رختشورخانه و تحویل لوازم تمیز
- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و انتقال آن از بخش به سردخانه
- شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء توانمندی های شغلی
- همکاری در تحویل و وسایل بخش طبق روتین در هر شیفت
- کمک به پرستار در انجام انما، در حفظ ایمنی بیمار به ویژه بیماران مستعد سقوط
- کمک به پرستار در خارج کردن و حفظ وسایل شخصی بیمار
- کمک به پرستار در برداشتن پانسمانها و بانداژها
- کمک در انجام اقدامات اولیه در احیاء پایه
- کنترل صحت کارکرد برانکارد، صندلی چرخدار و گزارش به مافوق
- انتقال پرونده ، درخواست گرافی و اسکن و آزمایش به واحدهای مربوطه و اخذ جواب از آنها و تحویل به مسئول شیفت

خلاصه ای از احیای ۲۰۲۰

Cardiopulmonary Resuscitation احیای قلبی ریوی

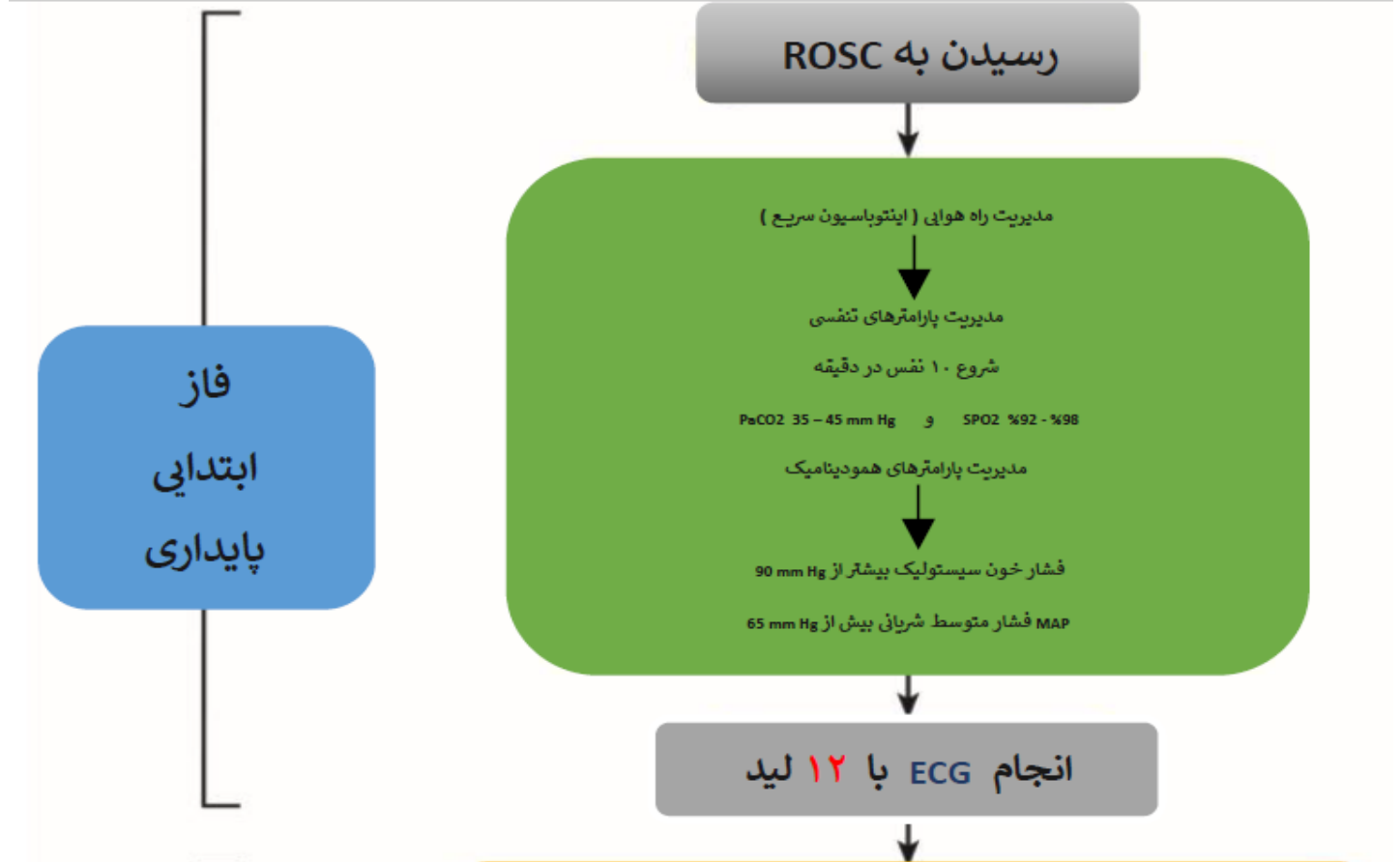
شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن اعمال حیاتی دو عضو مهم قلب و مغز در فردی که هوشیاری خود را از دست داده انجام میشود و تلاش میشود تا گردش خون و تنفس به طور مصنوعی تا زمان برگشت جریان خون خودبخودی بیمار برقرار شود.

آخرین تغییرات

آخرین گایدلاین که توسط انجمن قلب آمریکا منتشر شده در سال ۲۰۲۰ همزمان با شیوع ویروس کرونا بوده و برای افرادی که به کرونا مبتلا شده اند نیز پروتکل مجزایی ارائه داده است.

تغییرات عمده 2020

- تأکید دوباره بر شروع زود هنگام احیا توسط امدادگران غیرمتخصص.
- همچنان تاکید بر تجویز اولیه وزود هنگام اپی نفرین شده است.
- استفاده از بازخورد همزمان سمعی و بصری جهت حفظ کیفیت احیاء پیشنهاد شده است.
- اندازه فشار خون شریانی و سطح دی اکسید کربن انتهای تنفس در هنگام احیا ممکن است برای بهبود کیفیت آن موثر باشد.
- بر اساس جدیدترین شواهد استفاده معمول از دفیبریلاسیون به صورت دو شوک پشت سر هم و متوالی توصیه نمیشود.
- قابل قبول است. IO-دسترس وریدی مسیر ترجیهی تجویز دارو در هنگام احیا است و در صورت میسر نبودن تزریق داخل استخوانی
- مراقبت از بیمار بعد از بازگشت گردش خون خودبخودی، نیاز به توجه دقیق به اکسیژن رسانی، کنترل فشار خون، ارزیابی مداخله
- کرونر از طریق پوست، مدیریت هدفمند دمای بدن و بررسی نرولوژیک بیمار |، دارد.
- مدیریت ایست قلبی در بارداری، همراه با آمادگی برای سزارین پیش از موعد در جهت حفظ جنین و بهبود شانس احیای مادر، بر نجات و احیای مادر متمرکز میباشد.



H ها و T ها

هیپوولوی
هیپوکسی
هیدروژن یون (اسیدوز)
هیپوکالمی / هیپرکالمی
هیپوترمی
تنشن پنوموتوراکس
تامپوناد، قلبی
توکسینها
ترومبوز، ریوی
ترومبوز، کرونری

*الگوریتم اقدامات در احیای مادر باردار



آماده سازی برای سزارین پیش از موعد

• در صورت عدم ROSC در عرض ۵ دقیقه انجام زایمان به صورت سزارین پیش از موعد را در نظر داشته باشید

ادامه BLS / ACLS

• انجام CPR با کیفیت بالا
• در صورت اندیکاسیون انجام دفیبریلاسیون
• سایر اقدامات ACLS (مثل اپی نفرین)

دریافت نوزاد توسط تیم مراقبت نوزادان

*

رگ گیری بالای دیافراگم : بدلیل فشار رحم بر روی ورید اجوف تحتانی (IVC) در صورتی که رگ گیری در اندام تحتانی صورت گرفته باشد، داروها به قلب نمی رسند . بنابراین رگ گیری در زنان باردار از بالای دیافراگم توصیه می شود .

ارست قلبی مادران باردار

• برنامه ریزی تیمی بایستی با همکاری بخشهای زنان ، نوزادان ، اورژانس ، بیهوشی ، مراقبتهای ویژه ، سرویسهای ایست قلبی انجام شوند .
• اولویتهای ارست قلبی در زنان باردار شامل اقدام به CPR با کیفیت بالا و برطرف کردن فشار روی قسمت آئورتوکاوال بر اثر رحم به صورت جابجا کردن جانبی و لترال رحم
• در نظر داشتن سزارین پیش از فرارسیدن مرگ در جهت بهبودی مادر و جنین
• به طور ایده آل ، شرایط انجام سزارین پیش از فرارسیدن مرگ را بسته به وجود منابع و مهارت تکنسین ، در عرض ۵ دقیقه فراهم کنید ،

راه هوایی پیشرفته

• دربارداری ، اختلال راه هوایی شایع می باشد . از ماهرترین تکنسین استفاده شود .
• اینتوباسیون اندوتراکئال و یا برقراری راه هوایی سوپراگلوتیک پیشرفته را انجام دهید .
• برای تایید قرارگیری مناسب لوله تراشه ET از کاپنوگرافی موجی شکل و یا کاپنومتري استفاده کنید .
• به محض قرار گرفتن راه هوایی پیشرفته ، به ازای هر ۶ ثانیه ۱ نفس (۱ نفس در دقیقه) را همزمان با ماساژ و کمپرشن قفسه سینه ، انجام دهید .

علل بالقوه ارست قلبی مادران باردار

- A عوارض بیهوشی
- B خونریزی
- C قلبی عروقی
- D داروها
- E آمبولی
- F تب
- G علل کلی غیرماتنی ارست قلبی (H ها و T ها)
- H فشارخون

توصیه های عمده جدید و بروز شده احیای ۲۰۲۰

تجویز زود هنگام اپی نفرین

2020 (بدون تغییر / تأیید مجدد): با توجه به زمان بندی ، برای ایست قلبی با ریتم غیرقابل شوک (nonshockable ، تجویز اپی نفرین در اسرع وقت معقول می باشد.

2020 (بدون تغییر / تأیید مجدد): با توجه به زمان بندی ، برای ایست قلبی با ریتم قابل شوک (shockable ، تجویز اپی نفرین ممکن است پس از شکست تلاش های اولیه دفیبریلاسیون / منطقی باشد .

شروع اولیه CPR توسط نجاتگران غیر متخصص

2020 (آبدیت شده): ما توصیه می کنیم که شاهدین غیر متخصص در مواقع احتمالی ایست قلبی / CPR را شروع کنند / زیرا (حتی) اگر بیمار در ایست قلبی نباشد / خطر آسیب به بیمار کم است.

بازخورد سمعی و بصری به صورت Real-Time

2020 (بدون تغییر / تأیید مجدد): ممکن است که منطقی باشد که در هنگام CPR برای بهینه سازی عملکرد واقعی CPR از دستگاه های بازخورد سمعی و بصری به صورت real-time استفاده شود.

بایش فیزیولوژیکی کیفیت CPR

2020 (آبدیت شده): منطقی باشد که در هنگام CPR برای بهینه سازی عملکرد واقعی CPR از دستگاه های بازخورد سمعی و بصری استفاده کنید.

2020 (جدید): منطقی است که ارائه دهندگان خدمات درمانی ابتدا سعی کنند دست‌رسی IV برای دارو را در ایست قلبی ایجاد کنند.

انجام دو دفیبریلاسیون متوالی (Double Sequential) پشتیبانی نمی‌شود

2020 (جدید): سودمندی دودفیبریلاسیون متوالی برای ریتم شوک پذیر (Shockable) و مقاوم (refractory) ثابت نگردیده است.

خلاصه توضیحات برای امدادگران

2020 (جدید): در جهت پیگیری و حمایت عاطفی از امدادگران غیر متخصص ، ارائه دهندگان خدمات EMS ، و کارکنان بهداشت و درمانی بیمارستان پس از یک حادثه ایست قلبی / کسب اطلاعات کردن و رجوع به آنها ممکن است مفید باشد.



2020 (جدید): ما به بازماندگان ایست قلبی توصیه می‌کنیم قبل از ترخیص از بیمارستان ، ارزیابی توانبخشی چند کیفیتی و درمان اختلالات جسمی ، نرولوژیک ، قلبی ریوی و شناختی داشته باشند.

2020 (جدید): ما توصیه می‌کنیم که بازماندگان ایست قلبی و مراقبان آنها برنامه ریزی جامع و چند منظوره ای شامل توصیه های درمانی پزشکی و توان بخشی برای ترخیص آنها را داشته باشند تا بتوانند به فعالیت / انتظارات کاری خود بازگردند.

2020 (جدید): ما برای بازماندگان ایست قلبی و مراقبان آنها ارزیابی ساختاری برای اضطراب ، افسردگی ، استرس پس از سانحه و خستگی را توصیه می‌کنیم.

مراقبت‌های بعد از ایست قلبی و پروگنوز نرولوژیک پس از آن

دستورالعمل های 2020 شامل اطلاعات بالینی جدید قابل توجهی در مورد مراقبت بهینه در روزهای پس از ایست قلبی می‌باشند. توصیه های به روز شده در دستورالعمل AHA 2015

برای CPR و ECC در مورد درمان افت فشار خون ، سنجش اکسیژن برای جلوگیری از هر دو حالت هم هیپوکسی و هم هایپرکسی ، تشخیص و درمان تشنجه‌ها و مدیریت هدف دار دما با استفاده از شواهد جدید مجدداً مورد تایید قرار گرفته اند .

در برخی موارد ، LOE به منظور انعکاس در دسترس بودن داده های جدید از RCT ها و مطالعات **2020 (جدید):** ما برای زنان بارداری که پس از احیا ناشی از ایست قلبی در کما باقی می‌مانند ، مدیریت هدفمند دما را توصیه می‌کنیم.

2020 (جدید): در طی مدیریت دما با هدف بیمار باردار ، توصیه می‌شود که جنین به طور مداوم از نظر برادیکاردی به عنوان یک عارضه احتمالی تحت نظر قرار گرفته ، و بایستی به دنبال مشاوره زنان و زایمان هم بود.

2020 (جدید): بدلیل اینکه بیماران باردار بیشتر مستعد کمبود اکسیژن هستند ، اکسیژن رسانی و مدیریت راه های هوایی باید در هنگام احیا ایست قلبی در بارداری / در اولویت قرار گیرند.

2020 (جدید): به دلیل تداخل احتمالی در احیای مادر ، نبایستی در هنگام ایست قلبی در بارداری نظارت بر جنین انجام شود.

ارزیابی قلب جنین در هنگام ایست قلبی مادر مفید نیست و ممکن است حواس فرد احیاگرا را از عناصر لازم برای انجام احیا پرت کند. در صورت عدم وجود داده های مغایر، زنان بارداری که از ایست قلبی جان سالم به در می برند بایستی دقیقاً مانند سایر بازماندگان ، با در نظر گرفتن وضعیت جنینی که ممکن است در رحم باقی مانده باشد ، مدیریت هدفمند دما را دریافت کنند.



ایمنی بیمار :

۱۶-۱۰ درصد از بیماران بستری در بیمارستان دچار خطا یا عوارض ناخواسته می شوند.نیمی از این موارد قابل مدیریت و پیشگیری هستند .

دو سوم مرگ و میرهای جراحی ۳ روز یا بیشتر پس از عمل جراحی روی می دهد زمانی که بیمار به بخش منتقل شده است یکی از مایوس کننده ترین نکات برای بیماران و کارکنان خدمات بهداشتی درمانی عدم کسب تجربه و یادگیری نظام های بهداشتی درمانی از اشتباهات و خطاهای ناخواسته رخ داده در دیگر مراکز بالینی می باشد .

مراکز مختلف تجارب حاصله و نحوه پیشگیری از اتفاقات ناخواسته خود را به مشارکت نمی گذارند .

از بارزترین حقوق انسانها حق ایمن بودن از خطرات و آسیبها هنگام دریافت خدمات سلامت است و مهم ترین دانش در زمینه ایمنی بیمار یادگیری نحوه پیشگیری از ایجاد صدمه وآسیب به بیماران در طی درمان و مراقبت از آنان است.

با اعتقاد به یادگیری از تجارب ناخوشایند ناشی از خطاهای پزشکی یا اتفاقات ناخواسته واقع شده در یک گوشه عالم توسط سایرین درد دیگر نقاط دنیا انجمن جهانی ایمنی بیمار بوجود آمد و راه حل های زیر ارائه شد:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیژر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد NEVER EVENT

شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود .

الف (وقایع جراحی

۱. انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن

۲. انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه

۳. انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار

۴. جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی یا سایر روش های درمانی

۵. مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی

۶. تلقیح مصنوعی با اهداکننده های (اسپرم و تخمک) اشتباه

ب (وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات :

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاهها و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاههایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است .

۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال آمبولی هوای داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی

ج (وقایع مراقبتی بیمار:

۱. ترخیص نوزاد به شخص اشتباه

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال مفقود شدن (بیش از ۴ ساعت بیمار)

۳. خودکشی یا قصد خودکشی منجر به ناتوانی جدی در حین ارائه خدمات مراقبتی

د (وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی :

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعلت تجویز خون یا فراورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)

۳. مرگ یا ناتوانی جدی مادر در زایمان طبیعی یا وضع حمل حاملگی های کم خطر موقع ارائه خدمات مراقبتی

۴. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی که موقع ارائه خدمات مراقبتی شروع شود .

