



دانشگاه علوم پزشکی البرز
معاونت درمان
واحد ایمنی بیمار

ماهنامه ایمنی بیمار البرز

ایمنی کارکنان سلامت ، الزامی برای ایمنی بیمار

HEALTH WORKER SAFETY A PRIORITY FOR PATIENTS SAFETY

ماهنامه شماره ۱۷ دی ماه سال ۱۴۰۱

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

WWW.ABZUMS.AC.IR – info@abzums.ac.ir



ماہنامہ البرز

صاحب امتیاز	جناب آقای دکتر امیر عباس واعظی (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز)
مدیر مسئول	جناب آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی (مدیر امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
سر دبیر	سرکار خانم الہام ابراہیم زادہ (کارشناس ایمنی بیمار مدیریت امور بیماری ها و مراکز تشخیص درمانی)
هیئت تحریریه	دکتر علی کرد (رئیس بیمارستان امام جعفر صادق) دکتر محمد کشاورز روحی (رئیس بیمارستان شریعتی) معصومه تک فلاح (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق (ع) فروغ میر سلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی) دکتر آزاده دھقان (متخصص داخلی) خدیجہ قهرمانی (سوپروایزر اورژانس بیمارستان شریعتی)
ویراستار	معصومه تک فلاح (کارشناس ایمنی بیمارستان امام جعفر صادق (ع) فروغ میر سلیمی (کارشناس ایمنی بیمارستان شریعتی)

ماهنامه البرز

تریاز (۱-۳)

پرولاکتینوم (۴-۵)

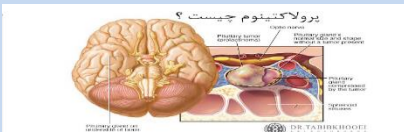
نه راه حل ایمنی (۵-۶)

اصول صحیح دارودهی (۷-۸)

داروهای هشدار بالا (۷-۸)

بیماری آدیسون چیست

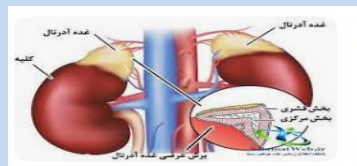
درس آموخته (۴۰-۱۸)

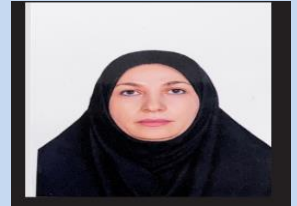


توجه: دوازده نکته دارویی پرخطر که بایستی توسط داروسازان چک گردد

ردیف	نام دارو	دستگاه	نام دارو	دستگاه
۱	کلرید پتاسیم	۲	اسپروکت	قلب
۳	دیورتیک‌ها	۴	آنتی‌ترومبوتیک‌ها	قلب
۵	دیورتیک‌ها	۶	دیورتیک‌ها	قلب
۷	دیورتیک‌ها	۸	دیورتیک‌ها	قلب
۹	دیورتیک‌ها	۱۰	دیورتیک‌ها	قلب
۱۱	دیورتیک‌ها	۱۲	دیورتیک‌ها	قلب
۱۳	دیورتیک‌ها	۱۴	دیورتیک‌ها	قلب
۱۵	دیورتیک‌ها	۱۶	دیورتیک‌ها	قلب
۱۷	دیورتیک‌ها	۱۸	دیورتیک‌ها	قلب
۱۹	دیورتیک‌ها	۲۰	دیورتیک‌ها	قلب
۲۱	دیورتیک‌ها	۲۲	دیورتیک‌ها	قلب
۲۳	دیورتیک‌ها	۲۴	دیورتیک‌ها	قلب
۲۵	دیورتیک‌ها	۲۶	دیورتیک‌ها	قلب
۲۷	دیورتیک‌ها	۲۸	دیورتیک‌ها	قلب
۲۹	دیورتیک‌ها	۳۰	دیورتیک‌ها	قلب
۳۱	دیورتیک‌ها	۳۲	دیورتیک‌ها	قلب
۳۳	دیورتیک‌ها	۳۴	دیورتیک‌ها	قلب
۳۵	دیورتیک‌ها	۳۶	دیورتیک‌ها	قلب
۳۷	دیورتیک‌ها	۳۸	دیورتیک‌ها	قلب
۳۹	دیورتیک‌ها	۴۰	دیورتیک‌ها	قلب

توجه: اگر این داروها بدون نظارت داروساز توسط بیمار مصرف شود، عوارض جدی دارد.





