

ماہنامہ ایمنی بیمار البرز



FIRST DO NOT HARM

پیش از هر اقدامی آسیب وارد نشود

شماره ماہنامہ : شماره یک خرداد ۱۴۰۰





صاحب امتیاز

جناب آقای دکتر جواد معظمی
(معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)

مدیر مسئول

جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی
(مدیر امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی)

سر دبیر

سرکار خانم الهام ابراهیم زاده
(کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی درمانی)

هیأت تحریریه

جناب آقای دکتر کاظمی (مسئول ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج))
جناب آقای دکتر محمدی (مسئول ایمنی بیمارستان امام حسن مجتبی (عج))
سرکار خانم لیلی چراغی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم (عج)
سرکار خانم نرگس صلواتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) نظرآباد

ویراستار

سرکار خانم لیلی چراغی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان قائم کرج
سرکار خانم نرگس صلواتی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) نظرآباد

شماره ماهنامه : شماره ۱ خرداد ۱۴۰۰

آدرس : بلوار طالقانی شمالی ، روبروی دادگستری ، خیابان دیوسالار ، بوستان پنجم ، پلاک ۲۰

WWW.abzums.ac.ir - info@abzums.ac.ir

فهرست

شعار ایمنی ۱-۱

مقدمه ۲-۵

گزارش وقایع
ناخواسته ۶-۱۳

داروهای با هشدار بالا
۱۴-۱۶

سناریوهای خطاهای
پزشکی ۱۷-۲۴

گزارش عملکرد

۲۵-۲۶



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز

شعار ایمنی خرداد ماه

ترخیص ایمن بیمار بر اساس تکنیک SMART



۱. **Signs**: علائم بیماری و رویدادها و نشانه ها.

۲. **Medication**: زمان، شرایط مصرف و عوارض
جانبی داروها.

۳. **Appointment**: زمان ویزیت بعدی.

۴. **Result**: پیگیری نتایج اقدامات پاراکلینیک.

۵. **Talk with me**: در صورت نیاز تماس مجدد با بیمارستان
پس از ترخیص.



تهیه شده توسط واحد ایمنی بیمارستان های امام حسن مجتبی و قائم
زیر نظر معاونت درمان

مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیصی و درمانی
واحد ایمنی بیمار

خرداد ۱۴۰۰



مقدمه

ارتقا سطح فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان

اولین و مهمترین الزام در بیمارستان ایمنی و آسیب نرساندن به بیماران است. ایمنی بیمار همان اجتناب یا پیشگیری از بروز آسیب ناشی از انجام فرآیند مراقبت سلامت است و در این میان ایمنی، فرهنگ کیفیت و مدیریت در کنار هم تاثیر گذار می باشند. انجمن پزشکی آمریکا اهدافی را برای افزایش کیفیت در سیستم های بهداشتی درمانی در نظر گرفته است که شامل ایمنی بیمار محور، اثر بخشی آموزش بیمار، سودمندی به موقع بودن و عدالت در ارائه خدمات می باشد.

فرهنگ ایمنی در بیمارستان در ۱۲ حیطه بررسی میشود و در نهایت پس از ارزیابی و تعیین درصد، سطح فرهنگ ایمنی بیمارستان تعیین میشود

حیطه های ۱۲ گانه شامل:

- ۱-تناوب گزارش دهی رخدادها-۲-درک کلی از ایمنی بیمار ۳-انتظارات و اقدامات مدیریت در راستای ایمنی بیمار ۴-یادگیری سازمانی ۵-کار تیمی درون واحد های سازمانی ۶-باز بودن راه های ارتباطی ۷-ارتباط و ارائه بازخورد در مورد خطاها ۸-پاسخ غیر تنبیهی در قبال رویداد خطا ۹-مسائل مربوط به کارکنان ۱۰-حمایت مدیریت از ایمنی بیمار ۱۱-کار تیمی مابین واحد های سازمانی ۱۲-تبادلات و انتقال اطلاعات



سطوح فرهنگ ایمنی بیمار بر اساس نتایج ارزیابی

- سطح (۱): فرهنگ سازمان بیمار-چرا و قوتمان روی ایمنی تلف کنیم! (امتیاز ۰ الی ۲۰ درصد)
- سطح (۲): فرهنگ سازمانی واکنشی-اگر اتفاقی بیفتد بالاخره یک کاری میکنیم! (امتیاز ۲۱ الی ۴۰ درصد)
- سطح (۳): فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستمها و ضوابط اداری-سیستمهایی برای مدیریت ایمنی مستقر داریم. (امتیاز ۴۱ الی ۶۰ درصد)
- سطح (۴): فرهنگ سازمانی پیشگیرانه-همیشه نسبت به ریسکها هوشیاریم. (امتیاز ۶۱ الی ۸۰ درصد)
- سطح (۵): فرهنگ سازمانی مولد-مدیریت خطر جزا صلی تمامی فعالیتهای سازمانیاست. (امتیاز ۸۱ الی ۱۰۰ درصد)

یکی از محورهای اصلی ایمنی بیمار ارزیابی بیماران پرخطر میباشد که شامل:

ارزیابی مورس (پیشگیری از سقوط) برادن (جلوگیری از زخم بستر)، ارزیابی **GCS** (سطح هوشیاری)

ارزیابی **SAD PERSONS scale** (ریسک خودکشی) و ارزیابی **Wells Criteria VTE** (جلوگیری از

ترومبوز وریدی **DVT**) ارزیابی ریچموند (ریسک اختلال روان پزشکی)



محورهای دیگر شامل شناسایی صحیح بیمار، ترخیص ایمن بیمار، رعایت اصول ۷ راه دارودهی، رعایت تلفیق دارویی در بدو پذیرش (مراقبت های حاد- مراقبت های سرپایی- مراقبت های اولیه) و در طول مدت بستری، رعایت شیوه جراحی ایمن، پیشگیری از عفونت های بیمارستانی و که در نهایت رعایت ۹ راه حل ایمنی بیمار **SOLUTIONS 9** می باشد.



علاوه بر این در ارتقاء سطح ایمنی بیماران شناسائی هر چه سریعتر انواع خطاهای درمانی حائز اهمیت است.