۵. مرگ یا ناتوانی جدی (کرینکتروس Kernicterus) مرتبط با نارسائی و شکست در شناخت و درمان یرقان نوزادی

۶. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش جهت خدمات بالینی

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بعلت درمان

ه) وقایع مرتبط با محیط :

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار همراه شوک الکتریسیته در حین مراقبت های درمانی

۲. هرگونه حادثه ای در اثر انتقال اشتباه لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار یا آلودگی این لوله ها

۳. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت سوختگی ناشی از هرمنبعی در حین مراقبت های درمانی

۴. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت اختلال در محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت

۵. هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلت افتادن

و) وقایع جنائی :

۱. هرگونه اصرار دستورات درمانی توسط شخصیت های پزشکی ، پرستار ، داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار

۲. سوء استفاده و تجاوز جنسی از بیمار

۳. مرگ یا جراحت مهم بیمار یا پرسنل ناشی از سوء استفاده و تجاوز فیزیکی

۴. ربودن بیمار

شاخص های ایمنی :

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پیش می کنند . با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

۱. خطاهای دارویی

۲. سقوط

۳. زخم بستر

۴. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار

۵. CPR ناموفق

۶. عفونت بیمارستانی

۷. نیدل استیک

۸. عوارض بیهوشی

۹. نارسایی تنفسی بعد از عمل جراحی

۱۰. آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی

۱۱. همتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی

۱۲. پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی

۱۳. جسم خارجی به جامانده به هنگام عمل جراحی

۱۴. شکستگی لگن پس از عمل جراحی

۱۵. اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی

۱۶. جداسدن زخم پس از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی لگنی

۱۷. پارگی و سوراخ شدگی تصادفی

۱۸. ترومای زایمان طبیعی با ابزار و بدون ابزار

۱۹. مرگ مادری

۲۰. آسیب حین تولد نوزاد

۲۱. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه

۲۲. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه



داروهای پرخطر که فرآیند محاسبه و اجرای دستورات آنها توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می شود :

خون و فرآورده های خونی - دیگوکسین وریدی - تمام مخدرها - اولین دوز آنتی بیوتیکها - کلرور پتاسیم داخل وریدی دوزهای کودکان از ویالهای چند دوزی - ترکیبات تغذیه کامل وریدی - انسولین - میزوپرستول - سولفات منیزیم - پروستاگلاندین F2 آلفا

داروهای دارای علامت * (که در حین تزریق بیمار نیازمند امکانات مانیتورینگ مناسب است) :

آدنوزین - آمیودارون - آتروپین - گلوکونات کلسیم - دیگوکسین - دوپامین - دوبوتامین - اپی نفرین - لیدوکائین - سولفات منیزیم - نیترو گلیسیرین (TNG) - کلرید پتاسیم - پروپرانولول - استرپتوکیناز - وراپامیل - آمینوفیلین - نیتروپروساید نورآدرنالین - فنیل افرین هیدروکلراید

داروهای دارای علامت Y باید در یخچال نگهداری شود :

توکسوئید دیفتری و کزاز (واکسن) - تتابولین - انسولین - استرپتوکیناز - اکتروتاید - فاکتور ۷ فعال - آنتی بادی ضد دیگوکسین - آنتی توکسین بوتولسم پلی والان - سرم ضد مار - سرم ضد عقرب - کمپلکس پروترومبین فعال - گلوکاگون اکسی توسین - کلیه شیفها - پروپوفول - پروتامین سولفات - قطره کلرامفیکل - پنوموواکس - واکسن آنفلوآنزا - ویال IVIG ویال آلبومین - سیس آتراکوریوم - آمپول ویتامین C - سوکسینیل کولین - بتامتازون LA

علامت €

کلرید پتاسیم که با علامت € مشخص شده است ، جزء داروهای توالی است اما به سبب مشابهت ویال این دارو با سایر ویالها و خطرات احتمالی ، از توالی اورژانس حذف و به طور الزامی در اتاق CPR در دسترس قرار گیرد.

داروهای با هشدار بالا (high alert)

داروهایی که بر اساس بخشنامه وزارت بهداشت ، باید با رنگ قرمز برجسب گذاری شوند و فرایند اجرا و ثبت آنها توسط دو نفر کارشناس پرستاری تایید گردد.

داروهای حیات بخش :

داروهایی که وجود آنها در توالی کد کلیه مراکز ضروری و غیر قابل حذف میباشد و عدم وجود آنها منجر به آسیب جدی به حیات بیمار میگردد.

داروهای ضروری :

داروهایی که وجود آنها در قفسه دارویی بخش اورژانس ضروری میباشد.

داروهای ترجیحی :

داروهایی که وجود آنها در بخش یا اورژانس مراکز ترجیح داده میشود اما ضروری نیست و در صورت نبودن ، جان کسی به خطر نمی افتد.

مسمومیت های شایع بیمارستان

عامل مسمومیت	آنتی دوت
Opium Overdose	نالوکسان
مشروبات الکلی (متانول)	اتانول – methypyroazole - دیالیز
مشروبات الکلی (اتانول)	در موارد مزمن و سندرم ورنیکه کورساکوف : تیامین موارد حاد : درمان علامتی

لیست بیماران پرخطر مرکز

منظور از بیماران / مراجعین پرخطر افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه ، در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

- استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر
- مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت ، درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر
- آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره
- ترخیص ایمن بیماران پرخطر

ردیف	لیست بیماران پرخطر	کد شناسایی	ابزار
۱	بیماران در معرض سقوط	F	مورس
۲	بیماران در معرض زخم فشاری	B	برادن
۳	بیماران در معرض خودکشی	S	Sad
۴	بیماران در معرض سوء تغذیه	M	BMI
۵	بیماران پلی فارمسی	PH	بیمار بیش از ۴ دارو مصرف مینماید
۶	بیماران در معرض ترومبوز وریدهای عمقی	T	ولز یا ژنو
۷	بیماران در معرض تشنج	C	-

لیست بیماران آسیب پذیر مرکز

- منظور از بیماران/مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/فیزیکی/روانی/اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.
- ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به ایشان
 - توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آنها در تمامی مراحل مراقبت و درمان
 - حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی
 - ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر

ردیف	لیست بیماران آسیب پذیر	علت
۱	بیماران سالمند	اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان
۲	بیماران روانپزشکی / اختلالات ذهنی	اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی و سقوط به علت مشکلات حرکتی، تجویز دارویی، ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان
۳	معلولیت‌های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری)	اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم، مشکلات حرکتی، مواجهه با خطر سقوط و اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان
۴	بیماران مجهول الهویه	اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه ها و نحوه نامگذاری) و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان
۵	بیماران با اختلال هوشیاری	اشکال در برقراری و عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان
۶	نوزادان و کودکان	عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک، تهدید ایمنی بیمار و سقوط
۷	مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان	از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن، احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه / خانواده و پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه های مراقبت و درمان.
۸	افراد دارای انگ اجتماعی (پرخطر اجتماعی) مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضد اجتماعی، افراد بی خانمان و....	- تمهیدات لازم در خصوص میل ارائه خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران - تامین ارائه کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی - تامین تمهیدات/ تسهیلات حفاظتی برای ارائه کنندگان خدمت مانند PPE - انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات میل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده - ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب پذیر به نحوی است که شرایط یاد شده تاثیری بر روند مراقبت و درمان آنها نداشته باشد - ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد - عدم استفاده از هرگونه شاخص / برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران/مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی
۹	مادران باردار	با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روشهای درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند.

بهبود کیفیت و ایمنی بیماران : (QPS) Quality improvement patient safety

آمار حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغمازی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های نظام سلامت بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند در حالی که نیمی از این موارد قابل مدیریت و پیشگیری هستند.

یکی از مایوس کننده ترین نکات برای بیماران و کارکنان خدمات بهداشتی درمانی، عدم کسب تجربه و یادگیری نظامهای بهداشتی درمانی از اشتباهات و خطاهای ناخواسته رخ داده در دیگر مراکز بالینی می باشد. در نتیجه یکی از روش های مناسب کاهش خطاها و خطرات ، گزارش آنهاست .

ایمنی : درجه و میزانی که براساس آن، ساختمان‌های سازمان، محوطه‌ها و تجهیزات، موجب بروز حادثه یا خطری برای بیماران، کارکنان یا ملاقات کنندگان نشوند.

بیمار: فردی که از مراقبت، درمان و خدمات برخوردار می‌شود. از نظر استانداردهای اعتباربخشی ، بیمار و خانواده‌اش به عنوان یک واحد منفرد برای مراقبت، به شمار می آیند.

مهم ترین دانش در زمینه ایمنی بیمار: یادگیری نحوه پیشگیری از ایجاد صدمه و آسیب به بیماران در طی درمان و مراقبت از آنان است.
مدیریت خطر چیست : فعالیت های بالینی و اجرایی انجام یافته برای شناسایی، ارزیابی و کاهش خطر صدمه به بیماران، کارکنان و مراجعه کنندگان و نیز خطر زیان به خود سازمان است.

می توانید تجارب خود را در زمینه خطا با گزارش دادن آنها ، بدون نگرانی از تنبیه و برخوردهای انضباطی با دیگر همکاران به مشارکت بگذارید و به این ترتیب از بروز خطاهای مشابه جلوگیری بعمل می آید. گزارش ها را می توانید از طریق سایت بیمارستان در قسمت گزارش خطاها و یا در فرم گزارش خطاها که ضمیمه است ارسال کنید .

خطاهای مربوط به داروها ، در فرم های گزارش خطای دارویی گزارش شوند.

با توجه به اهمیت و لزوم بررسی عوارض و خطاهای دارویی و گزارش دهی موارد خواهشمند است به نکات زیر توجه شود:

- ❖ کلیه کارکنان پرستاری و نیز رابطین ADR بخش ها ملزم به مطالعه و امضای « راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان ها به مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارویی (ADR) » می باشند.
- ❖ اوراق زرد مربوط به ADR ، بایستی به تعداد کافی در استیشن پرستاری موجود باشد. (در صورت نیاز از واحد مدیریت دارویی تحویل گرفته شود).
- ❖ کلیه کارکنان پرستاری موظفند در صورت بروز هر گونه موردی در طی شیفت های مختلف ، بر اساس دستورالعمل ، فرم زرد را تکمیل نمایند و تکمیل فرم ها صرفاً به عهده رابطین نمی باشد.
- رابطین تعیین شده ADR از جانب سرپرستاران محترم ، طبق لیست حاضر ، موظف می باشند:
- روزانه پیگیری موارد عوارض و خطاهای رخ داده در بخش در طی شیفت های مختلف را انجام داده و از تکمیل و ارسال فرم به واحد مدیریت دارویی اطلاع و اطمینان حاصل نمایند.
- ❖ در صورت جابجایی افراد مذکور از بخش مورد نظر و.... سرپرستاران محترم در اسرع وقت ، فرد جانشین وی را به واحد مدیریت دارویی معرفی نمایند.
- ❖ لازم به ذکر است فرد مسئول ADR در بیمارستان ناظر دارویی می باشد و اصل فرم های تکمیل شده جهت ارسال به دانشگاه ، بایستی تحویل واحد مدیریت دارویی گردد.
- ❖ پس از آن فرمها توسط ناظر دارویی در سامانه مربوط به ADR با عنوان **T.TAC** ثبت و اصل فرمهای زرد هر سه ماه یکبار به سازمان غذا و دارو ارسال میگردد.
- ❖ در صورت بروز عوارض جدی دارویی (منظور عوارضی است که منجر به مرگ- ناتوانی یا نقص عضو- ناهنجاریهای مادرزادی، بستری شدن بیمار در بیمارستان یا افزایش طول مدت بستری بیمار، و عوارض تهدید کننده حیات) پس از تایید مسوول فنی داروخانه در مورد جدی بودن عارضه، باید کمتر از ۲۴ ساعت به سازمان مرکزی غذا و دارو با شماره تماس ۰۲۱-۶۱۹۲۷۱۴۴ گزارش گردد. و حتما به سوپروایزر وقت بیمارستان هم اطلاع رسانی شود.

با توجه به وجود دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت و لزوم ثبت اطلاعات مربوط به مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال در نرم افزارهای مربوطه و بستری کودکان بعثت مسمومیت با مخدر، در اولین برخورد با موارد مذکور، مشخصات بیمار به اطلاع خانم جعفری (رابط مادر پرخطر و کودکان ۵۹-۱ ماه) و در صورت عدم حضور ایشان به سوپروایزر وقت اطلاع داده شود.

آموزش به بیمار و مراقبت در منزل



مزایای آموزش به بیمار

افزایش رضایتمندی بیماران
کاهش اضطراب بیمار
کاهش دوره بستری
افزایش نتایج درمان با پایبندی بیشتر بیماران به اقدامات مراقبتی
کاهش هزینه های درمانی و بهداشتی
اطمینان از تداوم مراقبت ها
بهبود کیفیت زندگی بیمار
کاهش بروز عوارض بیماری
افزایش توانمندی و مشارکت در برنامه های درمانی و مراقبتی
افزایش استقلال بیمار در فعالیت های روزمره
تکمیل برنامه های درمانی
کاهش پذیرش مجدد بیماران
در نهایت توانمندسازی جامعه.

*آموزش به بیمار شامل سه حیطه میباشد: **بدو ورود-حین بستری-زمان ترخیص**

در تمامی این مراحل برقراری ارتباط موثر با بیمار و جلب اطمینان و ایجاد آرامش در بیمار / همراه، اهمیت ویژه ای دارد.

*آموزش های **بدو ورود** شامل:

آشنایی با بخش و فضای فیزیکی (اتاق، تخت، نحوه کار با تجهیزات داخل اتاق، جای مهر و سجاده، نحوه استفاده از سطل های پسماند، رعایت نظافت یخچال و ...)

*آشنایی با تیم پزشکی (معرفی نام پرستار و پزشک) و نصب نام پزشک و پرستار در تابلو

*اطلاع رسانی منشور حقوق بیمار (دریافت مطلوب خدمات سلامت با توجه به امکانات موجود، آگاهی دادن به بیماران در خصوص بیماری و روند درمان، رعایت عدالت بین بیماران، حفظ حریم بیمار، محرمانه بودن اطلاعات بیماران و حفظ اصل راز داری و نحوه رسیدگی به انتقادات و پیشنهادات: واحد رسیدگی به امور بیماران)

*آموزش های **حین بستری** شامل:

اطلاع رسانی و آموزش در خصوص بیماری و عوارض آن

*اطلاع رسانی و آموزش در خصوص داروهای تجویز شده و عوارض و علائم هشدار مراقبتی

*آموزش رژیم غذایی بیماری مربوطه و با توجه به بیماری زمینه ای

*آموزش میزان فعالیت ، پوزیشن عضو ، نحوه راه رفتن ، نحوه مراقبت از زخم و پانسمان

*آموزش رعایت بهداشت فردی و کنترل عفونت

*اطلاع رسانی اقدامات پاراکلینیکی در خصوص بیماری مربوطه

*مراقبت های قبل از عمل جراحی : -ناشتا بودن ، شیو ناحیه عمل ، خارج کردن هرگونه وسیله زینتی و دندان مصنوعی ، پرسش در خصوص داشتن پروتز ، لنز، نگین کاشته وبیماری زمینه ای ،داروهای مصرفی در منزل ،سابقه حساسیت های دارویی و بیهوشی های قبلی ،پوزیشن صحیح عضو ، توضیح انواع بیهوشی و مراقبت های آن به بیمار و کنترل مدارک بیمار همراه با مشخصات بیمار قبل از عمل ، داشتن دندان مصنوعی و یا حتی روکش دندان

*مراقبت های بعد از عمل جراحی

*آموزش های زمان ترخیص شامل:

اطمینان از ترخیص بیمار (چک دقیق پرونده و دستورات پزشک

*چک و کنترل دقیق دستور پزشک در خصوص داروهای تجویز شده

*آموزش میزان فعالیت در منزل

*آموزش رژیم غذایی

*آموزش داروهای تجویز شده و علائم هشدار مراقبتی داروها

*آموزش علائم و نشانه های هشدار بیماری مربوطه

*آموزش نحوه مراقبت از زخم و پانسمان ، حمام ، پوزیشن صحیح عضو ، تحرک و جابجایی و....

*آموزش مراجعه به پزشک (زمان و مکان مراجعه پس از ترخیص)

*آموزش و ثبت پیگیری جواب پاتولوژی و آزمایشات در فرم آموزش زمان ترخیص

*اطلاع رسانی و ثبت انجمن های حمایتی بیماری زمینه ای مربوطه در فرم آموزش زمان ترخیص و ارجاع به کلینیک مشاوره پرستاری

*ثبت مهر و امضای پرستار ، ثبت امضاء و اثر انگشت بیمار در فرم آموزش زمان ترخیص پس از ارائه آموزش و اطمینان از اثربخش بودن آموزش

ده توصیه مهم برای دستیابی به آموزش اثربخش و یادگیری / تغییر رفتار بیماران:

- ۱. آموزش ها در موقعی مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون تبادر احساس تعجیل به بیمار ارائه شود.
- ۲. هیچگونه موانع ارتباطی محیطی یا شخصی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی ها / ویژگی های خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند.
- ۳. شیوه ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب / بیمار / همراه طراحی و اجرا شود.
- ۴. از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود.
- ۵. هرگز از واژه های تخصصی در آموزش بیمار استفاده نشود.

- ۶. از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه می تواند در تقویت ارتباط با بیمار کمک کند، استفاده شود.
- ۷. ضمن پایبندی به محتوای علمی آموزش از جملات کلیشه ای / تکراری و از پیش تعیین شده (طوطی واری) استفاده نشود.
- ۸. از مهارت های برقراری ارتباط موثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت اندیشی، امید بخشی و حمایت در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود.
- ۹. ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط با بیمار باشد.
- ۱۰. قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی بیمار اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع بندی نهایی آموزش برای بیمار مجدداً تکرار شود.