خدیجہ قهرمانی (سوپروایزر اورژانس)

تریاز

مهمترین ویژگی های پرستار تریاز عبارتند از

مهارت های حرفه ای مبتنی بر شایستگی علمی / عملی

توانایی سطح بندی جهت ارجاع و انتقال صحیح بیماران

حداقل ۵ سال تجربه کاری در بخش اورژانس

مهارت کارگروھی

مسئولیت پذیری

مهارت های حرفه ای مبتنی بر شایستگی اخلاقی و فرهنگی

مهارت اعتماد حرفه ای

شرح وظایف پرستار تریاز

تعیین اولویت درمانی مراقبتهای بیمار بر اساس روش تریاز. ESI

-ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در بیماران مراجعه کننده با وضعیت بحرانی

ارزیابی سیستماتیک بیماران برای شناسایی تمامی آسیب های احتمالی

-ارزیابی و فراهم کردن نیازهای فوری بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس

-اعلام کد احیا (فراخوان تیم های ویژه بر بالین بیماران سطح یک یا دو تریاژ)

-انجام برخی اقدامات مراقبتی اولیه پرستاری بر اساس دستورالعمل تدوین شده در کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مانند تجویز مسکن، استفاده از کمپرس یخ، آتل بندی (موقت فلزی یا سبک)، آغاز عملیات احیا و...

-تعیین نیاز بیمار به جداسازی (Isolation) و احتیاطات کنترل عفونت.

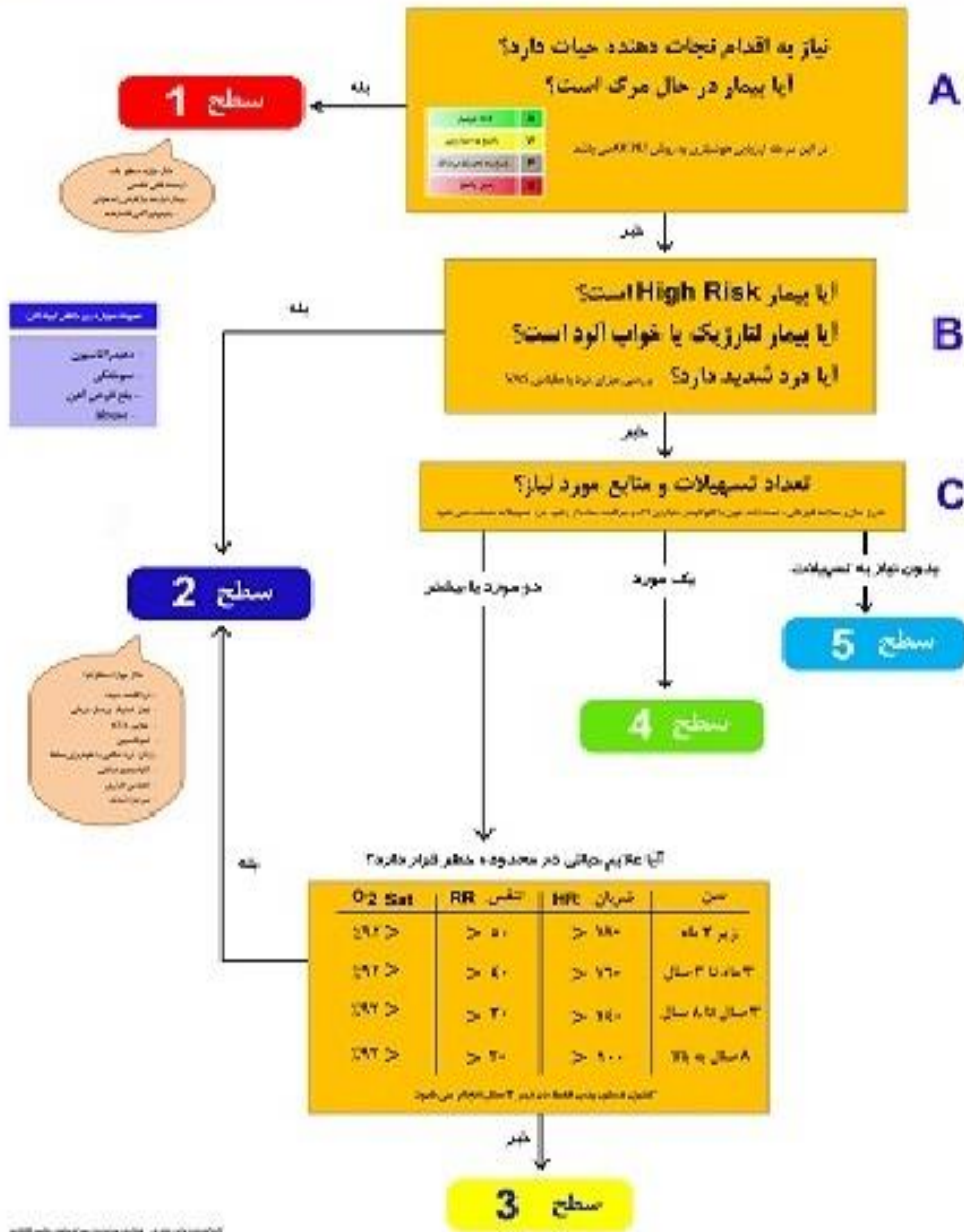
-مشخص کردن زمان و محل ارجاع بیماران پس از تعیین اولویت بیماران (مثلاً ارجاع به واحد Fast Track یا بخش