انواع خطاهای درمانی شامل:

● **نزدیک به خطا (Near miss):** نزدیک به خطا، خطایی است که اتفاق نیافتاده است ولی نزدیک

به رخ دادن بوده است. مانند تزریق دارویی که به اشتباه در معرض تزریق به بیمار بوده است که با کنترل مجدد تزریق نشده است.

● **خطا بدون آسیب جدی (No Harm Event):** خطا اتفاق افتاده است ولی موجب آسیب به بیمار نشده است، مانند داروی اشتباهی که به بیمار

تزریق شده است ولی آسیبی در پی نداشته است.

● **حوادث با عارضه گذرا (Adverse Event):** حوادثی که اتفاق می افتد و برای بیمار عارضه کوتاه مدت و گذرا خواهد داشت. همچون تزریق

داروی اشتباه که به دنبال آن بیماری دچار عوارضی کوتاه مدت همچون کهیر و خارش شده است.

● **عوارض با عارضه پایدار یا مرگ (Sentinel Event):** حوادثی که موجب مرگ و میر و یا نقص عضو و عارضه پایدار در بیمار خواهد شد.

همچون تزریق خون اشتباه که منجر به عوارض پایداری در بیمار شده است.

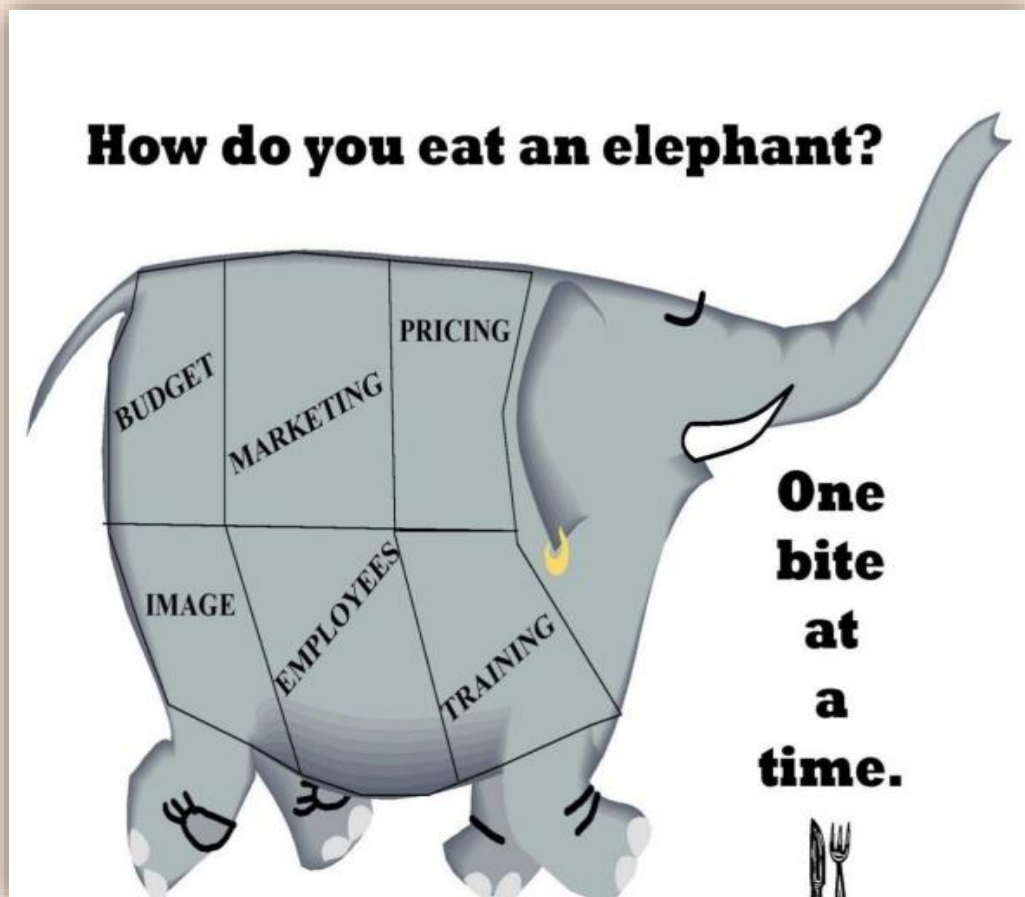
برگزاری کمیته های ایمنی و پیگیری گزارش وقایع ناخواسته و برگزاری جلسات **RCA** و ارائه مصوبات به واحدهای مربوطه صورت میگیرد



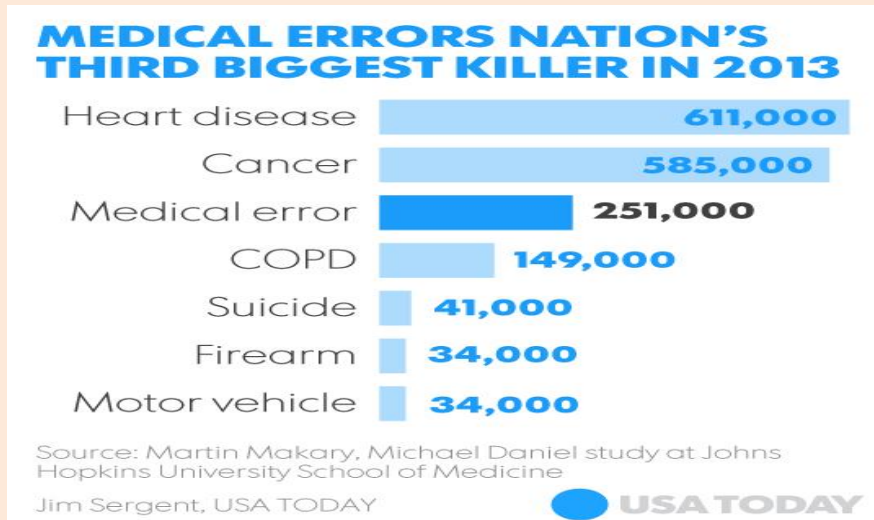
رسالت بیمارستان ارائه خدمات پزشکی ایمن و اثربخش به مراجعین می باشد

الوین تافلر:

بیسوادان قرن ۲۱ افرادی نیستند که چند زبان یا کامپیوتر بلد نباشند. بلکه افرادی هستند که قادر نباشند از دانش و توانایی خود در محیط تغییر ایجاد کنند.