*مراقبت در منزل HOME CARE :

- تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان در بدو ورود باید از وجود واحد مراقبت در منزل و ارائه خدمات ایشان مطلع شوند (آموزش و اطلاع رسانی انجام شود)
- از بین تمامی بیماران ، بیمارانی که نیاز به ارجاع به واحد مربوطه را دارند شناسایی شوند که شناسایی به صورت ذیل می باشد:
- الف-پرستار تشخیص دهد که این بیمار کاندید مراقبت در منزل است و در قسمت مراقبت پرستاری فرم ارزیابی اولیه بیمار ثبت نماید.
- ب-پزشک تشخیص و دستور دهد.
- ج-بیمار یا همراه متقاضی استفاده اخذ خدمات مذکور باشد.
- *توجه توجه : در بدو ورود به بیمار متذکر شویم که اگر فردی به صورت شخصی بر بالین حاضر شد و پیشنهاد مراقبت پرستاری در منزل را داد اعتماد نکنند و در صورت نیاز به مسئول بخش یا پرستار مسئول خود اطلاع دهند.
- *قابل ذکر است مراقب بالین بیمار در صورت نیاز باید توسط بستگان خود بیمار معرفی شود و واحد مراقبت در منزل هیچ مسئولیتی در این قبال ندارند.

برنامه کنترل عفونت

احتیاطات استاندارد

تعریف: احتیاط های استاندارد باید هنگام مراقبت از تمام بیماران بستری و اورژانس در بیمارستان بکار گرفته شود.

*احتیاط های استاندارد را برای کلیه بیماران به کار ببرید:

- دست ها را با استفاده از آب و صابون بشوئید.
- دست ها را پس از انجام اقدامات ذیل بشوئید (در صورت استفاده یا عدم استفاده از دستکش) :
 - تماس با خون، مایعات، ترشحات، و مواد دفعی بیمار.
 - در بین تماس با دو بیمار جهت پیشگیری از انتقال میکروب به سایر بیماران.
- در موارد زیر از دستکش استفاده کنید:
 - پوشیدن دستکش (تمیز ولی غیر استریل) در زمان تماس با خون، ترشحات، مایعات، مواد دفعی بدن و مخاط.
 - در بین تماس با بیماران دستگش خود را تعویض نموده و دستهای خود را بشوئید.
- در هنگام انجام اقداماتی که امکان پخش شدن ترشحات و خون و مایعات بدن وجود دارد (خصوصاً هنگام خونگیری و ساکشن) از ماسک و عینک استفاده کنید.
- در هنگام تعویض و جابجایی ملحفه های آلوده از دستکش، بدون تماس با لباس به نحوی که موجب آلودگی دیگر بیماران نگردد استفاده کنید.
- جهت رعایت ایمنی و بهداشت کار موارد زیر را رعایت کنید:
 - سر سوزن های استفاده شده را RECAP نکنید.

- b. سرسوزن‌ها را با دست جدا نکنید.
- c. از خم کردن و شکستن سرسوزن با دست اجتناب کنید.
- d. سرنگ و وسایل تیز را در ظرف مخصوص جمع‌آوری کنید.

پیشگیری از چهار عفونت شایع بیمارستانی

عفونتهای بیمارستانی:

عفونتهای بیمارستانی یا عفونتهای اکتسابی از بیمارستان به عفونتهایی اطلاق میگردد که در هنگام پذیرش بیمار وجود نداشته و در طول درمان در بیمارستان ایجاد گردیده اند. معمولاً عفونتهایی که ۴۸ ساعت بعد از پذیرش بیمار اتفاق میافتد را عفونتهای بیمارستانی گویند.

چهار عفونت شایع بیمارستانی عبارتند از: عفونتهای ادراری، عفونت محل زخم جراحی، پنومونی و عفونت اولیه خون. هر کدام از این عفونتها وابسته به یک وسیله پزشکی تهاجمی یا یک روش تهاجمی خاص میباشد.

عفونتهای دستگاه ادراری

- عفونتهای ادراری شایعترین نوع عفونتهای بیمارستانی میباشد. ۸۰٪ از این عفونتها وابسته به کاتترهای ادراری (سوند ادراری) میباشد.
- مداخلات موثر در پیشگیری از عفونتهای ادراری شامل موارد زیر میباشد:
- ۱- اجتناب از استفاده از کاتترهای ادراری (مگر در شرایط ضروری)
 - ۲- رعایت شرایط استریل جهت سوند گذاری و سایر روشهای تهاجمی مجرای ادراری (مثل سیستم اسکوپ و سیستم گرافی و آزمایشات ادرار).
 - ۳- محدود نمودن زمان بکارگیری کاتترهای ادراری در هنگام استفاده ضروری.
 - ۴- شستشوی بهداشتی دستها با برس و مواد ضد عفونی کننده قبل از سوند گذاری یا هنگام دستکاری کیسه ادراری جهت تخلیه آن.
 - ۵- استفاده از دستکشهای استریل در هنگام سوند گذاری.
 - ۶- تمیز نمودن ناحیه پرینه با محلولهای ضد عفونی مناسب قبل از سوند گذاری.
 - ۷- استفاده از مواد چرب کننده مناسب در هنگام سوند گذاری.
 - ۸- نگهداری درناژ در سیستم بسته.
- نکات دیگری که استفاده از آنها در کاهش میزان عفونت ثابت نشده است ولی بکارگیری آنها توصیه میشود:
- نوشیدن آب به مقدار کافی در بیماران کاتتریزه شده.
 - رعایت بهداشت ناحیه پرینه در بیماران کاتتریزه شده.
 - آموزش مناسب پرسنل در ارتباط با کاربرد و مراقبت از کاتترها.
 - کیسه ادراری باید پائین تر از مثانه قرار گیرد تا از برگشت ادرار به مثانه یا مجرای ادرار جلوگیری به عمل آید.

عفونتهای محل جراحی

فاکتورهایی که در عفونتهای محل جراحی موثر میباشد عبارتند از:

تکنیکهای جراحی مورد استفاده - انتشار عفونتهای موجود در محل زخم در هنگام جراحی - مدت زمان عمل جراحی - وضعیت زمینه ای بیمار - محیط اتاق عمل - ارگانیسمهای منتشره از تیم جراحی اتاق عمل .

یک برنامه سیستماتیک جهت پیشگیری از عفونتهای محل جراحی شامل موارد زیر میباشد :

بکار گیری تکنیکهای جراحی مناسب ، محیط اتاق عمل تمیز با محدود نمودن ورود پرسنل، پوشش مناسب پرسنل ، استفاده از وسایل استریل ، آماده سازی کامل بیمار قبل از عمل جراحی ، استفاده صحیح از آنتی بیوتیکها جهت پروفیلاکسی قبل از عمل و همچنین برنامه مراقبتی دقیق از زخم عمل جراحی، برآورد میزان عفونتهای محل عمل جراحی به وسیله استفاده از روشهای استاندارد مراقبت و گزارش میزان این عفونتها به جراحان، پرستاران و سایر پرسنل اتاق عمل .

عفونتهای تنفسی

عفونتهای دستگاه تنفسی بیمارستانی در گروههای مختلف بیمارستانی مشاهده میگردد . در بعضی از بیماران محیط بیمارستان ممکن است نقش مهمی در ایجاد عفونت داشته باشد که در این موارد رعایت نکات زیر جهت پیشگیری از این عفونتها توصیه میگردد :

پنومونی وابسته به دستگاه ونتیلاتور در بخش مراقبتهای ویژه :

- ♦ ضد عفونی مناسب و مراقبت از لوله ها ، رسپیراتورها و مرطوب کننده ها جهت محدود نمودن آلودگی و انتشار آن .
- ♦ اجتناب از تجویز آنتی اسیدها و بلوک کننده های H₂
- ♦ انجام ساکشن استریل تراشه
- ♦ دهانشویه منظم در بیماران با کاهش سطح هوشیاری و عدم وجود رفلکس بلع و سرفه .

بخشهای درمانی

- ♦ محدود نمودن مصرف داروهای که باعث کاهش سطح هوشیاری میشوند مانند آرام بخشها و مخدرها .
- ♦ رعایت نمودن وضعیت مناسب بیماران کمایی جهت محدود نمودن آسپیراسیون .
- ♦ اجتناب از تغذیه دهانی در بیمارانی که اختلال بلع دارند .

بخشهای جراحی

- ♦ کلیه وسایل تهاجمی مورد استفاده در طی بیهوشی باید استریل باشند .
- ♦ متخصص بیهوشی باید از دستکش و ماسک در زمان تراکه کردن یا بیهوشی اپیدورال و یا وریدی استفاده نماید .
- ♦ فیزیوتراپی قبل از عمل جراحی در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن.

عفونتهای محل کاترها

در محل رگ گیری احتمال عفونت موضعی و سیستماتیک وجود دارد . اینگونه عفونتها در بخشهای ویژه شایع هستند . عملکردهای اساسی برای تمام کاتترهای عروقی عبارتند از :

- ♦ اجتناب از کاتتریزاسیون مگر در مواردیکه اندیکاسیون پزشکی وجود دارد .
- ♦ بکار گیری سطح بالای استریلیزاسیون در هنگام استفاده از کاتتر و مراقبت از آن .
- ♦ محدودیت استفاده از کاتتر (در کوتاهترین زمان ممکن)
- ♦ آموزش پرسنل در بکارگیری کاتتر و مراقبتهای لازم آن .

کاتترهای عروق محیطی

- ♦ دستها باید قبل از مراقبت از کلیه کاتترها شسته شوند و بهتر است از محلولها و برسهای بهداشتی و مخصوص شستشوی دستها استفاده شود .
- ♦ شستشو و ضد عفونی پوست با محلولهای ضد عفونی در محل قرار گرفتن کاتتر .

- ♦ تعویض کاتترهای داخل عروقی به مقدار بیشتر از تعویض سایر کاتترها ضروری نمیباشد، مگر بعد از تزریق خون یا تزریقات اینترالیپید.
- ♦ در صورت وجود عفونت یا فلبیت باید کاتتر فوراً خارج گردد.



ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان

احتیاط هوایی Air Borne Precautions

(قطرات کمتر از ۵ میکرون که در فضا به حالت معلق باقی می مانند)

مثال: سل ریه یا حنجره، سرخک، آبله مرغان، زونا، منتشر، آبله

اتاق بیمار: بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی، خروج هوا از اتاق بیمار باید به طور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد در غیر اینصورت هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی از فیلتر هپا عبور کند، درب اتاق بیمار باید بسته باشد.

ماسک: استفاده از ماسک (N95) برای افرادی که وارد اتاق می شوند و ماسک جراحی برای بیمار به هنگام خروج از اتاق الزامی است

گان: بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه بدنبال اقدامات پزشکی خطر پاشیده شدن خون، مایعات خونی و ترشحات بیمار وجود داشته باشد.

محافظت از چشم ها و صورت: بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه بدنبال اقدامات پزشکی خطر پاشیده شدن خون، مایعات خونی و ترشحات بیمار وجود داشته باشد.

دستکش: بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه خطر تماس با خون، مایعات خونی، ترشحات، مواد آلوده، غشاء مخاطی و پوست زخمی وجود داشته باشد و تعویض دستکش جهت معاینه بیمار دیگر ضروری است.

رعایت بهداشت دستها: پس از تماس با خون، مایعات خونی، ترشحات، مواد آلوده، بلافاصله پس از در آوردن دستکش ها و در فاصله تماس بین بیماران ضروری است.

احتیاط قطرات Precautions Droplet

(ذرات بزرگتر از ۵ میکرون که پس از طی حدود یک متر در فضا، بر روی سطوح می نشینند)

مثال: آنفلوانزا، مننژوکوک، سیاه سرفه، اوریون، سرخچه

اتاق بیمار: بستری بیمار در اتاق خصوصی، درب اتاق بیمار می تواند باز باشد.

ماسک: برای افرادی که وارد اتاق می شوند یا برای خود بیمار به هنگام خروج از اتاق استفاده از ماسک استاندارد جراحی الزامی است

گان : بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه بدنبال اقدامات پزشکی خطر پاشیده شدن خون ، مایعات خونی و ترشحات بیمار وجود داشته باشد .

محافظت از چشم ها و صورت : بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه بدنبال اقدامات پزشکی خطر پاشیده شدن خون ، مایعات خونی و ترشحات بیمار وجود داشته باشد .

دستکش : بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه خطر تماس با خون ، مایعات خونی ، ترشحات ، مواد آلوده ، غشاء مخاطی و پوست زخمی وجود داشته باشد و تعویض دستکش جهت معاینه بیمار دیگر ضروری است .

رعایت بهداشت دستها : پس از تماس با خون ، مایعات خونی ، ترشحات ، مواد آلوده ، بلافاصله پس از در آوردن دستکش ها و در فاصله تماس بین بیماران ضروری است .

احتیاط تماسی Contact Precautions

مثال : زرد زخم ، زخم بستر ، اسهال حاد ، هیپاتیت

اتاق بیمار: بستری بیمار در اتاق خصوصی

ماسک : نیاز نمی باشد ، مگر اینکه خطر پاشیده شدن خون ، مایعات خونی و ترشحات آلوده بیمار وجود داشته باشد .

گان : بایستی استفاده شود ، خارج نمودن گان قبل از ترک اتاق الزامی است .

محافظت از چشم ها و صورت : بطور معمول نیاز نمی باشد مگر اینکه بدنبال اقدامات پزشکی خطر پاشیده شدن خون ، مایعات خونی و ترشحات بیمار وجود داشته باشد .

دستکش : استفاده از دستکش الزامی است .

رعایت بهداشت دستها : پس از تماس با خون ، مایعات خونی ، ترشحات ، مواد آلوده ، بلافاصله پس از در آوردن دستکش ها و در فاصله تماس بین بیماران ضروری است .

چه زمانی دستها را بشوئیم :

–در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران

• قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

• قبل از انجام اقدامات تهیاجمی

• بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

قبل و بعد از تماس با زخم

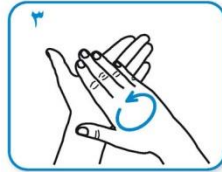
• پس از در آوردن دستکش ها از دست.

چطور دست ها را بشوئیم؟

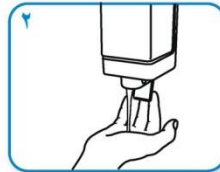
دست ها را فقط وقتی بشوئید که کثیف اند، و گرنه از دستمال استفاده کنید



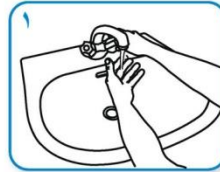
مدت کل مراحل: ۴۰ تا ۶۰ ثانیه



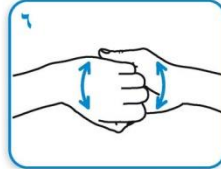
کف دست ها را به هم بمالید



صابون کافی برای پوشاندن سطح دستها بر دارید



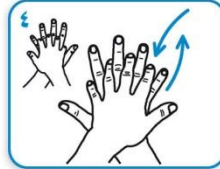
دستها را با آب خیس کنید



پشت انگشت ها را داخل کف دستها ببرید تا در هم قفل شوند



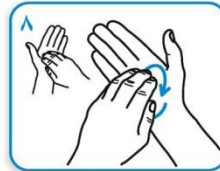
مالیدن کف دستها با انگشت های درهم



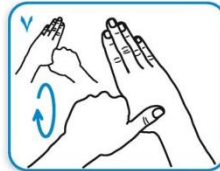
کف دست راست بر پشت دست چپ با انگشت های درهم و بالعکس



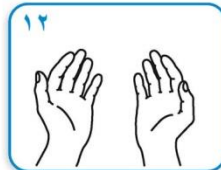
دستها را با آب شستشو دهید



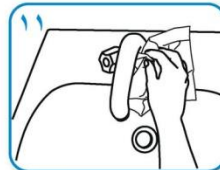
مالش های ملور و رفت و برگشتی با انگشتان بسته یک دست روی کف دست دیگر و بالعکس



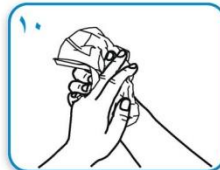
مالش گردشی شست یک دست در داخل کف دست دیگر و بالعکس



اکنون دستهای شما کاملاً تمیز و مطمئن هستند



از همان دستمال برای بستن شیر آب استفاده کنید



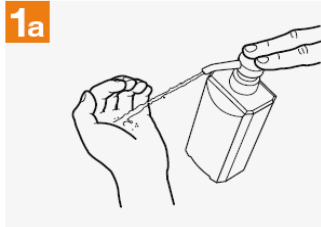
با یک دستمال حوله ای بطور کامل خشک کنید

روش هند راب با محلول الکلی:

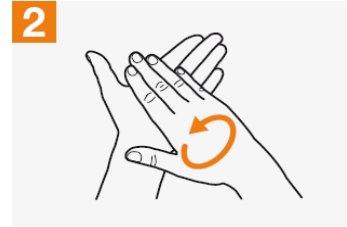
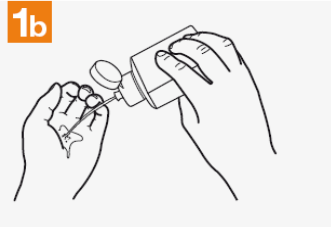
How to handrub

Hand Hygiene Technique with Alcohol-Based Formulation

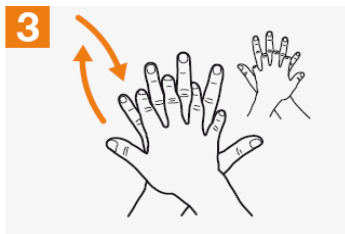
 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



Apply a palmful of the product in a cupped hand, covering all surfaces;



Rub hands palm to palm;



Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



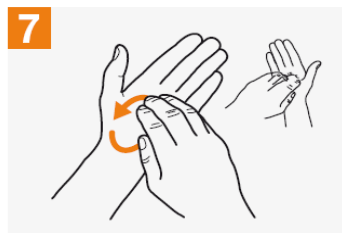
Palm to palm with fingers interlaced;



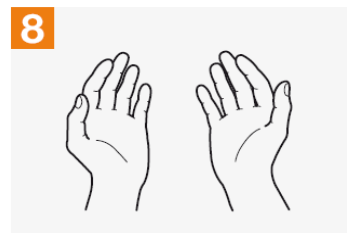
Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



Once dry, your hands are safe.

روش شستشوی دست قبل از جراحی :

مرحله اول : استکراب دست و ساعد



۲ سی سی از محلول با پایه الکلی را در کف دست چپ بریزید از آرنج یا سایر قسمت های بازو برای بکار گرفتن طرف محلول ضدعفونی کننده استفاده کنید	نوک انگشتان دست راست را در محلول موجود در کف دست جهت تمیز کردن زیر ناخن قروبرید (۳ ثانیه)	مطابق شکل محلول با پایه الکلی را روی ساعد تا آرنج با حرکات چرخشی بمالید مطمئن شوید که بقیه نواحی پوست تا آرنج با محلول پوشیده شده و محلول با پایه الکلی روی پوست خشک شود (۱۰ تا ۱۵ ثانیه)
--	---	---

تکنیک های فوق جهت دست چپ نیز انجام شوند.

مرحله دوم : ضد عفونی مجدد دست



تقریباً ۲۰ سی سی از محلول با پایه الکلی را در کف دست چپ بریزید از آرنج یا دیگر قسمت های بازو جهت تمیز کردن جهت بکار گرفتن محلول استفاده کنید (۳۰ تا ۴۰)	تمام سطح دست تا مع دست را با محلول با پایه الکلی بپوشانید کل دست ها را با حرکات چرخشی به هم بمالید	پشت دست چپ را با حرکات عقب و جلو در کف دست راست بمالید	کف دست مقابل را با حرکت عقب و جلو با قفل کردن انگشتان به یکدیگر بمالید	پشت انگشتان را به وسیله نگهداشتن آنها در کف دست با حرکت عقب و جلو بمالید	انگشت شصت دست چپ را بوسیله حرکات چرخشی در دست دیگر بمالید	زمانیکه دستها کاملاً خشک شد گان و دستکش استریل را بپوشید
---	--	--	--	--	---	--

تکنیک های فوق حداقل ۳ بار (ترجیحاً ۵ بار) قبل از انجام جراحی تکرار شوند.

clinical Governance

کمیته کنترل عفونت

دستورالعمل تفکیک و جمع آوری و نگهداری موقت پسمانده های بهداشتی درمانی

تفکیک و جداسازی زباله های بیمارستانی در محل تولید توسط کارکنان بخش بهداشت و درمان موجب ارتقاء سطح بهداشت و کاهش عفونتهای بیمارستانی و زباله های خطرناک میگردد .

پسمانده ها به مواد جامد ، مایع و گاز (غیر از فاضلاب) می گویند که از فعالیت انسان حاصل و از نظر تولید کننده زاید محسوب میشود
پسمانده های مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها به ۲ گروه معمولی و خطرناک تقسیم میشوند :

پسمانده های معمولی :

پسمانده های معمولی مشابه پسمانده های خانگی بود و بطور عمده از کارکردهای خدمات اداری و عمومی تولید شده و شامل زباله های آشپزخانه ، قسمت اداری مالی ، ایستگاه پرستاری ، باغبانی و نظایر آن میشود .

پسمانده های خطرناک:

شامل ۴ دسته : ۱. عفونی ۲. شیمیایی ۳. نوک تیز و برنده و ۴. رادیو اکتیو میباشد . این نوع از پسمانده ها به روش خاص مدیریت میشوند

۱. پسمانده های عفونی : کلیه پسمانده های آلوده به خون و فرآورده های خونی / کلیه پسمانده های مربوط به آزمایشهای تشخیص طبی و تحقیقات پزشکی / پسمانده های پاتولوژی / کلیه ترشحات و پسمانده های آلوده به ترشحات بیماران عفونی / کلیه مواد و وسایلی که با بیمار عفونی تماس داشته اند / کشتهای بیولوژیک و محیطهای کشت / پسماند اتاقهای ایزوله / پسماند بخشهای دیالیز / پسماندهای ناشی از جراحی و اتوپسی / اعضا و اندامهای قطع شده و جنین .

۲. پسماندهای شیمیایی : زباله های دارویی و مواد شیمیایی / و بالهای نیمه پر و پر دارویی / باتل سرمهایی که داخل آنها دارو استفاده شده است و نیز میکروستهای جهت تزریق دارو / ترمومترهای شکسته / معرف های آزمایشگاهی / داروهای ثبوت و ظهور فیلم و / هر گونه زباله منتج شده از تشخیص ، درمان و مراقبت بیماران تحت شیمی درمانی اعم از ستهای سرم ، کیسه های ادرار ، سوند، کیسه های استوما

۳. پسماندهای نوک تیز و برنده : سرسوزن / تیغ بیستوری واره / اسکالپ / لانس / انواع آنژیوکت / شیشه های شکسته سرم و فرآورده های خونی و دارویی / و هر گونه وسیله یکبار مصرف تیز و برنده که در تشخیص و درمان مراقبت بیماران استفاده شده است

۴. پسماندهای رادیواکتیو : کلیه پسماندهای آلوده به رادیو اکتیو .

تفکیک پسماندها :

پسماندهای معمولی : در کیسه زباله های مشکی رنگ جمع آوری و در مخزن به رنگ آبی جمع آوری میشوند .

پسماندهای عفونی : در کیسه زباله زرد رنگ جمع آوری و در مخزن زرد رنگ دارای علامت مخصوص قابل شستشو و ضد

عفونی نگهداری میشوند .

پسماندهای شیمیایی : در کیسه های سفید (در صورت موجود نبودن کیسه زرد) جمع آوری و در مخزن سفید نگهداری میشوند.

پسماندهای نوک تیز و برنده : صرف نظر از اینکه آلودگی داشته و یا نداشته باشد در جعبه یا محفظه مقاوم مخصوص که ضد سوراخ

شدن بوده و درپوش مناسب داشته باشند جمع آوری میشوند . حتی الامکان و در موارد شیمی درمانی کلیه سر سوزنها از سرنگها ی مصرف شده جدا نشود و بصورت توام جمع آوری گردد.

پسماندهای رادیواکتیو : طبق ضوابط و توافقتنامه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان انرژی اتمی ایران و زیر نظر مسئول فیزیک بهداشت در ظروف خاص نگهداری میشوند .

جمع آوری :

-وقتی سه چهارم ظروف و کیسه های پلاستیکی پر از پسماند شد پس از بستن درب و چسباندن بر روی آنها پسماندها جمع آوری میگردند .

-بر چسب روی کیسه ها دارای مشخصاتی از قبیل تاریخ تولید ، نام بخش و نوع زباله است .

-جمع آوری پسماندها همه روزه و در صورت لزوم چند بار در روز انجام و به محل تعیین شده حمل میگردد .

-پس از شستشو و ضد عفونی سطل های زباله ، به جای کیسه و ظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها و ظروف از همان نوع قرار میگیرد .

-حمل زباله بوسیله تrolley های چرخ دار یا ظروف (بین) چرخ دار یا گاریهایی که برای هیچ منظور دیگری از آنها استفاده نمیشوند و دارای مشخصات زیر باشد ، انجام میگیرد :

- حمل ، بارگیری و تخلیه آسان / بدون لبه تیز و برنده / سطوح با قابلیت نظافت و تمیز کردن آسان ومقاوم

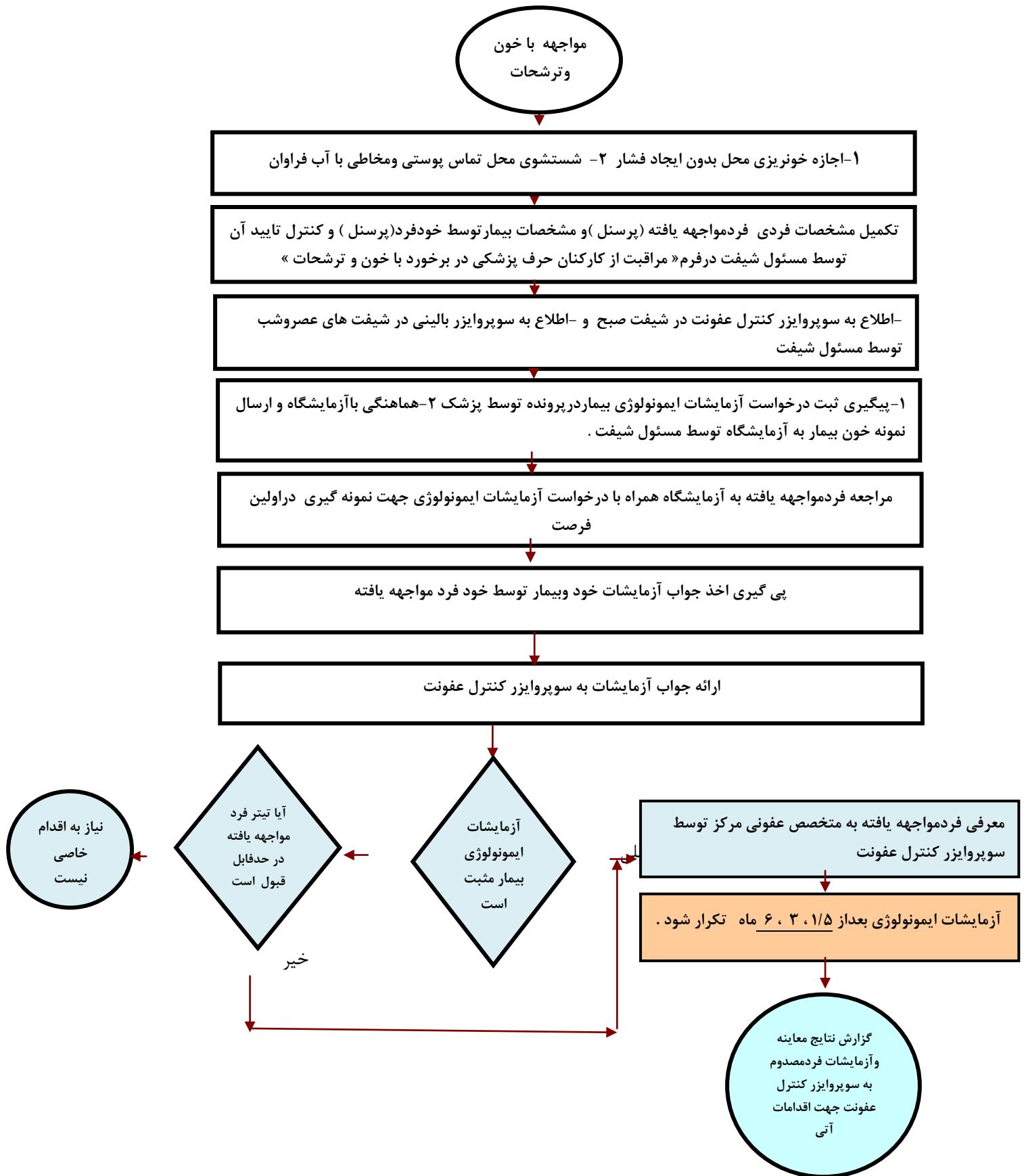
- وسیله حمل پسماندها هر روز با مواد گندزدا نظافت و ضد عفونی میگردد .

- تعویض تrolley با گاریهای چرخدار از انتهای بخش به محل نگهداری موقت پسماندها ضروری است . کیسه های پسماند نیز سر بسته و دست نخورده تا پایان مدت حمل باقی میماند .

بی خطر سازی با استفاده از روش و فناوری های غیر سوزاندن در مبدا تولید، استراتژی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در حل مسئله پسماندهای پزشکی است .

باز یافت پسماندهای مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانی ممنوع است

فلوچارت فرآیند مراقبت از کارکنان حرف پزشکی در برخورد با خون و ترشحات



فرم مراقبت از کارکنان حرف پزشکی در برخورد با خون و ترشحات

مشخصات بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:	سن:	نام پدر:
	شماره تلفن:	آدرس:		
مشخصات فرد مواجهه یافته	نام و نام خانوادگی فرد:	سمت:	سن:	
	شماره تلفن:	آدرس:		
	محل حادثه:	شیفت:	تاریخ و ساعت حادثه:	

بررسی مورد آسیب دیده شغلی

نوع حادثه	پرخطر	صدمه پوستی:	صدمه مخاطی:	
	کم خطر:	صدمه پوستی:	صدمه مخاطی:	
اقدامات انجام شده	شستشوی محل تماس پوستی با آب و صابون به مدت ۵-۳ دقیقه:			
	شستشوی مخاط دهان یا چشم با آب فراوان:			
	اطلاع به مسئول کنترل عفونت:			
	گرفتن نمونه خون فرد مصدوم (5ml) و ارسال آن به آزمایشگاه:			
	گرفتن نمونه خون بیمار (5ml) و ارسال آن به آزمایشگاه:			
امضاء مصدوم:		امضاء مسئول شیفت:		

فرایند پی گیری مصدوم و بیمار:

نمونه خون های ارسالی توسط آزمایشگاه اعلام وصول شده است:	بلی	خیر	
تاریخ انجام آزمایش HIV و HCV و HBS جهت مصدوم:/...../.....			
تاریخ انجام آزمایش HIV و HCV و HBS جهت بیمار:/...../.....			
ارجاع مصدوم به مرکز بهداشت در موارد پرخطر:		بلی	خیر
ویزیت مصدوم توسط متخصص عفونی مرکز:		بلی	خیر
تجویز، تزریق گاماگلوبولین توسط متخصص عفونی مرکز:		بلی	خیر
شروع دارودرمانی توسط متخصص عفونی مرکز:		بلی	خیر
فرد مصدوم دارای پرونده بهداشتی در بیمارستان می باشد:		بلی	خیر
در صورت نداشتن پرونده بهداشتی اقدام جهت تشکیل آن:		بلی	خیر

نحوه بر خورد با خون (روی زمین ریخته شده) کمتر از ۳۰ سی سی

الف - جمع آوری خون با دستکش و دستمال

ب - شستشوی محل با آب و پودر شوینده (دترجنت)

ج - ضد عفونی محل با محلول ضد عفونی سطوح ۵٪ تا ۱٪ درصد موجود در بیمارستان

پ - زدن تی عفونی یک بار

س - زدن تی معمولی یک بار

نحوه بر خورد با خون (روی زمین ریخته شده) بیشتر از ۳۰ سی سی

الف - انداختن پارچه قابل نفوذ و جاذب رطوبت روی خون

ب - ریختن محلول ضد عفونی سطوح ۵٪ تا ۱٪ درصد موجود در بیمارستان روی آن به مدت (۱۵ تا ۳۰ دقیقه)

ج - جمع آوری خون با دستکش و دستمال

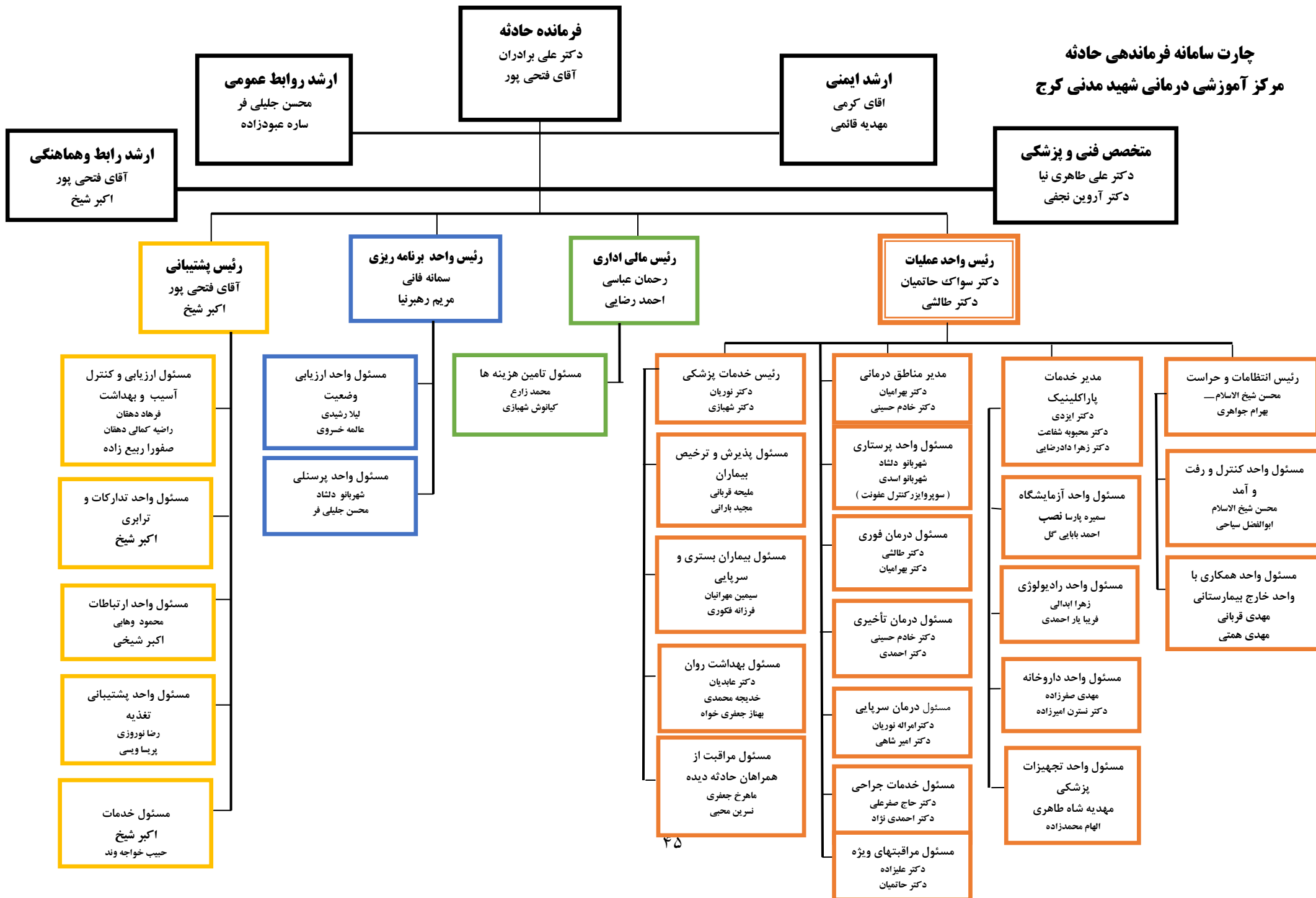
د - شستشو با آب و پودر شوینده (دترجنت)