Safe & Effective



ریسک در بهداشت و درمان چگونه است؟



ارائه خدمات سلامت همواره پرخطر بوده است و ایمنی بیماران را به خطر می اندازد. علیرغم پیشرفت تکنولوژی و مراقبت ها، خطاهای پزشکی با عوارض و مرگ و میر همراه بوده و هزینه زیادی را به بیمار و جامعه تحمیل می نماید. # میزان بروز خطاهای درمانی در کشورهای توسعه یافته ۱۰٪ بیماران بستری و در کشورهای در حال توسعه ۱۸٪ می باشد.

خطاهای پزشکی بیش از ۷۵ درصد
قابل پیشگیری هستند.

وقایع ناخواسته (Never Event)

هر فرایند پیچیده ای درصد بالایی از احتمال خطا دارد. ۷۰٪ خطاها قابل پیشگیری هستند و معمولاً در صورت عدم پیشگیری، ۲/۳ موارد باعث آسیب جدی و مرگ می شود.

در راستای صیانت از حقوق گیرندگان خدمت و افزایش ایمنی بیمار، موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی Never event موارد که هرگز نباید اتفاق بیفتد از سوی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان طی دستورالعمل در تاریخ ۹۶/۱۲/۰۶ ابلاغ گردید.

گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری شود.

طبق تحقیقات انجام شده بیش از ۹۰٪ موارد خطا به مشکلات سازمانی نظیر فرهنگ، رویه های مدیریت، ساختار، فرایندها و هماهنگی های درمان بیمارستان است و کمتر از ۱۰٪ با مشکلات فردی و تجهیزات رابطه دارد.

۲. وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ د مورخ ۹۶/۱۲/۰۶ نیست. این دستورالعمل بر گزارش ملی ۲۸ کد تأکید دارد. بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت بایستی در سطح بیمارستان شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند. طراحی و اجرای برنامه / مداخلات اصلاحی بمنظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل ذیل است:

۱. مداخلات / اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده

۲. مداخلات / اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش و مانند آن در خصوص وقایع تکرار شونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا

ابزار جهانی تریگر موسسه ملی سلامت به راحتی و بدون استفاده از تکنولوژی های پیچیده، با رصد آسیب ها و شمارش مواردی که نباید رخ می داد به شناسایی وقایع ناخواسته احتمالی می انجامد. تریگرهای مراقبت سلامت، دارویی، جراحی، ویژه، پره ناتال و اورژانس تریگرهای مختلف موجود هستند که در زمینه تخمین میزان بروز وقایع ناخواسته کمک کننده خواهند بود. برای مطالعه بیشتر در خصوص ابزار جهانی تریگر با کلید واژه مزبور جستجوی منابع توصیه می شود.

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

۱. تیم مدیریت و رهبری بیمارستان پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است
۲. گزارش ها از نظر روند گزارش دهی از اعم کیفیت و کمیت گزارش های واصله به تفکیک بخش / واحد ، رسته شغلی دسته بندی محرمانه شده در ارتقاء گزارش دهی مورد بهره برداری قرار گیرند.
۳. نظارت و پایش برنامه / مداخلات اصلاحی با روش های معتبر مانند انجام ممیزی بالینی و چرخه PDCA صورت گیرد.
۴. درس گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آنها بعنوان شواهد در برنامه ریزی و بازنگری برنامه ها و فرایندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی است
۵. درس های آموخته شده ترجیحاً از طریق دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی مربوطه با سایر بیمارستان ها به مشارکت گذاشته شده / منتشر می شوند.

روش های مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل :

۱. دریافت گزارش
 ۲. شکایات واصله
 ۳. دریافت گزارش بازدیدها و ممیزی ها و گزارش های نظارتی و سوپروایزری
 ۴. بررسی پرونده
 ۵. سایر روش های بومی در بیمارستان
- شناسایی و گزارش دهی کدهای وقایع ناخواسته مندرج در شیوه نامه مورد اشاره مطابق مفاد آن به سطوح بالاتر انجام می شود. لازم بذکر است تفکیک سنجه الف -۱-۶-۴ و الف -۱-۶-۵ بر اساس تأکید وزارت بهداشت در جمع آوری گزارش وقایع ناخواسته در سطح ملی در موارد ۲۸ گانه دستورالعمل مزبور است. این امر به معنی عدم نیاز به گزارش ، تحلیل ریشه ای و مدیریت سایر وقایع ناخواسته درمان نیست و بایستی تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت ، شناسایی ، پیشگیری و مدیریت شوند. اجرای دستورالعمل ابلاغی وقایع ناخواسته درمانی لازم الاجرا است و در شیوه نامه اعتباربخشی نیز بر آن تأکید شده است.

تیم رهبری و مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه ، گزارش دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج می نماید. در فرهنگ منصفانه ، این موضوع درک می گردد که کارکنان حرفه ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی مبالاتی ها قابل پذیرش و تحمل نیست.

بخشنامه ابلاغ شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ د مورخ ۹۶/۱۲/۰۶

موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی (Never Event)

- وقایع مرتبط با اعمال جراحی :

۱. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال : در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس و ... در بدن بیمار
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

- وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی :

۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال : وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هرگونه آمبولی عروقی

- وقایع مرتبط با مراقبت بیمار :

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری و ...)
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار :

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو ، زمان تزریق دارو ...
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولتیک بعلت تزریق گزوه خون اشتباه در فراورده های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی بدنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بعلت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: بدنبال فیزیوتراپی ...)

- وقایع مرتبط با محیط درمانی :

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر ...)
۲۲. سوختگی های بدنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند : سوختگی های بدن بدنبال جراحی قلب)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال : گیر کردن اندام بیمار در محافظ ، خرابی محافظ ...)
۲۴. سقوط بیمار (مثال : سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری ، سقوط از پله و...)