چ - ضد عفونی محل با محلول ضد عفونی سطوح ۵٪ تا ۱٪ درصد موجود در بیمارستان

پ - زدن تی عفونی یک بار

س - زدن تی معمولی یک بار

چارت سامانه فرماندهی حادثه
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی کرج



کدهای وضعیت اضطراری در مراکز درمانی استان البرز

فوریت درجه ۱	۱۱
فوریت درجه ۲	۲۲
فوریت درجه ۳	۳۳
فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	۱۲۳ 
فوریت‌های زیر ساختی (حوادث داخلی)	۴۴
ایمنی و آتش نشانی	۲۵
انتظامات	۶۰
احیا مادر باردار	۷۷
احیا نوزاد	۸۸
احیا بزرگسال	۹۹
تخلیه بیمارستان	۱۰۰
درمان سکته قلبی	۲۴۷
درمان سکته مغزی	۷۲۴
نشست و برخاست بالگرد اورژانس هوایی	۳۵۰
حوادث در تجمعات انبوه	۴۵۰
حوادث جوی	۵۰۰
شیوع اپیدمی (کرونا و ...)	۵۵۰

لیست حوادث قابل گزارش داخل بیمارستانی	
۱	نقص تاسیسات و تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره ای را در پی داشته باشد.
۲	مسمومیت یا مصدومیت گروهی از کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
۳	شیوع بیماری عفونی در بیماران و کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
۴	حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف
۵	وقوع مخاطرات طبیعی مانند: زلزله ، سیل و....
۶	وقوع مخاطرات انسان ساخت مانند: آتش سوزی، نقص تجهیزات هسته ای، آلودگی های شیمیایی و
۷	مشاهده نوعی از بیماری که برای پیشگیری از شیوع، نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی دارد.
۸	اعتصاب و نافرمانی دسته جمعی بیماران یا کارکنان، مانند تحصن و تجمع بیشتر بیماران یا کارکنان
۹	پخش هرگونه شایعه که وضعیت بیمارستان را از حالت عادی خارج سازد
۱۰	موارد گروگانگیری

لطفاً به محض اطلاع از وقوع حوادث ویژه، اطلاعات اولیه طی تماس تلفنی به مرکز هدایت عملیات بحران (EOC) دانشگاه اعلام و اطلاعات

تکمیلی (حداکثر ظرف ۳ ساعت پس از وقوع حادثه)، طبق فرمت حوادث ویژه، به این مرکز ارسال شود.

تلفکس: ۰۲۶-۳۲۵۴۰۱۱۵

همراه: ۰۹۳۹۲۶۱۰۱۱۵

آتش نشانی



حریق :

حریق یک اکسیداسیون سریع مواد سوختنی و گازها است که در این عمل گرما و نور بوجود می آید . ماده قابل احتراق بنام ماده سوختنی معروف می باشد. بطور کلی وجود سه عامل برای ایجاد یک آتش سوزی لازم است، یعنی اگر این سه عامل در یکجا جمع گردند آتش سوزی بوجود می آید. این عوامل عبارتند از:

۱- مواد قابل اشتعال ۲- حرارت ۳- اکسیژن

از تشکیل این عوامل مثلثی بنام مثلث آتش بوجود می آید.

علل حریق :

اطلاع از علل حریق می تواند به نوعی در جلوگیری از ایجاد شرایط وقوع حریق موثر باشد . عوامل ایجاد حریق می تواند به دودسته کلی زیر تقسیم گردند:

-عوامل غیر الکتریکی

-عوامل الکتریکی

منشاء غیر الکتریکی می تواند مواردی مانند بمباران هوایی دشمن، بی احتیاطی های پیش بینی نشده، خرابکاری و ... باشد. منشاء الکتریکی حریق بطور کلی از تنظیم نامناسب سیستم های حفاظتی، عدم عملکرد مدارات حفاظتی بهنگام وقوع خطا و تداوم خطا ناشی از نقص در مدارات حفاظت و یا تجهیزات جداکننده خطا(نظیر کلید قدرت و ...) سرچشمه می گیرد.

برخی از شایع ترین موارد حریق عبارتند از:

-در تجهیزاتی مانند ترانسفورماتورها ، راکتورها، خازنها، ترانسفورماتورهای اندازه گیری و برخی کلیدها که در آنها از یک ماده عایق و خنک کننده چون روغن استفاده می شود، وقوع قوس به دلیل اضافه ولتاژها و یا ضعیف شدن خاصیت عایقی ماده حاصل می گردد . دمای بالای قوس باعث تجزیه روغن و تولید بخار روغن یا گاز می شود که می تواند در نهایت منجر به انفجار استیلنی یا هیدروژنی گردد . این انفجار باعث پرتاب قطعات به اطراف و اشتعال روغن میگردد. -کابلها در صورتیکه در معرض اضافه جریان قرار گرفته و مدارات حفاظت به موقع عمل نکنند موجب افزایش دما و در نهایت شعله ور شدن غلاف هادیها که اکثراً از جنس PVC هستند خواهد شد . - آتش سوزی در ساختمان کنترل، رله و اطاق دیزل ژنراتور اضطراری

دسته بندی مواد در طبیعت :

بطور کلی مواد موجود در طبیعت به دو دسته تقسیم می شوند : مواد قابل اشتعال و مواد غیر قابل اشتعال. مواد غیر قابل اشتعال : این مواد در شرایط معمولی قابل سوختن نمی باشند و با اکسیژن هوا ترکیب نمی شوند مانند خاک رس ماسه، سنگ بلکه در پاره ای از مواقع خود کمکی برای خاموش کردن نیز به حساب می آیند مانند شن و ماسه و خاک. ۱- مواد قابل اشتعال در طبیعت به سه حالت موجودند:

الف: مواد سوختنی جامد: مانند چوب، ذغال، کاغذ، پارچه و...

ب: مواد سوختنی مایع: مانند فرآورده های نفتی، الکل ها و...

ج: مواد سوختنی گاز: مانند انواع گازهای قابل اشتعال، بوتان، استیلن و...

۲-حرارت: احتراق هنگامی صورت می گیرد که درجه حرارت بر حسب نوع و جنس مواد ترکیب شونده با جسم سوزنده به حد کفایت رسیده باشد و این حد را درجه حرارت احتراق می نامند.

۳- اکسیژن

پیشگیری از حریق و اطفای حریق:

باید دانست که عمل سوختن بوسیله اکسیژن موجود در هوا ایجاد می شود، در عمل سوختن جسم سوزنده و هوا باید درکنار هم واقع گردند. هر چه سطح جسم قابل سوختن تمایل بیشتری با اکسیژن هوا داشته باشد عمل سوختن و احتراق آسانتر و سریعتر انجام می گیرد. در تحقیقات اخیر نشان داده شده است که تنها سه عام (اکسیژن، سوخت، حرارت) نمی تواند آتش سوزی را بوجود آورد و عامل چهارمی نیز در این امر دخالت دارد و آن فعل و انفعالات شیمیایی زنجیره ای است. این فعل و انفعالات عبارتست از شکستن و دوباره ترکیب شدن مولکولهای جسم قابل احتراق با اکسیژن محیط.

برنامه ای جهت پیشگیری از آتش در هر پست پیش بینی می شود که حداقل شامل موارد زیر است:

-اطلاعات ایمنی در مقابل آتش سوزی برای کلیه کارکنان و پیمانکاران: این اطلاعات می بایست حداقل شامل آشنایی با دستورالعملهای پیشگیری از آتش و همچنین آلامهای اضطراری محوطه و دستورالعملهای مربوطه و چگونگی گزارش دهی آتش سوزی باشد.

-تهیه مدارک بازرسی ها شامل پیش بینی هایی برای انجام عملیات اطفاء برای بهبود شرایط در هنگام افزایش آتش سوزی

-تامین یک سیستم ارتباط اضطراری در پست برای کمک رسانی سریع در هنگام آتش سوزی

-تعیین یک برنامه منظم جهت نگهداری مواد قابل احتراق و سایر موارد مشابه در انبارهای تعیین شده و تمیز کاری دوره ای شیرها مطابق با دستورالعملهای سازنده

-آزمونهای عملی که نشان دهد اپراتورها و سایر کارکنان پست در هنگام بروز حریق عکس العمل مناسب خواهند داشت.

-نظارت بر جلوگیری از آتش

طرق مختلف انتقال حرارت:

۱- روش مستقیم یا هدایت:

در این طریق جسم بعلت مجاورت با یک کانون آتش گرم می شود. یعنی حرارت از یک جسم که دارای درجه حرارت بالاتر میباشد به یک جسم که دارای درجه حرارت پایین تر است منتقل می شود. انتقال حرارت از طریق هدایت در آتش سوزی ها باعث می گردد که حرارت از طریق تیرآهن ها و میله های فلزی در سقف یا پایه ساختمانها از اتاقی به اتاق دیگر گسترش یابد.

۲- روش غیرمستقیم یا جابجایی:

در این طریق بعلت جابجایی و حرکت هوای گرم، حرارت انتقال می یابد و در آتش سوزی ها بعلت احتراق و گرم شدن، بخارات و گازهای زیادی بوجود می آید که این گازهای گرم از طریق پلکان ها و کانال ها و آسانسور ها بطرف بالا حرکت کرده و باعث گسترش حریق در طبقات مختلف ساختمان می گردد.

۳- تشعشع:

در این طریق حرارت بصورت امواج حرارتی (نورانی) انتقال می یابند. امواج نورانی در مسیر خود تا به مانع برخوردنکرده اند حرکت می کنند، مانند گرمای حاصل از جذب اشعه خورشید. در تشعشع هر چه جسم تیره تر باشد بیشتر قابلیت جذب داشته و زود گرم می شود.

-عوامل ایجاد آتش:

- تماس مستقیم با شعله یا مواد مشتعل
- وجود درجه حرارت کم برای مدت زیاد
- گرم شدن خود به خود و سوختن
- انفجار یا انتشار سریع شعله
- برق زدن

روشهای خاموش کردن آتش:

۱- سرد کردن یا قطع حرارت :

همانطور که ذکر گردید یک جسم قابل اشتعال در درجه حرارت بخصوص شروع بسوختن می کند، حال اگر بوسیله سرد کردن، درجه حرارت یک ماده قابل اشتعال را پائین آوریم یکی از ضلع های مثلث آتش را از بین برده و در نتیجه آتش خاموش می گردد، باید توجه کرد که سرد کردن بعد از اینکه درجه حرارت جسم به زیر نقطه اشتعال رسید جهت اینکه دوباره مشتعل نشود باید ادامه پیدا کند، ساده ترین و ارزانتین روش سرد کردن استفاده از آب است، ولی باید توجه کرد که هر نوع آتشی را مجاز به استفاده از آب نیستیم.

۲- خفه کردن (قطع اکسیژن):

بعضی از آتش ها با سرد کردن قابل مهار نیستند، روش خفه کردن، مهار کردن ضلع اکسیژن است که بوسیله ای مانع از رسیدن اکسیژن به جسم قابل اشتعال می گردیم، به این روش خفه کردن می گویند، در این حالت از کپسول های پودر و گاز، پتوی خیس یا هر وسیله دیگری که بتواند راه نفوذ اکسیژن را به محل سوخت ببندد استفاده می شود.

۳- قطع سوخت (سد کردن):

اگر بوسیله ای مانع از رسیدن سوخت به کانون اشتعال گردیم، می توانیم از پیشرفت حریق جلوگیری نمائیم. مانند بستن شیر مخزن گاز که تولید آتش سوزی کرده است یا تخلیه مخزنی که از سطح زیرین آتش گرفته است یا دور کردن مواد قابل اشتعال از محوطه آتش جهت جلوگیری از توسعه آتش.

۴- استفاده از مواد شیمیایی:

استفاده از مواد شیمیایی هالوژنه، گاز کربنیک و پودرهای خشک شیمیایی باعث قطع و متوقف ساختن فعل و انفعالات زنجیره ای و در نتیجه جلوگیری از ادامه حریق می شود.

طریقه خاموش کردن آتش های طبقه بندی شده:

۱- طبقه A: بهترین روش جهت اطفاء حریق های طبقه A که از سوختن مواد جامد قابل اشتعال خاکسترزا بوجود می آیند،

از بین بردن ضلع حرارت مثلث آتش و استفاده از روش سرد کردن می باشد که اقتصادی ترین و سریع ترین و بهترین عامل استفاده از آب است، باید توجه داشت که جریان آب تا خاموشی کامل آتش باید مرتباً جریان داشته و قطع نشود.

۲- طبقه B: بهترین روش جهت اطفاء حریق های طبقه B که از احتراق مایعات قابل اشتعال بوجود می آیند از بین بردن ضلع اکسیژن مثلث آتش یعنی خفه کردن می باشد.

در این نوع آتش ها، از کپسول های پودر و گاز، ئیدروکربورهای هالوژنه، کف ها و سایر روشهای خفه کردن مانند استفاده از ماسه و شن و پتو و ... می توان استفاده کرد.

۳- طبقه C: بهترین روش جهت خاموش کردن آتش سوزی های برقی، طریقه قطع اکسیژن مثلث آتش بوسیله خفه کردن

می باشد در این طبقه استفاده از آب امکان ندارد و حتی خطرناک است. بعلت خطر هدایت جریان و برق گرفتگی شخص، از کپسول های پودر و گاز و گاز CO₂ هر یک می توان استفاده کرد،

باید توجه نمود قبل از اقدام جهت اطفاء حریق در آتش سوزی های برقی، جریان برق را قطع نمود.

۴- طبقه D : جهت اطفاء حریق فلزات قابل اشتعال از کپسول های مخصوص بخود که بستگی به نوع فلز دارد استفاده می گردد.

وسایل و لوازم مبارزه با آتش سوزی:

خاموش کننده های آب و گاز

خاموش کننده های پودر و گاز

خاموش کننده های گاز کربنیک (CO₂)

خاموش کننده های هیدرو کربورهای هالوژنه

۱- خاموش کننده های آب و گاز : این نوع خاموش کننده ها که از آب و گازی جهت تخلیه آب، استفاده میشد هم اکنون استفاده از محدودی دارد، جهت استفاده حریق گروه A مناسب است.

۲- خاموش کننده پودر و گاز:

خاموش کننده پودر و گاز تحت فشار : در این نوع کپسول ها پودر داخل آن زیر فشار دائم گاز می باشد و رطوبت موجود در هوا نمی تواند روی آن تاثیر داشته باشد، علامت مشخصه این نوع کپسول ها فشارسنجی است که روی کپسول قرار دارد، تا زمانی که گاز آن در حد مجاز است درجه روی قسمت سبز قرار داشته و به محض آنکه گاز آن بعللی از کپسول نشت یابد درجه به قسمت قرمز می آید که فوراً باید تحت شارژ گاز قرار گیرد، این خاموش کننده ها جهت استفاده حریق های گروه B و C مناسب می باشد،

۳- خاموش کننده های CO₂:

در این نوع کپسول گاز CO₂ بکار رفته است که این گاز تحت فشار زیاد بصورت مایع درآمده و هنگام عمل بصورت گاز خارج می گردد این کپسول برای آتش های نوع B و C بکار می رود که اغلب معمولاً جهت استفاده آتش سوزی های الکتریکی (طبقه C) مورد مصرف قرار می گیرد، چون گاز، داخل بصورت مایع و تحت فشار است، لذا بدنه این کپسول ها از آلیاژ مقاوم فولاد مخصوص ساخته می شود، علامت مشخصه این نوع کپسول ها داشتن نازل شیپوری یا استوانه ای است که آنرا از سایر کپسول ها متمایز می کند.

۴- خاموش کننده های هالوژنه:

در این نوع خاموش کننده ها از هیدروکربور های هالوژنه استفاده شده است، قدرت خاموش کنندگی این نوع کپسول ها با مقایسه با حجم مساوی دو برابر نوع پودری و سه برابر نوع 2CO و چهار الی پنج برابر آب و گاز می باشد. از این نوع خاموش کننده جهت اطفاء آتش سوزی ها ناشی از جامدات و مایعات قابل اشتعال استفاده می شود. همچنین جهت اطفاء آتش سوزی هایی که خطرات خاص در بردارند و یا در جاهایی که خطرات برقی وجود دارد و نیز در جاهایی که مسئله وزن کپسول مهم است مانند هواپیما و زیردریایی و ... مورد استفاده قرار می گیرد.