- وقایع جنایی:

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعددی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

منابع:

- بخشنامه ابلاغ شیوه نامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ د مورخ ۹۶/۱۲/۰۶

- سنجه های اعتباربخشی ویرایش چهارم ۱۳۹۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
معاونت درمان



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

اطلاعات دموگرافی:

نام دانشگاه علوم پزشکی: البرز شهر: کرج نام ونوع موسسه تشخیصی درمانی: بیمارستان قائم (عج)

• در صورتی که موسسه بیمارستان باشد موارد ذیل تکمیل گردد:

نوع بیمارستان: ☐ آموزشی درمانی ☐ تک تخصصی ☐ عمومی ☐ دولتی ☐ خیریه ☐ نیروی مسلح ☐ تامین اجتماعی ☐ سایر

نام ونام خانوادگی بیمار: جنسیت: ☐ مونث ☐ مذکر سن: ...

تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: تاریخ وقوع: ساعت وقوع: ☐ AM ☐ PM

• کد و شرح موارد ۲۸ گانه:

- کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم ☐
- کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر ☐
- کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد ...)
- کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن ☐
- کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیماران دارای سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا) ☐
- کد ۶. تلقیح مصنوعی یا دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور ☐
- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی ☐
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی) ☐
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی ☐
- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و اشخاص غیر از ولی قانونی ☐
- کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...) ☐
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی ☐
- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو، زمان تزریق دارو ، ... ☐
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی ☐
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین ☐
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی ☐



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
معاونت درمان



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

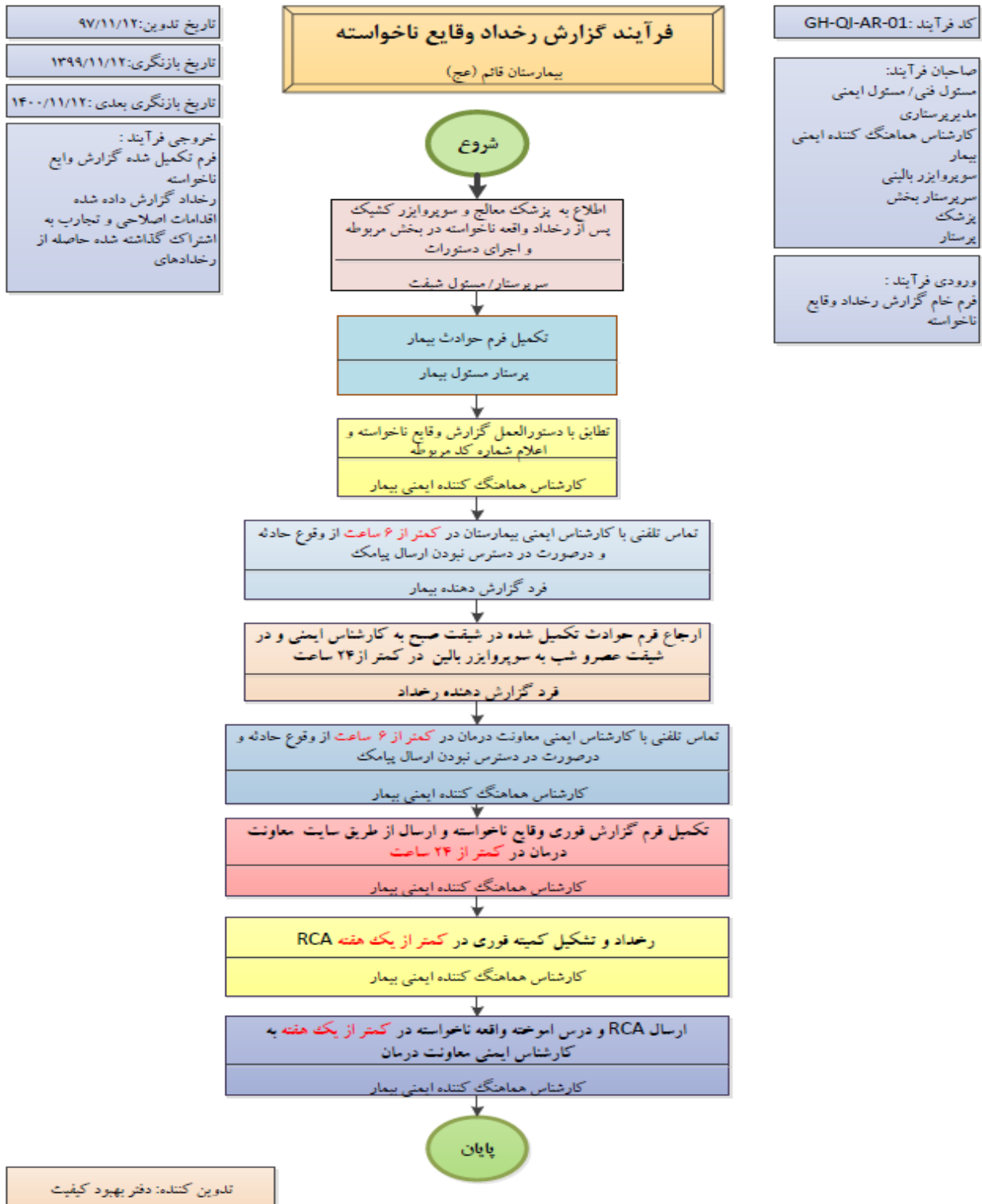
- کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار ☐
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان ☐
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..) ☐
- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد. ☐
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر...) ☐
- کد ۲۲. سوختگی ها بدنیاال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطلاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب) ☐
- کد ۲۳. موارد مرتبط با نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...) ☐
- کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله...) ☐
- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چهارچوب اخلاق پزشکی ☐
- کد ۲۶. هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار ☐
- کد ۲۷. ربودن بیمار ☐
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمانی ☐

شرح مختصر اقدامات انجام شده :

امضا کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

امضا مسئول ایمنی بیمار

امضا ریاست بیمارستان



داروهای پرخطر (HIGH ALERT)

داروهای پرخطر (HIGH ALERT) داروهایی هستند که نیاز به مراقبت درمانی خاص قبل ، حین و بعد از استفاده از داروی پرخطر دارد . از جمله (مانیتورینگ ، کنترل قند خون ، کنترل فشار خون ، کنترل آزمایشات تشخیصی مرتبط و.....)

از دیدگاه انستیتو خدمات ایمن دارویی زمانی که " داروهای با هشدار بالا " اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند . اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد . لیکن عوارض و آسیب های به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیرقابل جبران و بازگشت است . این داروها که می توان از میان آن ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک ها، اوپیوم ، انسولین و آرام بخش ها اشاره نمود، بیشتر تۆام با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادی -کاردی بوده که هر یک از این عوارض می توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث گردند.

احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها پیشنهاد می شوند شامل موارد ذیل است :

- * به کارگیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به "داروهای با هشدار بالا "
- * ممنوعیت دسترسی آزاد به " داروهای با هشدار بالا "
- * داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی ویا اشکال مشابه می باشند را در انبار داروخانه در باکس یا قفسه قرمز رنگ گذارده و نام دارو را به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد ، بر روی آن نصب کنید.
- * محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- * نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
- * استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی
- * استفاده از برچسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز و مصرف داروهای با هشدار بالا

ضوابط برجسب گذاری داروهای با هشدار بالا

- بر روی تمامی داروهای با هشدار بالا برجسب قرمز رنگ می بایست بر روی جعبه ، قفسه ، کشو، سبد یا هرگونه مخزن نگهداری داروهای با هشدار بالا ، در قفسه های داروخانه ، ترالی کد اورژانس ، تریتمنت در اورژانس ، بخش ها و واحدهای درمانی الصاق شود .
- بر روی برجسب قرمز رنگ نام دارو همراه با قدرت دارویی آن فرآورده با فونت مناسب با اندازه مخزن به نحوی از دور قابل خواندن باشد به رنگ مشکی و به زبان فارسی درج شود . برجسب این داروها در داروخانه ها نظارت داروساز و مسئول فنی داروخانه و اجرای آن توسط ایشان یا پرسنل تعیین شده از جانب وی انجام خواهد شد.
- برجسب گذاری داروهای دوازده گانه پرخطر که برای این دوازده داروی تزریقی ضروری است علاوه بر رعایت موارد فوق الصاق برجسب هشدار بر روی هر آمپول یا ویال در اورژانس بخش ها و واحدهای بیمارستانی به طور جداگانه و منطبق با ضوابط ذیل برای داروهای مطابق دوازده گانه انجام پذیرد نحوه برجسب گذاری به اندازه برجسب بر روی این داروها باید به گونه ای باشد که مندرجات بر روی آمپول یا ویال آن پوشانده و باعث مخدوش شدن و ناخوانا شدن هیچیک از مندرجات روی آن نشود برجسب هشدار داروهای مذکور می باید به رنگ قرمز و فاقد هرگونه نوشته از قبیل نام دارو یا عبارت داروی با هشدار بالا و غیره باشد. برجسب نباید به سهولت از بدنه ویال یا آمپول جدا شود و می بایست قابلیت چسبندگی مطلوب داشته باشد.
- هدف از اجرای این بخشنامه اعمال دقت بیشتر به هنگام مصرف داروهای با هشدار بالا و پیشگیری از وقوع اشتباه داروی پزشکی است.
- لازم به ذکر است اجرایی این ضابطه نافه سایر وظایف پرسنل پزشکی در ارائه خدمات دارویی چک مستقل دوگانه دارو و نگهداری داروهای با هشدار بالا به نحوی به سهولت در دست ساز کارکنان نباشد نخواهد بود.

منابع :

- سنجه های اعتباربخشی ویرایش چهارم ۱۳۹۸

- دستورالعمل وزارتخانه داروهای پرخطر به شماره ۶۵۵/۱۲۷۷۱۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۱۲



فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر

همکاران محترم

لطفاً داروهای پرخطر در قفسه قفل دار نگه داری شود

GH/PS / 01/34

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر

دارای الویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	اتروپین
۲	سولفات منیزوم	۸	ابی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول



یازنگری سال
۱۳۹۷

سناریوهای خطاهای پزشکی

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario		
عنوان	اختلال در روند اعزام بیمار	
شرح حادثه	مددجو بنام خانم ۳۴ ساله در تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۰۲ در ساعت ۱۲:۳۰ با شکایت از سرفه و لرز و با ویلچر توسط همراه به واحد تریاژ تنفسی آورده می شود. مددجو مادر پرخطر می باشد که ۲ روز گذشته در بیمارستان مریم زایمان سزارین داشته و ترخیص گردیده است. لازم بذکر است مددجو از تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۴ (قبل از زایمان) PCR (+) بوده است (طبق اظهارات بیمار) و مرتباً تحت کنترل بوده است. علائم حیاتی در بدو ورود به تریاژ تنفسی RR:16 PR:87 SPO2:83% T:36.5 BP:187/8 بلافاصله با ماسک پگ دار با حجم ۵ لیتر در دقیقه به بیمار اکسیژن تراپی می شود و SPO2=90% حفظ می گردد و مراقبت های اولیه انجام و در ساعت ۱۲:۴۰ توسط پزشک متخصص عفونی ویزیت می شود و طبق دستور پزشک درخواست CT ریه می گردد. بیمار در ساعت ۱۳:۲۰ سی تی اسکن ریه انجام می شود و مجدداً در ساعت ۱۴:۰۰ خانم دکتر منصوری CT ریه را رویت کردند و دستور بستری دادند. با هماهنگی سوپروایزر وقت تخت خالی جهت بستری بیمار در بیمارستان نبود و مددجو در تریاژ تنفسی تحت نظر می باشد. سوپروایزر صبح که در ساعت ۱۳:۴۵ مطلع می شوند هماهنگی لازم با ستاد و بیمارستان امام علی انجام می دهند ولی متأسفانه موفقیت آمیز نبود و به همکار سوپروایزر عصر می گردد. در ساعت ۱۵:۰۰ سوپروایزر عصر مجدداً با ستاد خانم بیات هماهنگی لازم شد و ایشان فرمودند با بیمارستان امام علی هماهنگی گردد و سوپروایزر وقت بیمارستان امام علی (خانم قره داغی) نیز اعلام کردند تخت خالی ندارند. و مجدداً با ستاد تماس گرفته شد که در بیمارستان امام علی تخت خالی وجود ندارد و فرمودند با بیمارستان مریم هماهنگ شود بدلیل عدم تمایل بیمار علیرغم توصیه های سوپروایزر از بستری شدن در بیمارستان مریم امتناع نمود و از پذیرش خارج از استان نیز موافقت نکرد. همراه بیمار پس از توصیه های مکرر سوپروایزر به پذیرش از بیمارستان تهران رضایت داد. و بلافاصله با آمبولانس امداد سریع هماهنگ شد ولی مجدداً همراه بیمار بدلیل هزینه های آمبولانس و بیمارستان خصوصی (حدوداً ۱۱ میلیون تومان) موافقت نکرد. به گفته پرستار مسئول بیمار علیرغم توصیه های مکرر جهت اعزام و تکمیل فرم رضایت نامه متأسفانه همراه، بیمار را در ساعت ۱۵:۲۰ از بیمارستان خارج نمود.	
علل رویداد حادثه	۱- نداشتن تخت خالی جهت بستری بیمار در سطح استان ۲- عدم اطلاع به انکال زنان ۳- عدم تکمیل فرم رضایت شخصی توسط همراه ۴- عدم اطلاع رسانی بموقع به رابط پرخطر و کارشناس ایمنی	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- مقرر گردید: در خصوص کمبود تخت در سطح استان برای بیماران کرونایی مدیریت امور بیمارها و ستاد پذیرش بیمار دانشگاه علوم پزشکی راهکارهای اصلاحی اتخاذ نمایند. ۲- مقرر گردید پزشک معالج و پرستار تریاژ تنفسی بلافاصله شرح حال مادر پرخطر را به انکال زنان اطلاع دهد. ۳- مقرر گردید با ارائه آموزش اثر بخش به بیمار و همراه جهت تکمیل فرم رضایت شخصی توسط بیمار و همراه ۴- مقرر گردید سوپروایزر وقت موارد وقایع ناخواسته را بلافاصله به اطلاع کارشناس ایمنی برساند.	