-سیستمهای اتوماتیک اطفاء و اعلام حریق:

۱- اسپرینکلر (آب پاش خودکار)

الف :عمومی :تشکیل شده است از یک شبکه لوله کشی های محاسبه شده در سقف کارگاهها که در روی آن نازلهایی تعبیه می گردند که حساس به حرارت می باشند و با بالا رفتن درجه حرارت محیط بر اثر آتش سوزی نازل باز شده و آب با فشار روی آتش اسپری می گردد و آنرا خاموش می کند در عین حال سیستم می تواند متصل به آژیر هم باشد و ضمن اطفاء حریق افراد را هم باخبر کند.

ب :موضعی : بعلت بالا بودن هزینه در آب پاش خودکار عمومی سیستم تکامل یافته ای بنام اسپرینکلر موضعی بوجود آمده که در داخل آن آب CO₂ پودر و گاز یا هالوژن است. در دهانه خروجی کپسول که بالای نقاط پر خطر نصب می شود،

نازلهایی قرار دارد که به محض رسیدن به درجه حرارت مشخص باز شده و محتوای کپسول بصورت اتوماتیک بروی آتش پاشیده می شود.

۲- دتکتورها:

وسایلی هستند که در سقف محل های موردنظر نصب گردیده و بر حسب نوع دتکتور وقوع آتش سوزی را در آن محل اعلام می نمایند. دتکتور با کسب خبر حریق، ضمن فرمان روشن شدن چراغ سیگنال نصب شده در آتش نشانی آژیر نیز می زند و افراد را برای مبارزه با حریق دعوت می کند.

انواع دتکتورها:

دتکتورهای حرارتی: که نسبت به بالا رفتن درجه حرارت محیط حساس هستند و آژیر می زنند

دتکتورهای دودی: که با متصاعد شدن دود آلام می زنند

دتکتورهای گازی: که نسبت به گازها حساسیت دارند و بسته به نوع گاز می توانند تخصصی باشند

دتکتورهای شعله ای: که نسبت به اشعه مادون قرمز یا ماوراء بنفش شعله حساسیت دارند و با ایجاد شعله آلام می زنند

نکات ایمنی کپسول اطفای حریق:

آزمایش و نظارت بر کپسول ها: کپسول های آتش نشانی باید در هنگام نصب و بعد از آن ، هر ۳۰ روز یکبار مورد بازرسی قرار گیرند . جهت بازرسی باید به نکات زیر توجه نمود:

۱- در دسترس بودن و دید کافی :

۲- وجود دستورات کاربردی بر روی پلاک حاوی نام کپسول به طور خوانا و به شکلی که پلاک به سمت خارج قرار گیرد .

۳- مهر و موم ایمنی و کلیه نشانگرهای مربوط ، سالم و دست نخورده باشد . پر بودن کپسول که با وزن نمودن کپسول مشخص می شود.

۴- عدم وجود صدمات فیزیکی مانند خوردگی ، نشستی و یا گرفتگی نازل درجه فشار و نشانگر آن ، باید محدوده فشار قابل کاربرد را نشان دهد .

۵- بررسی دقیق چرخها لاستیک ها و گاری (برای کپسول های چرخ دار شلنگ و نازلها .

۶- در صورتی که بعد از بررسی های انجام شده نقایصی در مورد محل قرار گیری دسترسی مشکلات مربوط به برچسب مشخصات کپسول و ... مشاهده گردید بایستی هر چه سریع تر جهت اصلاح نواقص اقدام نمود .

تعیین مکان مناسب جهت نصب خاموش کننده ها

۱- حداکثر در ارتفاع ۱/۵ متری از سطح زمین نصب شود چنانچه وزن خاموش کننده بیشتر از ۱۸ کیلو باشد حداکثر در ارتفاع ۱ متری زمین نصب شود در مکانهای پر تردد می توان در ارتفاع پائین تر نصب شود

۲- توزیع یکنواخت صورت بگیرد .

۳- در نزدیکی ورودیها و خروجیها باشد.

۴- در مکانی نصب شود که امکان صدمات فیزیکی به آنها را به حداقل برساند و مسیر ، جهت دسترسی کوتاه فراهم باشد.

۵- در فضای باز، سیلندر نباید در مقابل تابش مستقیم نور خورشید یا برف و باران قرار گیرد

۶- باید دقت داشت که خاموش کننده در فاصله دورتر از مواد مخاطره آمیز نصب شود

۷- وقتی که خاموش کننده بر روی چرخ یا دیوار نصب می باشد باید از بسته‌های مخصوص استفاده نمود

استاندارد ((انجمن ملی حفاظت در برابر آتش سوزی)) وجود یک مهندس یا بازرس آتش نشانی را جهت نظارت ماهیانه یا سالانه بر کپسول های آتش نشانی قابل حمل ، الزامی ندانسته اما نگهداری و مراقبت و نیز تعمیرات آنها باید توسط مالک، ساکنان و یا نمایندگان مشخص انجام شود. بهتر است تعمیرات و نگهداری این کپسول ها توسط نماینده آتش نشانی و یا فردی آموزش دیده ایمنی صورت پذیرد .

بازرسی و شارژ کپسول های آتش نشانی:

کارت کپسول باید طوری باشد که هر سه ماه یکبار تاریخ خورده و سر تاریخ های معین بازرسی شود.

۱- بازدید روزانه: کپسول از نظر اینکه سرچایش هست یا نه؟ کارت روی آن هست یا خیر؟ پلمپ روی آن وجود دارد یا خیر؟ مورد بازدید قرار گیرد.

۲- بازرسی هر سه ماه یکبار (اتصالات شلنگ آن سالم است -تغییر شکل روی بدنه کپسول بصورت غیر طبیعی وجود ندارد - در سیلندرهای CO2 وزن سیلندر به اندازه سیلندر پر هست و از آن فعلاً استفاده نشده است.

۳- شارژ سالیانه (باید انجام شود) برای اطلاع از کمیت و کیفیت مواد داخل کپسول

۴- تست هیدرو استاتیک :دو سال یکبار برای تحت فشار گذاشتن بدنه کپسول ها و سیلندرها -از نظر خستگی و خوردگی فلز

ریشه یابی نام :

کرج از واژه کراج به معنی بانگ و فریاد است. زیرا در تپه آتشگاه و کوههای کلاک و قلعه دختر شهرستانک و بز قلعه اشتهارد در ایام تابستان برای خبر رساندن و دیده بانی آتش افروزی می شد و در موقع جنگ بدینوسیله از هجوم دشمنان با خبر می شدند، در آن روزگار ممکن است، نام کرج، کراج بوده است. در فرهنگ نفیسی کرج به معنی گوی، گریبان، چاک و شکاف آمده و آن رودخانه ایست که در کوههای شمال غربی ری جاری می شد و بلوک شهریار و ساوجبلاغ را مشروب می سازد و نام دهی است در کنار این رودخانه که پادشاهان قاجار در آنجا بناها و قصرهای عالی به برپا نموده اند. همچنین در کتب مختلف آمده، لفظ کرج از واژه کرژ به معنی کوهپایه است.

کرج یکی از شهرهای مرکزی و کوهپایه ای ایران می باشد و در بلندای ۱۳۰۰ متری از سطح دریا واقع شده است. جمعیت این شهر در سال ۱۳۸۵ برابر با ۱،۳۸۶،۰۳۰ نفر و در سال ۱۳۸۹ خورشیدی برابر با ۱،۶۰۵،۰۰۰ نفر بوده است و طبق آمار رسمی در سال ۱۳۹۱، ۱،۹۶۷،۰۰۵ نفر می باشد که از این جهت در حال حاضر پس از شهرهای تهران، مشهد و اصفهان به عنوان چهارمین شهر پرجمعیت ایران به شمار می رود. بزرگ ترین شهر مهاجرپذیر ایران است و با توجه به جوان بودن آن نسبت به سایر شهرهای بزرگ ایران، هم اکنون به عنوان یکی از کلان شهرهای کشور به شمار می آید. این شهر در میان کلان شهرهای ایران با رشد جمعیت سالانه ۱۴/۳ درصد بالاترین رشد جمعیت را دارد.

آثار باقیمانده در عهد باستان و دوران حکومت هخامنشیان، اشکانیان و ساسانیان در منطقه کرج گواه این اهمیت است که این ناحیه در روزگاران گذشته از تمدن پیشرفته ای برخوردار بوده و همچنین پس از ظهور و رواج اسلام وجود مقابر، امامزاده ها و اماکن متبرکه متعدد در این ناحیه نشان دیگری از اهمیت و آبادی آن می باشد. کرج مدتی جزء مازندران و زمانی بخشی از ری بوده است و گاهی از روستاهای طالقان یا شهرستانک محسوب می شده است. تا پیش از حمله مغول رفت و آمد بیشتر از راهی بوده که از طریق به می رفته است. از این دوره به بعد راه قزوین - کرج - ری اهمیت بیشتری یافت ولی اهمیت کرج در دوره صفوی به دلیل قرار گرفتن بر سر راه به تهران بیشتر شده و پلها و قلعه های ایجاد شده در حاشیه این جاده به آن هویت بخشیده است.



کاروانسرای شاه عباسی



بازار پارسیان



شورای اسلامی شهر کرج

آب و هوا :

کلان شهر کرج از آب و هوای معتدل خشک برخوردار است و بیشترین درجه حرارت در تابستان ها به ۴۰ درجه سانتیگراد بالای صفر و در سردترین ماه سال به ۱۱ درجه سانتیگراد زیر صفر می رسد. کرج به علت اختلاف ارتفاع در نقاط پست و مرتفع دارای پوشش گیاهی گوناگونی است. میزان بارندگی سالیانه در این شهر حدود ۳۰۰ میلیمتر است و تعداد روزهای یخ بندان سال ۴۱ روز (۱۳۸۰) بوده است . امروزه هوای کرج به دلیل گسترش شهر و تردد زیاد وسائل نقلیه و وجود کارخانه ها و شهرکهای صنعتی رو به آلودگی است به طوری که در فصل زمستان و پاییز وارونگی دما کاملاً قابل لمس بوده است.

محله ها :

از محله های قدیمی کرج که دارای ساکنین اصیل و بومی هستند می توان به محله های مصباح ، جوادآباد، آسیاب برجی، میان جاده، حصار، کلاک، کردان و سرحدآباد و روستاهای اطراف جاده چالوس تا محدوده تونل کندوان اشاره کرد .مردم بومی کرج که به گویش های ایرانی مناطق شمالی تر همانندی داشته در این محله ها صحبت می شده است .

جوامع بومی معروف :

از مهمترین جوامع اصیل و معروف کرج می توان به جامعه بزرگ واریان اشاره کرد. بیشتر اهالی واریان اکنون در کرج زندگی می کنند، اما با جود زندگی شهر نشینی، هر از چند گاهی به مناسبت های مختلف در حسینیه فرهنگی مذهبی واریان واقع در میدان توحید کرج که به همت و تلاش خود ایجاد نموده اند، جمع می شوند. از آداب و رسوم به خصوص واریانی ها می توان به عیادت از خانواده های داغدار در نخستین روز سال اشاره نمود که به آن نوعید می گویند. البته اکنون این رسم به نوعی تغییر شکل یافته و جامعه واریانی ها در نخستین روز سال، در محل حسینیه واریان حضور یافته تا ضمن پاسداری از آداب و رسوم گذشته، با هم بودن، صمیمیت و لحظات دوستی را به نمایش بگذارند .برگزاری بی ربای مراسم محرم توسط اهالی واریان نیز زبانزد خاص و عام است.



باغ گلها



دریاچه سد کرج



میدان اسبی کرج

قوانین مربوط به رعایت استانداردهای ملی پوشش

مقدمه : به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در موسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ میشوند:

- ۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی الزامی است.
- ۲) لباس فرم **uniforms** کارکنان آموزشی و بهداشتی _ درمانی مونث شامل روپوش ، شلوار ، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) ، کفش و جوراب می باشد.
- ۳) لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی، درمانی مذکر شامل روپوش ، شلوار ، کفش و جوراب میباشد.
- ۴) لباس بیمار **Patient clothing** بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه ، پیراهن بلند (تا روی زانو) و شلوارمیباشد.
- ۵) لباس بیمار **Patient clothing** بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار میباشد.
- ۶) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخشها، شنل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می شود.
- ۷) فصل ۲) ضوابط پوشش:
- ۸) لباس بیمار بستری **Patient clothing** باید حداقل این ویژگی ها را تأمین کند : شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.
- ۹) رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپیهها در لباس های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام عمل الازامی است . توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس ، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دو چندان پیدامی کند .
- ۱۰) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در ردههای مختلف، متحدالشکل باشد.
- ۱۱) در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه‌ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- ۱۲) در بخش های ویژه ، اتاق عمل **surgery room**، آژیوگرافی **Angiography** و فضاها ی استریل **Sterile space** و نوزادان ، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش ها می باشند.
- ۱۳) رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش های مذکور در ماده فوق ، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

- ۱۴) روپوش **Medical Gowns** باید سالم، تمیز، دکمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد.
- ۱۵) کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه ی پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- ۱۶) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
- ۱۷) استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.
- ۱۸) ناخن ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیطهای ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- ۱۹) الصاق کارت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله ی ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینه ی هر رسته باید به تاییدادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تایید کارفرما برسد.
- ۲۰) هرگونه تصویر برداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

فرم مصوب کارکنان

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی و پایش: ۷
شماره سند: MH-PRACHS-INOO1
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۱۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱



خانم ها					آقایان				
جوراب	کفش	شلوار	روپوش	مقنعه	جوراب	کفش	شلوار	روپوش	رده شغلی
سرمه ای یا مشکی	سرمه ای یا مشکی	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	مشکی	مشکی	سرمه ای	سفید	مدیر پرستاری
سرمه ای یا مشکی	سرمه ای یا مشکی	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	مشکی	مشکی	سرمه ای	سفید	سوپروایزر
سرمه ای یا مشکی	سرمه ای یا مشکی	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	مشکی	مشکی	سرمه ای	سفید	سرپرستار
سفید یا مشکی	سفید یا مشکی	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	مشکی	مشکی	سرمه ای	سفید	پرستار
سفید	سفید	سفید	سفید	سفید	سفید	سفید	سفید	سفید	بیمار
مشکی	مشکی	کرم	کرم	بنفش یا پاستی	مشکی	مشکی	کرم	کرم	کمک بهیار
سفید	با توجه به قوانین مرکز	سبز یا آبی	سبز یا آبی	سبز یا آبی	سفید	با توجه به قوانین مرکز	سبز یا آبی	سبز یا آبی	کارکنان اتاق عمل
سفید یا مشکی	سفید یا مشکی	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	سفید - مشکی	سفید - مشکی	سرمه ای	سرمه ای	کارکنان بخش های ویژه
مشکی	مشکی	سبز	سبز	مشکی	مشکی	مشکی	مشکی	سبز	منشی
مشکی	مشکی	قهوه ای روشن	قهوه ای روشن	قهوه ای تیره	مشکی	مشکی	آبی	آبی	خدمات
-	-	-	-	-	مشکی	مشکی	سرمه ای	بلوز سفید	نگهبان

ریاست مرکز آموزشی و درمانی شهید مدنی

مقدمه :

دسترسی به مستندات قانونی، مدارک و اسناد مکتوب، از الزامات و ضروریات یک سازمان پیشرو و زنده و پویا می باشد تا از نقل قول ها و تجربیات افراد که فرهنگ دیرپای انتقال دانش به شیوه سینه به سینه را تداعی می کند جلوگیری گردد.

در نگاه سیستمی به سازمان آنچه به عنوان محصول نهایی و برای بهره گیری مخاطبان در راستای شفاف سازی اقدامات مطرح می باشد، می تواند در قالب سیستم، شبکه، کتاب و محصولاتی از قبیل لوح فشرده، پلات و نقشه های مختلف ارائه گردد تا علاوه بر ماندگاری، مرجع موثقی برای تصمیم گیری های کلان و جاری سازمان باشد. در نتیجه جمع آوری قوانین، مقررات و مدارک و در نهایت مستندسازی در زمینه های مدیریت بیمارستانی ، از دیرباز بصورت یک نیاز جدی مطرح بوده است. اکنون با هدف مستندسازی و اطلاع رسانی، « کتاب مجموعه قوانین و مقررات مالی و اداری » به وجوه مختلف مقررات مرتبط با مسائل مالی و اداری و درآمدی پرداخته که اطمینان دارد مورد توجه و بهره برداری کامل مدیران و کارشناسان و کارکنان گرامی قرار خواهد گرفت و راهی برای جلب مشارکت کسانی که برای ارتقاء کیفیت خدمات سلامت تلاش می کنند را خواهد گشود. این کتاب در دو فصل تنظیم شده است که فصل اول مربوط به قوانین و مقررات اداری بوده و فصل دوم اختصاص به مقررات مالی دارد.

فصل ۱ : مقررات اداری

پست سازمانی

پست سازمانی عبارت است از جایگاهی که در ساختار سازمانی دستگاه های اجرایی برای انجام وظایف و مسئولیت های مشخص پیش بینی و برای تصدی یک کارمند در نظر گرفته می شود.

تعریف شغل

شغل عبارت از مجموع وظایف و مسئولیتهای مرتبط و مستمر و مشخصی است که از طرف سازمان به عنوان کار واحد شناخته شده باشد .

حق شغل

یکی از موارد مندرج در احکام حقوقی و فیش های حقوقی پرسنل رسمی، پیمانی و طرحی می باشد که به عواملی نظیر طبقه (گروه) و رشته بستگی دارد.