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario		
عنوان	سقوط بیمار	
شرح حادثه	مددجو خانم ۹۲ ساله در مورخ ۹۹/۰۹/۱۸ ساعت ۱۶:۴۰ با علائم درد قفسه سینه و ضعف و بیحالی به کمک همراهان به اورژانس بیمارستان مراجعه کرد. پس از ویزیت و درخواست CT SCANE ریه ، بیمار روی برانکارد تخت CPR منتظر پیگیری انجام سی تی ریه بود که با وجود بالا بودن بدسایدها و وجود ۳ نفر همراه که متأسفانه در همان لحظه خارج از اتاق بودند ، بیمار بدساید تخت را باز کرده و به زمین اصابت کرده است. اقدامات بعمل آمده شامل : ۱- کنترل سطح هوشیاری و علائم حیاتی ۲- گزارش به سوپروایزر کشیک ۳- ویزیت پزشک معالج ۴- ویزیت پزشک قانونی ۵- مشاوره پزشک نورولوژیست ۶- انجام Brain CT SCANE ۷- کنترل ناحیه پیشانی از نظر تورم و خونریزی	
علل رویداد حادثه	۱- ناآگاه بودن کارکنان از اهمیت حفظ ایمنی بیمار در طول مدت تحت نظر بودن بیمار ۲- ناکافی بودن آموزش های لازم به بیمار و همراه ۳- عدم توجه بیمار و همراه به آموزشهای ارائه داده شده	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- بالا بردن توانمندی رابطین ایمنی با ارائه آموزشهای لازم و اثر بخشی و همچنین تمامی درس اموخته ها در فایل های الکترونیک و گروه های مجازی به اشتراک گذاشته میشود ۲- برای کافی بودن و اثر بخش شدن آموزش به بیمار خطرات و عواقب تنها گذاشتن بیمار و خروج بیمار از تخت را باید توضیح داد ۳- با بالا بردن اثر بخشی آموزش میتوان توجه بیمار و همراه را به آموزشهای داده شده بیشتر کرد.	

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario		
عنوان	مرگ نوزاد	
شرح حادثه	نوزاد دختر با وزن ۴ کیلو و حاصل سزارین در تاریخ ۹۹/۰۷/۱۶ ساعت ۸:۳۰ بدنیا آمد. نوزاد مکنونیال که در اتاق عمل اکسیژن تراپی و ساکشن ترشحات شده بود و هیپوتون بود و با آپکار ۱۰/۸ به ترسری منتقل شد و به دستور متخصص نوزادان انکال ساعت ۹:۵۰ دقیقه با انکوباتور پرتابل و در حال اکسیژن تراپی به نوزادان منتقل گردید. نوزاد هنگام تحویل در بخش نوزادان کاملاً سیانوزه و آینه بود و پزشک نوزادان همان موقع در نوزادان حضور داشتند که CPR با ترس بخش و پزشک نوزادان شروع شد و بلافاصله کد ۸۸ اعلام گردید و بدون تعلل گروه کد حضور پیدا کرده و نوزاد اینتوبه شد و اکسیژن تراپی با آمبویک و ماساژ قلبی و دارو درمانی انجام گردید. ولی علیرغم تلاش فراوان متأسفانه CPR موفقیت آمیز نبود و نوزاد ساعت ۱۲ فوت شد.	
علل رویداد حادثه	۱- عدم حضور متخصص نوزادان در یدو تولد نوزاد ۲- عدم جانیامی ریکاوری مادر و نوزاد ۳- عدم توجه به دستورالعملهای احیا نوزاد ۴- نداشتن گواهی بازآموزی سالانه دوره احیای پیشرفته نوزادان در اکثر متخصصین نوزادان	
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱- نیم ساعت قبل از زایمان مادر پر خطر، پزشک متخصص زنان می بایستی جهت حضور متخصص نوزادان در حین زایمان از طریق بلوک زایمان هماهنگی های لازم را به عمل آورد ۲- نوزاد متولد شده در ریکاوری تا زمان stable شدن در ریکاوری نزد مادر بماند و در صورت نداشتن مشکل، همزمان با مادر به بخش منتقل شود. و در صورت داشتن مشکل به نوزادان منتقل شود ۳- به منظور پیاده سازی استانداردهای مراقبت های مادر و نوزاد، پزشکان متخصص نوزادان گواهی بازآموزی سالانه دوره احیای پیشرفته نوزادان را کسب کنند	

سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario		
عنوان	مرگ نوزاد	
شرح حادثه	نوزاد، پسر ۳۹ هفته حاصل سزارین با وزن ۳/۲۰۰ کیلو و مادر ۳۳ ساله با وزن ۵۷ کیلوگرم G2 P1 AB0 و در تاریخ ۹۹/۱۱/۱۱ ساعت ۱۰:۵۰ بدنیا آمد. اپکار نوزاد ۹ به ۱۰ بود رنگ پوست صورتی در بدو تولد گریه داشت ناله نداشت. دیسترس تنفسی نداشت. SPO2=90% در اغوش مادر و بارعایت تماس پوست با پوست بطوریکه تا انتقال به بخش نوزاد در اغوش مادر بود. اکسیژن تراپی و ساکشن ترشحات شده بود. در ساعت ۱۱:۴۵ به بخش منتقل شد. وضعیت نوزاد در بخش، رنگ پوست صورتی ناله نداشت تب نداشت دیسترس تنفسی نداشت. ساکینگ داشت و شیر مادر را خورد و آموزش شیردهی داده شد. در شیفت عصر نیز دوبار شیر خورده است. دیورز داشته، مکنونیوم دفع کرده است. در شیفت شب نیز شیردهی هر ۲ ساعت یکبار انجام شد. دیورز داشت و دفع مکنونیوم نداشت. در تاریخ ۹۹/۱۱/۱۲ مجدداً آموزش شیردهی BF و نحوه صحیح آن بنا به گزارش رابط شیر مادر به مادر داده شد و مادر و نوزاد در ساعت ۱۱:۵۰ از بخش مرخص شدند. قردای امروز نوزاد به همراه پدر و مادر در تاریخ ۹۹/۱۱/۱۳ ساعت ۸ صبح به اورژانس مراجعه و بلافاصله با هماهنگی به بخش NICU منتقل شد بنا به گزارش پرستار بخش ویژه، نوزاد با بیحالی و خواب الودگی و ناله واضح، بسیار زرد رنگ و ترشحات کف آلود از دهان مراجعه کرده است. در بدو ورود وزن ۲/۸۵۰ کیلوگرم بود. تب ۳۷/۹ تنفس CASPING بلافاصله درخواست ویزیت اورژانسی فوق تخصص نوزادان توسط آنکال محترم شد که در ساعت ۸:۰۵ بر بالین نوزاد حاضر شد. با تحریک تنفسی و O2 و آمیویگ، آینه نوزاد برطرف شد. ساکشن مرتباً انجام شد. در ساعت ۸:۵۰ مجدداً دچار آینه شد که بلافاصله آمیویگ زده و توسط فوق تخصص نوزادان با لوله تراشه ۳/۵ اینتوبه شد. تزریق اپی نفرین و داروهای لازم نیز انجام شد و در ساعت ۹:۳۰ اعلام کد ۸۸ شد که گروه احیاء حاضر شدند و بدون تعلل گروه کد حضور پیدا کرده و نوزاد اینتوبه شده بود و اکسیژن تراپی با آمیویگ و ماساژ قلبی و دارو درمانی انجام گردید گرافی ریه پرتابل انجام شد. عملیات همچنان ادامه داشت. ولی علیرغم تلاش فراوان که بمدت ۳ ساعت بطول انجامید متأسفانه CPR موفقیت آمیز نبود و نوزاد ساعت ۱۲:۳۰ فوت شد.	
علل رویداد حادثه	۱- تاخیر مراجعه نوزاد به بیمارستان توسط مادر و پدر نوزاد ۲- عدم راهتمایی صحیح حراست در بدو ورود نوزاد به اورژانس ۳- احتمال اختلال متابولیکی	
اقدامات اصلاحی پیشنهادهی	۱- ارائه آموزش اثر بخش به مادر و پدر نوزاد در حین ترخیص توسط پرستار یا ماما مسئول نوزاد ۲- آموزش به کادر نگهداری در خصوص توجه کافی در برخورد با بیماران بدحال - تدوین دستورالعمل و فلوجارت تریاژ نوزاد در اورژانس ۳- پیگیری جواب اتوپسی پزشک قانونی	