حق شاغل

یکی دیگر از موارد مندرج در احکام حقوقی و فیش های حقوقی حق شاغل می باشد که به عواملی نظیر تحصیلات، دوره های آموزشی و مهارت، سنوات خدمت و تجربه مرتبط می باشد.

طبق قانون میزان کار برای کلیه مستخدمین دولت ۴۴ ساعت در هفته می باشد. (جهت کادر پرستاری و کادر های تعریف شده طبق قانون ارتقا بهره وری اعمال می شود.)

تبصره ۱: تمامی کارمندان موسسه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری، خارج وقت اداری مقرر یا ایام تعطیل به خدمت آنان نیاز باشد، بر اساس اعلام نیاز موسسه، مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود.

تاخیر در ورود و تعجیل در خروج تا ۲ ساعت در ماه قابل اغماض می باشد.

غیبت برای بار اول تذکر و کسر مرخصی.

غیبت برای بار دوم به تخلفات معرفی می گردند.

پرسنل در صورت نیاز به خروج از بیمارستان حتماً قبل از خروج مرخصی بگیرند.

پرسنل هنگام اخذ مرخصی باید اطمینان حاصل کنند مسئول مربوطه با مرخصی موافقت نموده اند.

پرسنل جهت استعلاجی ۴۸ ساعت مهلت دارند تا به مسئول مربوطه اطلاع دهند.

مرخصی استحقاقی سالیانه پرسنل رسمی، پیمانی، طرحی و قراردادی ۳۰ روز در سال و ۲/۵ روز ماهیانه می باشد

حد اکثر مرخصی استعلاجی (بستری و...) ۴ ماه در سال است و بیش از ان پیگیری جهت از کار افتادگی باید بشود.

ساعات کار پرسنل صبح کار: شنبه تا پنجشنبه ورود ۷ فرجه تاخیر در ورود تا ۳۰ دقیقه

شنبه تا چهارشنبه خروج: ۱۴ حداکثر فرجه تعجیل تا ۱۰ دقیقه

پنجشنبه ها خروج ۱۳:۳۰ فرجه تعجیل ندارد

ساعات کار پرسنل عصر کار - شنبه تا چهارشنبه : ورود ساعت ۱۳ - ورود به بخش حداکثر ۱۳:۳۰

خروج: ساعت ۲۰:۰۰

ساعات کار پرسنل عصر کار - پنج شنبه : ورود ساعت ۱۳ - ورود به بخش حداکثر ۱۳:۱۵ خروج: ساعت ۲۰:۰۰

ارزشیابی کارکنان:

ارزشیابی کارکنان جهت پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی بصورت سالیانه در سامانه ارزشیابی انجام می گردد و عوامل امتیاز آور در نمرات ارزشیابی شامل محور ها و شاخص های عمومی (ارائه پیشنهادات، شرکت در دوره های آموزشی، استفاده از فناوری های نوین و اتوماسیون اداری، تدریس، تشویقات و رضایتمندی ارباب رجوع و همکاران) و شاخص های اختصاصی در حیطه پست محوله می باشد.

غیبت های غیر موجه:

چنانچه شخصی بدون اطلاع قبلی (به هر علت که باشد) سرکار حاضر نشود، طبق مقررات با وی رفتار خواهد شد.

- غیبت بار اول تذکر کتبی و کسر از مرخصی استحقاقی
- غیبت بار دوم معرفی به هیئت تخلفات اداری کارکنان دانشگاه
- تأخیر در بازگشت از مرخصی (سالیانه و زایمان) نیز به عنوان غیبت غیرمجاز تلقی می شود و مطابق ضوابط فوق

عمل خواهد شد

ردیف	میزان تاخیر در ورود و تعجیل در خروج	نحوه برخورد با مستخدم (بر اساس تصویبنامه شماره ۸۱۴۵۰ مورخ ۱۳۶۵/۱۱/۲۷)
۱	۲ ساعت تاخیر درماه	کسر از مرخصی استحقاقی
۲	بیش از ۲ ساعت تاخیر درماه تا سقف ۴ ساعت	تذکر کتبی و کسر از حقوق و مزایا
۳	بیش از ۴ ساعت تاخیر (بیش از ۴ بار) درهر ماه (اولین ماه)	اخطاربه اول و کسر از حقوق و مزایا
۴	بیش از ۴ ساعت تاخیر (بیش از ۴ بار) درهر ماه (دومین ماه)	اخطاربه دوم و کسر از حقوق و مزایا
۵	بیش از ۴ ساعت تاخیر (بیش از ۴ بار) درهر ماه (سومین ماه)	اخطاربه و کسر از فوق العاده شغل به میزان ۳۰درصد
۶	بیش از ۴ ساعت تاخیر (بیش از ۴ بار) درهر ماه (چهارمین ماه)	اخطاربه و کسر از فوق العاده شغل به میزان ۵۰ درصد
۷	بیش از ۴ ساعت تاخیر (بیش از ۴ بار) درهر ماه (پنجمین ماه)	اخطاربه و کسر از فوق العاده شغل به میزان ۱۰۰ درصد
۸	در صورت تکرار	ارسال مدارک تخلف به هیئت بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان

مرخصی استحقاقی :

- حداکثر مرخصی استحقاقی قابل استفاده در طول یکسال چهار ماه می باشد.
- مدت مرخصی سالیانه جهت پرسنل رسمی ، پیمانی ، قراردادی و طرحی ۳۰ روز به ازاء ۱ سال خدمت می باشد. (یعنی به ازاء هر ماه ۵/ ۲ روز مرخصی استحقاقی)
- مدت مرخصی سالیانه جهت پرسنل شرکتی با احتساب ۴ روز تعطیلات جمعه ۳۰ روز می باشد.
- برای پرسنل جدیدالورود ، قبل از پایان یک ماه به هیچ عنوان استفاده از مرخصی استحقاقی مقدور نمی باشد .
- پرسنل (رسمی ، پیمانی ، طرحی، قراردادی ، هیئت علمی) در صورت داشتن استحقاق ، باید از قبل از طریق اتوماسیون درخواست مرخصی نماید و پس از موافقت مسئول مربوطه (در صورت کمبود پرسنل ممکن است با درخواست مرخصی موافقت نگردد) می تواند از مرخصی استحقاقی استفاده نماید.
- ذخیره مرخصی سالیانه برای نیروهای رسمی و پیمانی حداکثر ۱۵ روز در سال است و در صورتی که پرسنلی از ۱۵ روز مرخصی اجباری خود در طول سال استفاده نکند، مرخصی وی باطل می شود

- پرسنلی که از حق اشعه برخوردار می گردند باید اجباراً از ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود و ۳۰ روز (گروه الف) و ۱۸ روز (گروه ب) از مرخصی حق اشعه خود در سال استفاده نمایند و قابل ذخیره شدن نمی باشد.
- چنانچه نیروهای مشمول قرارداد معین حرفه ای و غیر حرفه ای در طول سال از حداکثر ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود استفاده ننمایند، بر اساس حکم هر پرسنل وجه مانده مرخصی ایشان محاسبه و در پایان سال پرداخت می گردد. (مابقی مرخصی ابطال می شود)
- همچنین پرسنل شرکتی چنانچه از مرخصی های سالیانه خود استفاده ننمایند بمدت ۹ روز (در صورت یکسال کارکرد) قابل بازخرید و مابقی مانده مرخصی ابطال می گردد.
- به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان موسسه در موارد ذیل حق برخورداری از ۷ روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند.
- الف) ازدواج دائم کارمند
- ب) ازدواج فرزند کارمند
- ج) فوت بستگان درجه یک شامل: همسر، فرزند، پدر و مادر، خواهر و برادر
- * کارمندان اعم از قراردادی، پیمانی، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یکبار از یکماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.

مرخصی استعلاجی

- حداکثر مرخصی استعلاجی قابل استفاده در یکسال چهار ماه می باشد.
- تمامی استعلاجی های مرکز باید توسط پزشک معتمد تأیید گردد و گواهی استعلاجی پرسنل می بایست حداکثر به مدت ۴۸ ساعت با تأیید مسئول مربوطه به واحد امور اداری تحویل گردد.
- در گواهی استعلاجی نام و نام خانوادگی بیمار، نوع بیماری و مدت استفاده دقیقاً قید شود و دارای تاریخ صحیح و معتبر باشد، بعلاوه نام پزشک و شماره نظام پزشکی مشخص باشد.
- مرخصی استعلاجی پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی بمدت ۳ روز با تأیید پزشک معتمد و بیشتر از ۳ روز باید پس از تأیید پزشک معتمد به تأیید کمیسیون پزشکی دانشگاه که در معاونت درمان برگزار میشود نیز برسد.
- جهت پرسنل شرکتی مرجع تأیید گواهی استعلاجی بیش از ۳ روز کمیسیون پزشکی تامین اجتماعی می باشد.
- حقوق و مزایای پرسنل مشمول استفاده از بیمه تامین اجتماعی در ایام مرخصی استعلاجی بیشتر از ۳ روز قطع و ازبیمه مذکور مزایا را دریافت می نمایند. بنابراین گواهی استعلاجی پرسنل حتماً باید حداکثر در ۳ روز اول استعلاجی به اداره بیمه ارسال گردد.

مرخصی ساعتی یا کمتر از یک روز

- جهت استفاده از مرخصی ساعتی حتی الامکان در ساعتی که حجم فعالیت بخش زیاد نباشد می توانند از مرخصی ساعتی استفاده نمایند که باید با هماهنگی و امضاء مسئولین بخش ها در شیفت صبح و مسئولین شیفت در عصر و شب باشد و به تأیید سوپروایزر کشیک برسد.
- پاس ساعتی از مرخصی استحقاقی کسر می گردد. مسئولیت خروج بدون پاس در ساعات کاری بر عهده خود شخص بوده و در مقابل اتفاقات احتمالی طبق قانون با متخلف برخورد خواهد شد.

مرخصی بدون حقوق

- پرسنل در صورتی می توانند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند که مرخصی استحقاقی نداشته باشند اگر فردی مرخصی استحقاقی دارد ابتدا باید کلیه مرخصی های استحقاقی خود را استفاده نماید سپس بعد از صفر شدن مرخصی ها از مرخصی بدون حقوق استفاده نماید و بعد از اتمام مرخصی بدون حقوق در محل کار خود حاضر و در اولین روز کاری مسئول واحد شروع بکار را به واحد امور اداری اعلام نماید.

مرخصی زایمان

مرخصی زایمان با نامه پزشک معالج پس از تایید کمیسیون پزشکی از تاریخ زایمان به مدت ۹ ماه برای پرسنل (رسمی ، پیمانی و طرحی) و به مدت ۶ ماه برای پرسنل قراردادی می باشد .

استفاده از پاس شیر

پرسنل خانم حق دارند تا ۲۴ ماهگی فرزندشان ، در هر شیفت کاری با هماهنگی مسئول مربوطه و تایید واحد کارگزینی به مدت یک ساعت از پاس استفاده نمایند (حتی الامکان در ساعتی که تراکم کار بخش کم باشد)

ارتقاء طبقه شغلی

- ۱- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدائی بوده است حداکثر تا طبقه ۵ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۲- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی بوده است حداکثر تا طبقه ۶ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۳ - شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دیپلم می باشد حداکثر تا طبقه ۷ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۴- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کاردانی میباشد حداکثر تا طبقه ۸ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۵- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی میباشد حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۶- شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد میباشد حداکثر تا طبقه ۱۱ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۷ - شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها دکترای حرفه ای می باشد حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقاء می یابند. (بدون گروه تشویقی و طبقه تشویقی)
- ۸ - پزشکان متخصص و همچنین شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی دکترای تخصصی PHD می باشد حداکثر تا طبقه ۱۳ ارتقاء می یابند.

ارتقاء رتبه شغلی

- ۱- برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه پایه ۸ سال می باشد.
- ۲ - برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کاردانی می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه ارشد ۲۰ سال می باشد.
- ۳- برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر میباشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه پایه ۶ سال می باشد.
- ۴ - برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه ارشد ۱۲ سال می باشد.
- ۵ - برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه خبره ۱۸ سال می باشد.
- ۶ - برای شاغلین مجموعه مشاغلی که تا سطح کارشناسی و بالاتر می باشند مدت تجربه لازم برای کسب رتبه عالی ۲۴ سال می باشد .
- ۷ - جهت ارتقاء به رتبه پایه برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است .
- ۸- جهت ارتقاء به رتبه پایه برای شاغلین مجموعه مشاغل ، گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.

- ۹- جهت ارتقاء به رتبه ارشد برای شاغلین مجموع مشاغل، کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.
- ۱۰- جهت ارتقاء به رتبه ارشد برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.
- ۱۱- جهت ارتقاء به رتبه خبره برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است.
- ۱۲- جهت ارتقاء به رتبه خبره برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است.
- ۱۳- کسب رتبه خبره مستلزم تأیید مدیر محترم منابع انسانی و تحول اداری دانشگاه می باشد.
- ۱۴- جهت ارتقاء به رتبه عالی برای شاغلین مجموعه مشاغل کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی لازم است
- ۱۵- جهت ارتقاء به رتبه خبره برای شاغلین مجموعه مشاغل گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت لازم است
- ۱۶- کسب رتبه عالی مستلزم تأیید مدیر محترم منابع انسانی و تحول اداری دانشگاه می باشد.
- ۱۷- فرم خلاصه اطلاعات پرسنلی مربوطه توسط واحد کارگزینی در اختیار پرسنل واجد شرایط قرار داده شود

جذب نیروهای طرحی

افراد مراجعه کننده جهت طی دوره طرح نیروی انسانی خود در بیمارستان، ابتدا باید به دانشگاه البرز مراجعه و مراحل را طی نمایند. و در صورت موافقت به همراه سایر مدارک مورد نیاز به واحد امور اداری بیمارستان ارائه نمایند.

اتوماسیون اداری

- جهت پرسنل جدیدالورود اتوماسیون اداری از طریق واحد IT ایجاد می گردد.
- پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی و هیئت علمی احکام خود را از طریق اتوماسیون اداری دریافت می نمایند.
- پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی، طرحی و هیئت علمی مرخصی های خود را از طریق اتوماسیون ثبت می نمایند.
- جهت دریافت گواهی اشتغال بکار به واحد امور اداری و گواهی کسر از حقوق و یا ضامن به امور مالی مراجعه و درخواست نمایند.
- اطلاعیه ها از طریق اتوماسیون اداری، پیامک، تلگرام و در تابلو اعلانات نصب می گردد لذا کلیه پرسنل ملزم به مطالعه اطلاعیه های نصب شده می باشند.

امور رفاهی

- ۱- انجام کلیه امور مربوط به انعقاد قرارداد بیمه تکمیلی درمان کارکنان دانشگاه
 - ۲- ثبت نام متقاضیان به منظور استفاده از اماکن اقامتی دانشگاه در مشهد مقدس، سایر شهرهای کشور از طریق واحد رفاهی مرکز درمانی و دانشگاه
 - ۳- انجام امور مربوط به پرداخت تسهیلات نقدی (انواع وام ها و شارژ بن کارت ها، اهدای جوایز شاگردان ممتاز
 - ۴- انجام امور مربوط به پرداخت تسهیلات نقدی (تسهیلات نقدی خرید خودرو، تسهیلات نقدی خرید و ساخت مسکن)
 - ۶- انجام مکاتبات لازم به منظور برقراری کمک هزینه عائله مندی، اولاد، فوت و ازدواج و پرداخت جوایز شاگردان ممتاز
- امتیازات آموزش و سازوکارهای انگیزشی
- ۱) محاسبه جهت حق شاغل در احکام کارگزینی
 - ۲) محاسبه جهت ارزشیابی سالانه
 - ۳) تمدید قرارداد کارکنان پیمانی و قراردادی
 - ۴) محاسبه جهت ارتقا رتبه
 - ۵) تبدیل وضع استخدام آزمایشی به رسمی
 - ۶) انتصاب و ارتقا به پست های مدیریتی

عنوان رتبه	مقدار ساعات آموزشی مورد نیاز
مقدمانی	۰
پایه	۳۰۰
ارشد	۲۵۰
خبره	۲۰۰
عالی	۱۵۰

جدول ارتقاء رتبه شغلی بر اساس سنوات تجربی

جدول ارتقاء رتبه شغلی بر اساس سنوات تجربی					
رتبه ها	مقدمانی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت سنوات تجربی	۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۸	۱۶	۲۴	
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل کاردانی	۰	۸	۳۰		
مدت سنوات تجربی لازم برای سایر مشاغل	۰	۸			

ارتقاء به رتبه پایه:

- ۱- کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ۲- گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان
- تبصره ۱: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن ۷۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان

ارتقاء به رتبه ارشد:

- ۱- کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ۲- گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان
- تبصره ۲: برای مشاغل رسته خدمات، گذراندن ۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان

ارتقاء به رتبه خبره:

- ۱- کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ۲- گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان

ارتقاء به رتبه عالی:

- ۱- کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی
- ۲- کسب حداقل ۳۶۰ امتیاز از ۴۸۰ امتیاز

جدول ارتقاء طبقه شغلی براساس تحصیلات و سنوات تجربی در کلیه رسته ها

طبقه شغلی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
تحصیل/تجربه																
پایان دوره ابتدایی			۰	۶	۱۲	۱۸	۲۴	۲۸								
پایان دوره راهنمایی یا دوره اول متوسطه			۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸							
دیپلم				۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸						
کاردانی					۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵	۲۸					
کارشناسی						۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸			
کارشناسی ارشد								۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸	
دکتری حرفه ای *									۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴	۲۸
دکتری تخصصی PhD / فوق تخصصی بالینی / PostDoc **										۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰	۲۴
* دارندگان مدرک تحصیلی دکترای عمومی پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و دکترای علوم آزمایشگاهی																
** به استناد ماده ۵ فصل دوم آیین نامه آموزشی مبنی بر لحاظ نمودن نظام واحدی در تمام مقاطع																

فصل ۲: مقررات مالی

نحوه محاسبه حقوق و دستمزد کارمندان رسمی، پیمانی و طرحی غیر هیئت علمی

نحوه محاسبه هزینه حقوق و دستمزد رسمی، پیمانی، طرحی و قراردادی

هزینه حقوق پرسنل رسمی = کل حکم حقوقی + کسورات بازنشستگی سهم دولت ۱۳/۵ درصد + بیمه خدمات درمانی

سهم دولت و جانباز و فرزندان شهدا بیمه عمر سهم دولت + پس انداز کارکنان سهم دولت بیمه تکمیلی سهم جانباز و فرزندان شهدا به این منظور برای هزینه حقوق و دستمزد پرسنل رسمی کل ایتیم های حکم حقوقی و هر آنچه که سهم دولت مکلف به پرداخت آن می باشد مانند: کسورات بازنشستگی و بیمه عمر و پس انداز کارکنان دولت و بیمه تکمیلی سهم دولت را هزینه حقوق و دستمزد پرسنل رسمی می باشد.

هزینه حقوق و دستمزد پرسنل پیمانی = کل حکم حقوقی + کسورات تامین اجتماعی سهم دولت ۲۰ درصد + بیمه عمر سهم دولت پس انداز کارکنان سهم دولت به این منظور برای هزینه حقوق و دستمزد پرسنل پیمانی و طرحی کل ایتیم های حکم حقوقی و هر آنچه سهم دولت که مکلف به پرداخت آن می باشد مانند: کسورات تامین اجتماعی و بیمه عمر و پس انداز کارکنان دولت و بیمه تکمیلی سهم دولت را هزینه حقوق و دستمزد پرسنل پیمانی و طرحی می باشد.

هزینه حقوق و دستمزد پرسنل قراردادی = کل حکم حقوقی + کسورات تامین اجتماعی سهم دولت ۲۳ درصد (۳ درصد از این سهم بیمه بیکاری است) + بیمه عمر

حقوق قابل پرداخت به پرسنل رسمی

حقوق قابل پرداخت به پرسنل رسمی = کل حکم حقوقی - (بازنشستگی سهم کارمند ۹ درصد + بیمه خدمات درمانی سهم کارمند + بیمه عمر سهم کارمند + پس انداز کارکنان سهم کارمند + بیمه تکمیلی سهم کارمند + مالیات + سایر کسورات)

حقوق قابل پرداخت به پرسنل پیمانی و طرحی

حقوق قابل پرداخت به پرسنل پیمانی و طرحی = کل حکم حقوقی - (بیمه تامین اجتماعی سهم کارمند + بیمه عمر سهم کارمند + بیمه تکمیلی سهم کارمند + مالیات + سایر کسورات)

حقوق قابل پرداخت به پرسنل قراردادی

حقوق قابل پرداخت به پرسنل قراردادی = کل حکم حقوقی - (بیمه تامین اجتماعی سهم کارمند + بیمه عمر + سهم کارمند + بیمه تکمیلی سهم کارمند + مالیات + سایر کسورات)
حق مسکن کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰ ریال می باشد که خارج از حکم حقوقی می باشد.
در مورد کارکنان قراردادی حق مسکن جزء ایتیم های حکم حقوقی می باشد.

نحوه محاسبه کسور

کسورات بازنشستگی سهم کارمند = کل ایتیم های حکم مشمول بازنشستگی (حق اولاد + حق عائله مندی) ضربدر ۹ درصد
توضیح اینکه بیمه بازنشستگی سهم کارمند جانبازان و فرزندان شهدا توسط دولت پرداخت می شود.
کسورات بازنشستگی سهم دولت = کل ایتیم های حکم مشمول بازنشستگی (حق اولاد + حق عائله مندی) ضربدر ۱۳/۵ درصد
کسورات تامین اجتماعی سهم کارمند کل ایتیم های حکم مشمول بیمه تامین اجتماعی (حق اولاد + حق عائله مندی) ضربدر ۷ درصد
کسورات تامین اجتماعی سهم دولت = کل ایتیم های حکم مشمول بیمه تامین اجتماعی (حق اولاد + حق عائله مندی) ضربدر ۲۰ درصد

تبعه دو درجه یک بیمه خدمات درمانی

منظور از تبعه دو درجه یک در بیمه خدمات درمانی شامل فرزندان پیش از سه نفر و همچنین فرزندان بالای ۱۸ سال می باشد که در حال تحصیل می باشند است که مبلغ پرداختی در حال حاضر ۷۶۴۱۹۱ ریال برای هر نفر از خود پرسنل کسر می گردد.

تبعه دو درجه دو بیمه خدمات درمانی :

منظور پدر و مادر پرسنل و همچنین فرزندان که فارغ التحصیل شده اند ولی هنوز تحت پوشش بیمه ای والدین خود میباشند مبلغ ۷۶۴۱۹۱ ریال از پرسنل کسر و به حساب صندوق بیمه خدمات درمانی واریز می گردد

بیمه عمر

بیمه عمر سالانه می باشند با حقوق فروردین سال ۹۵ مبلغ ۲۴۷۶۵۶ ریال توسط دولت و همچنین مبلغ ۲۴۷۶۵۶ ریال از حقوق پرسنل کسر و به حساب صندوق بیمه گر واریز می گردد

بیمه تکمیلی :

بیمه تکمیلی بصورت قرارداد سالانه می باشد که در سال ۹۵ دو نوع بیمه تکمیلی نوع طلایی به مبلغ ۶۶۰۰۰۰ ریال برای هر نفر می باشد.

نحوه محاسبه مالیات :

مالیات کارکنان رسمی، پیمانی == (جمع کل ایتیم های حکم حقوقی - ۲۸۷۰۰۰۰۰) سقف مالیات + حق اولاد بیمه تکمیلی + عائله مندی + بیمه تامین اجتماعی دو و هفت درصد + بیمه عمر * ۱۰ درصد
مالیات کارکنان انجام کار حرفه ای و غیر حرفه ای کل حکم حقوقی - (۲۸۷۰۰۰۰۰ سقف مالیات + عائله مندی + بن و خواربار + مسکن + بیمه عمر * ۱۰ درصد)

حقوق قرارداد حرفه ای و غیر حرفه ای:

جمع آیتم های حکم حقوقی که در مورد این عزیزان مبلغ بابت بن، خواربار و مسکن پرداخت می گردد. در مورد کسورات بیمه تامین اجتماعی همانند کارکنان پیمانی می باشد ولی در مورد این افراد حق اولاد و عائله مندی و بن و خواربار و مسکن جمع و از جمع کل ایتم حکم حقوقی کسر و از آن ۲۰ درصد سهم دولت و همچنین ۷ درصد سهم کارمند محاسبه می شود و سایر موارد همانند کارکنان رسمی و پیمانی می باشد.

نحوه محاسبه اضافه کار

محاسبه اضافه کار بر مبنای ایتم هایی که مشمول تعیین یک ساعت اضافه کاری می باشد به شرح ذیل می باشد:
نرخ یک ساعت اضافه کاری = (حق شغل + حق شاغل + حق مدیریت + تفاوت حق تطبیق) تقسیم بر ۱۷۶
خالصی دریافتی پرسنل رسمی = (ساعت اضافه کاری × نرخ یک ساعت اضافه کاری) - مالیات
خالصی دریافتی پرسنل پیمانی و طرحی = ساعت اضافه کاری : نرخ یک ساعت اضافه کاری - (مالیات + بیمه تامین اجتماعی سهم کارمند)

پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه)

عوامل موثر در پرداخت کارانه شامل: عنوان شغلی، مدرک تحصیلی، ساعت موظف و غیر موظف، مرخصی استحقاقی و استعلاجی استفاده شده، امتیاز عملکرد، سنوات خدمت، میزان درآمد واحد مربوطه و کسورات دارویی می باشد.

آیین نامه تشویق و تنبیه

مقدمه:

مهمترین سرمایه های هر مجموعه ای نیروهای کار فعال و مجرب می باشند که بهره وری کار بستگی زیادی به فعالیت سازنده و جدی آنان دارد. خواه ناخواه با افزایش حیطه فعالیت های مجموعه حوادث و بی نظمی ها افزایش می یابد که رفع این موارد علاوه بر فعالیت های فراوان و پیچیده نیاز به وضع قوانین و مقررات ویژه و اجرای این قوانین دارد. ضمانت اجرای این قوانین نظارت دقیق و مستمر بر پیاده شدن آنها در محیط کار و تنبیه کردن افراد خاطی را می طلبد. از طرفی برای بالا بردن روحیه پرسنل و ترغیب ایشان برای فعالیت های جدی و سازنده در چارچوب قوانین نیاز به تشویق افراد کوشا و نمونه است. این تشویقات و تنبیهات باید در یک چارچوب قانونی و مدون مطابق با قوانین وزارتخانه متبوع باشد. بدین منظور باید آیین نامه تشویق و تنبیه توسط هر مجموعه تهیه گردد و کلیه پرسنل از آن اطلاع داشته باشند. آیین نامه انضباطی موجود مجموعه مقرراتی است که در چارچوب مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده است و پس از تایید هیات رئیسه مجتمع به مورد اجرا گذاشته می شود.

فصل اول

۱- هدف و دامنه کاربرد

حصول اطمینان از کارایی و اثربخشی پرسنل، حفظ و بهبود ارتباطات مناسب و انضباط سازمانی در کلیه واحدهای بیمارستان

۲- مسئولیت ها

ماده ۱: به منظور رسیدگی به تخلفات انضباطی کلیه کارکنان کمیته ای تحت عنوان کمیته انضباط کار مرکب از اعضای زیر تشکیل می گردد.

الف - رئیس کمیته: رئیس بیمارستان

ب- اعضای ثابت: مدیر بیمارستان ، مدیر پرستاری، رئیس اداره امور اداری، مسئول حراست

ج- اعضای مدعو: مسئولین واحدها در صورت نیاز

دبیر کمیته: مسئول کارگزینی

ماده ۲: مدت عضویت در این کمیته یک سال است و انتخاب مجدد اعضای فوق بلامانع می باشد.

ماده ۳: جلسات این کمیته با حضور تمام اعضا رسمیت یافته و تصمیمات آن با اکثریت آرا، معتبر است.

ماده ۴: انجام وظیفه در این کمیته با حفظ سمت می باشد.

تبصره: انجام وظیفه در کمیته فوق به صورت افتخاری می باشد و مزایای خاصی را برای اعضا ندارد بدیهی است جلسات کمیته با مسئولیت دبیر جلسه و حداقل ماهیانه یک بار در صورت وجود موضوع تشکیل می گردد.
در موارد اضطراری با توجه به ضرورت و اهمیت موضوع می توان جلسات فوق العاده را با هماهنگی اعضا برگزار نمود.

ماده ۵: تصمیمات کمیته در قالب صورتجلسه ای به ترتیب زیر توزیع می گردد:

- یک نسخه برای دبیر کمیته
- یک نسخه برای ضبط در بایگانی پرونده پرسنلی

ماده ۶: کمیته فوق می تواند در جلسات خود از نظارت مشورتی سرپرست مستقیم پرسنل استقاده نماید البته در موارد فوق اعضای مدعو فاقد حق رای می باشند.

فصل دوم «مقررات تشویقی»

ماده ۷: به منظور بالا بردن سطح کارایی کارکنان و رسیدن به اهداف سازمان مقررات تشویقی زیر برای کارکنان واجد شرایط در نظر گرفته می شود.

روش اجرایی موارد منجر به تشویق:

۱- نامه های قدردانی بیماران و همراهانشان از پزشکان، پرستاران، کارکنان و بیمارستان با ذکر مورد

۲- نامه های درخواستی پزشکان برای تشویق پرستاران

۳- سرپرستاران از پرستاران

۴- مسئولین سایر واحدها از کارکنان زیر مجموعه

۵- مناسبت های خاص و موارد ویژه که در اختیار ریاست و مدیریت بیمارستان باشد.

۶- تشویق کارکنان به صورت زیر انجام می گیرد:

۱-۶ تشویق معمولی (تشویق کتبی با درج در پرونده پرسنلی)، تشویقی مرخصی با تصویب کمیته

۲-۶ تشویقی موردی و یا مالی براساس پیشنهاد کمیته و تصویب رئیس بیمارستان

ماده ۸: تشویق معمولی: این نوع تشویق که در اختیار مدیران می باشد (پس از تایید کمیته) به دو صورت، یک تشویق کتبی، و دیگری تشویق کتبی با درج در پرونده پرسنلی صورت می گیرد.

ماده ۹: تشویق موردی: این نوع تشویق با توجه به توان مالی بیمارستان ممکن است بصورت اعزام افراد برای سفرهای تفریحی داخلی و یا پاداش های موردی انجام گیرد.
بودجه پاداش هر واحد با توجه به امکانات مالی بیمارستان با تایید کمیته قابل اجرا می باشد.

تقسیم بندی اقدامات تشویقی موردی:

الف) تشویقات درجه ۳

ب) تشویقات درجه ۲

ج) تشویقات درجه ۱

تشویقات درجه ۳:

الف) تشویق و تقدیر شفاهی در حضور همکاران

ب) تشویق کتبی با درج در پرونده و عندالزوم اعلام آن در حضور کلیه همکاران و الصاق آن در تابلو اعلانات

ج) مرخصی تشویقی قابل خرید تا ۷ ساعت یا معادل آن جوایز مالی

تشویقات درجه ۲:

الف) مرخصی تشویقی قابل خرید تا ۱۲ ساعت یا معادل آن جوایز مالی

ب) پرداخت پاداش مالی برابر ۲۰ ساعت حقوق و مزایا

تشویقات درجه ۱:

الف) مرخصی تشویقی یا قابل خرید از ۱۴ ساعت تا ۲۱ ساعت یا معادل آن جوایز مالی

ب) پرداخت پاداش مالی حداکثر برابر ۲۸ ساعت حقوق و مزایا یا معادل آن جوایز مالی

ماده ۱۰: نظارت بر حسن اجرای دقیق مقررات تشویقی و همچنین نظارت بر تنظیم جداول ارزشیابی بعهدہ کمیته می باشد.

فصل سوم «اعمال قانون در خصوص عدم رعایت انضباط اداری»

ماده ۱۱: طبقات تخلفات به قرار زیر می باشد:

طبقه اول:

۱- کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محوله

۲- عدم رعایت شئون اسلامی و عدم رعایت پوشش مناسب با محیط کار

۳- غیبت غیرموجه، عدم حضور به بموقع در محل کار و ...

۴- امتناع از حضور در دوره های آموزشی و غیبت غیرموجه در حین گذراندن دوره آموزشی

۵- سهل انگاری روسا و مدیران در ارایه گزارش تخلفات کارکنان تحت امر

۶- تسامح در حفظ وجوه اموال و اسناد که منجر به ایراد خسارت شود

- ۷- تعطیل خدمت در خلال ساعات موظف کاری
- ۸- استعمال دخانیات در خلال ساعت کاری
- ۹- برخورد نامناسب با ارباب رجوع و همکاران
- ۱۰- سرپیچی از دستور مافوق
- ۱۱- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
- ۱۲- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز

طبقه دوم:

- ۱- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل
- ۲- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر کاری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص
- ۳- سرپیچی از اجرای دستور مقام مافوق در حدود وظایف کاری
- ۴- ارایه گواهی یا گزارش غیر واقع در امور کاری
- ۵- درگیری فیزیکی در محل کار

طبقه سوم:

- ۱- جعل یا دست بردن در اسناد و اوراق و یا استفاده از سند مجعول
- ۲- گرفتن وجه مالی یا غیر آنچه در قوانین یا مقررات تعیین شده است
- ۳- هرنوع استفاده غیر مجاز از اموال سازمان یا مشتری
- ۴- هرنوع تصاحب غیر مجاز اموال سازمان یا مشتری
- ۵- توقیف، اختفا، بازرسی یا بازکردن پاکت ها و محموله های پستی یا معدوم کردن آنها و استراق سمع بدون مجوز قانونی
- ۶- انتشار اسناد و اسرار محرمانه کاری
- ۷- کارشکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی (اطلاع به حراست)

طبقه چهارم:

- ۱- استعمال و اختفا و نگهداری، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر و مشروبات الکلی (اطلاع به حراست)
- ۲- عضویت در سازمانهایی که اساسنامه آن مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها با تایید مراجع ذیصلاح (اطلاع به حراست)
- ۳- عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آن ها با رای مراجع قانونی و یا نزاع دسته جمعی (اطلاع به حراست)
- ۴- تحریک به برپایی یا شرکت در تحصن، اعتصاب، تظاهرات غیرقانونی و اعمال فشارهای گروهی برای مقاصد غیرقانونی در سازمان (اطلاع به حراست)
- ۵- بی حرمتی به موازین شرع مقدس اسلام و عدم رعایت شئون نظام جمهوری اسلامی (اطلاع به حراست)

فصل چهارم «تنبیهات»

تنبیهات اداری قابل اعمال			
تخلفات اداری	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم
طبقه اول	الف) تذکر کتبی همراه با درج در پرونده پرسنلی	ب) تذکر کتبی همراه با درج در پرونده پرسنلی	گزارش به هیئت بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه
طبقه دوم	ج) تذکر کتبی همراه با درج در پرونده پرسنلی	د) گزارش به هیئت رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه	
طبقه سوم طبقه چهارم	ه) گزارش به تخلفات اداری کارکنان واقع در ستاد مرکزی	ی) گزارش به هیات بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دانشگاه	