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	افت هموگلوبین بیمار	عنوان
	در یکی از بخش های بیمارستان بیماری بدلیل Hb:8.2 دستور ترانسفوزیون پک سل دارد. پرستار فراورده را دریافت و به کاتتر مربوطه وصل می نماید. پرستار شیفت بعد متوجه نشت خون از ناحیه کاتتر می گردد که سریعاً اقدام به بستن مسیر دریافت خون می نماید. بیمار علیرغم دریافت نکردن بخشی از پک سل مقداری خون نیز از دست می دهد و دچار افت هموگلوبولین می گردد	شرح حادثه
	۱- کنترل نکردن اتصالات بیمار در زمان تحویل شیفت ۲- رعایت نکردن دستورالعمل ترانسفوزیون فراورده های خونی	علل رویداد حادثه
	به پرسنل محترم پرستاری توصیه می گردد در طول شیفت چندین بار اتصالات بیمار را کنترل نمایند. همچنین لازم به ذکر است در هنگام تحویل بالینی بیمار طبق دستورالعمل های ایمنی بیمار، کلیه اتصالات بیمار را کنترل گردد.	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	عدم تحویل بالینی صحیح	عنوان
	در یکی از بخش های بیمارستان در شیفت عصر بدلیل پائین بودن هموگلوبین بیمار، پزشک دستور ترانسفوزیون پکسل میدهد. برگه های ترانسفوزیون خون همراه با نمونه خون به آزمایشگاه ارسال می گردد. پرستار بیمار فراموش می کند که دریافت پکسل از آزمایشگاه را پیگیری نماید. پرسنل آزمایشگاه نیز آماده شدن پکسل را به بخش اطلاع نمی دهند. در هنگام تحویل بالینی شیفت عصر به شب نیز پرستار اول ترانسفوزیون خون را فراموش کرده و به همکار پرستار دوم اطلاع نمی دهد. چند ساعت بعد در هنگام چک کاردکس ها پرستار دوم متوجه نیاز بیمار به ترانسفوزیون می گردد و پس از پیگیری ترانسفوزیون خون بیمار انجام می گردد.	شرح حادثه
	۱- سهل انگاری پرسنل در ارتباط با پیگیری دریافت پک سل از آزمایشگاه ۲- اطلاع ندادن آماده شدن پکسل توسط پرسنل آزمایشگاه به بخش ۳- عدم تحویل بالینی صحیح	علل رویداد حادثه
	به پرسنل محترم پرستاری توصیه می گردد در صورت ارسال برگه های درخواست خون به آزمایشگاه حتماً تحویل خون را پیگیری نمایند. همچنین پرسنل آزمایشگاه نیز در اولین فرصت پس از آماده شدن خون این موضوع را به بخش اطلاع دهند. به پرستار تحویل دهنده بیمار نیز توصیه می گردد حتماً در هنگام تحویل بالینی طبق اطلاعات کاردکس بیمار تحویل داده شود. همچنین در بدو شیفت نیز کاردکس بیمار توسط پرستار تحویل گیرنده چک شود.	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطای پزشکی Medical Errors Scenario	
	تأخیر در ارائه خدمات درمانی	عنوان
	در یکی از بخش های بیمارستان در شیفت صبح بیمار آقا جهت انجام جراحی هرنی مراجعه می نماید. پرستار خانم از نیروی خدمات آقا درخواست می نماید که ناحیه عمل را شویو نماید. خدمه جهت شویو بیمار نزد وی می رود که وی اظهار می دارد در منزل شویو انجام شده است. خدمه نیز ناحیه عمل را چک نمی کند. بیمار به اتاق عمل فرستاده می شود که پرسنل اتاق عمل متوجه شویو نشدن ناحیه عمل شده و در آنجا این کار انجام می گردد.	شرح حادثه
	سهل انگاری پرسنل در دادن آمادگی های قبل از عمل به بیمار طبق استانداردهای ایمنی بیمار	علل رویداد حادثه
	بمنظور پیشگیری از خطای ذکر شده به پرسنل بخش توصیه می گردد که فقط به اظهارات بیمار اکتفا ننموده و حتماً قبل از جراحی ناحیه عمل توسط پرستار با حفظ محرمانگی بیمار بازدید و طبق دستورالعمل های ایمنی بیمار شویو ناحیه انجام گردد.	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	اختلال در فرایند دارودهی	عنوان
	در یکی از بخش های بیمارستان در شیفت عصر بیمار دستور تزریق داروی داخل یخچالی داشت. پرستار بیمار چند ساعت قبل داروها را طبق کارت دارویی داخل سینی چیده و چون یکی از داروها یخچالی بوده قصد داشته است آنرا در زمان دارودهی از یخچال خارج نماید. در زمان دارو دهی داروی یخچالی فراموش شده و در انتهای شیفت در زمان تحویل بالینی پرستار متوجه این موضوع گردیده و از پرستار شیفت بعد درخواست تزریق دارو را می نماید.	شرح حادثه
	انجام نشدن اصول دارو دهی طبق 7Right	علل رویداد حادثه
	جهت پیشگیری از خطای فوق به پرسنل پرستاری توصیه می گردد دارو دهی حتماً طبق دستورالعمل های مصوب (چک کارت و کاردکس و رعایت 7Right) انجام گردد	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

گزارش عملکرد ایمنی بیمار در سه ماهه اول ۱۴۰۰

بیمارستان قائم (عج)

- * تدوین برنامه عملیاتی ایمنی ۱۴۰۰ بر طبق ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی و ۹ راه حل ایمنی بیمار
- * تکثیر و توزیع ماهانه بروشور شعار ایمنی بیمار در بخش های درمانی و پاراکلینیکی و نصب در معرض دید کارکنان در بردهای ایمنی
- * ارزیابی ایمنی بیمار بر اساس ۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار و پیگیری نقاط ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی و گزارش به مدیران ارشد در کمیته ایمنی بیمار
- * ارزیابی ایمنی بیمار بر اساس ۱۶ استاندارد اساسی ایمنی بیمار و پیگیری نقاط ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی و گزارش به مدیران ارشد در کمیته ایمنی بیمار
- * بازنگری دفتر SBAR و تفکیک دفتر تقسیم کار کارکنان از دفتر SBAR ((که طی نشست با هماهنگی مدیر پرستاری و مدیر بهبود کیفیت و سوپروایزر آموزشی و سوپروایزر کنترل عفونت و سوپروایزر بالینی انجام شد.))
- * درخواست و پیگیری الکترونیکی شدن فرم تریاژ اورژدر شیفت های عصر و شب
- * پیگیری اصلاح دمای اتاق انبار دارویی اتاق عمل و تأکید بر ثبت روزانه درجه حرارت اتاق انبار
- * نصب کارت لمینیت شده F بر بالین مستعد سقوط با فرمت تعیین شده
- * بازنگری فرم رضایت آگاهانه و درخواست چاپ و توزیع در تمامی واحدهای درمانی و پذیرش
- * بازنگری لیست شرایط تهدیدکننده ایمنی بیمار در بیمارستان و تدوین لیست شرایط تهدیدکننده ایمنی بیمار به تفکیک در بخش های بستری

گزارش عملکرد ایمنی بیمار در سه ماهه اول ۱۴۰۰

امام حسن مجتبی (ع)

* تغییر سایز نوشته های داروهای پرخطر در ترالی کد به ۴۸

* بازنگری اقدامات تهاجمی و نصب روی بردها ی ایمنی و اطلاع رسانی به پرسنل

* تدوین برنامه عملیاتی ایمنی ۱۴۰۰ در راستای برنامه عملیاتی بیمارستان

* نیاز سنجی آموزشی پرسنل در زمینه ایمنی بیمار

* برگزاری دوره آموزشی دستورالعمل های ایمنی بیمار به صورت غیر حضوری

* بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش های ICU، اورژانس، بلوک زایمان ، داخلی زنان و دیالیز

اقدامات اصلاحی انجام شده در بازدید های مذکور به شرح ذیل می باشد:

+ فیکس نمودن کلیه کپسول های اکسیژن انجام گردید.

+ تجهیزات اکسیژن تراپی از جمله فلومتر اکسیژن و ترالی حمل اکسیژن به تعداد مورد نیاز خریداری گردید.

+ تعمیر بدساید و ترمز تخت ها و نصب هندریل در سرویس های بهداشتی بیماران جهت پیشگیری از سقوط انجام گردید.

+ اصلاح سیستم روشنایی دیالیز جهت جلوگیری از افزایش خطا انجام گردید.