اورژانس در زمان مناسب).

پس از تریاژ و استقرار بیماران در اتاق انتظار (Waiting room) ، پرستار تریاژ موظف است در فواصل زمانی مناسب (حداقل هر 20 دقیقه)به ارزیابی مجدد (Retriage) بیماران قبل از ویزیت پزشک بپردازد تا در صورت تغییر وضعیت بالینی ایشان، نسبت به تغییر سطح تریاژ بیماران و ارجاع به قسمت مناسب اقدام نماید.

پرستار موظف است به منظور اخذ تصمیمات صحیح تر خصوصا در مواردی که برای تعیین سطح تریاژ بیمار ابهام وجود دارد از پزشک اورژانس مشورت و کسب تکلیف نماید.







دکتر آزاده دهقان (متخصص داخلی)

پرولاکتینوم چیست؟

پرولاکتینوم یا پرولاکتینوما (Prolactinoma) یک تومور غیر سرطانی در غده هیپوفیز است. این تومور باعث میشود هیپوفیز هورمونی به نام پرولاکتین را بیش از حد تولید کند. تاثیر اصلی پرولاکتینوم، کاهش برخی هورمونهای جنسی (در زنان استروژن و در مردان تستوسترون) است. اگر چه پرولاکتینوم زندگی شما را به خطر نمی اندازد اما باعث مشکلات بینایی، ناباروری و مشکلات دیگر میشود. پرولاکتینوم شایعترین نوع تومور تولید کننده هورمون است که در غده هیپوفیز ایجاد میشود.

۱ چه عواملی منجر به ایجاد پرولاکتینوم میشود؟

پرولاکتینوم یک نوع تومور است که در غده هیپوفیز ایجاد میشود. علت این اتفاق مشخص نیست.

دیگر عوامل احتمالی تولید بیش از حد پرولاکتین عبارتند از:

انواع دیگر تومورهای مغزی

- کم کاری تیروئید

انواع دیگر تومورهای هیپوفیز

- کم کاری غده تیروئید
- بارداری
- شیردهی
- تحریک سینه

علائم و نشانه های پرولاکتینوم

در زنان:

نامنظم شدن پر یود یا پر یود نشدن

ترشحات شیری از سینه ها هنگامی که باردار یا در حال شیردهی نیستید

دردناک شدن رابطه جنسی به دلیل خشکی واژن

رشد موهای زاید صورت و بدن و جوش و آکنه

در مردان:

اختلال عملکرد نعوظ

کاهش موهای صورت وب دن

بزرگ شدن غیر عادی سینه ها

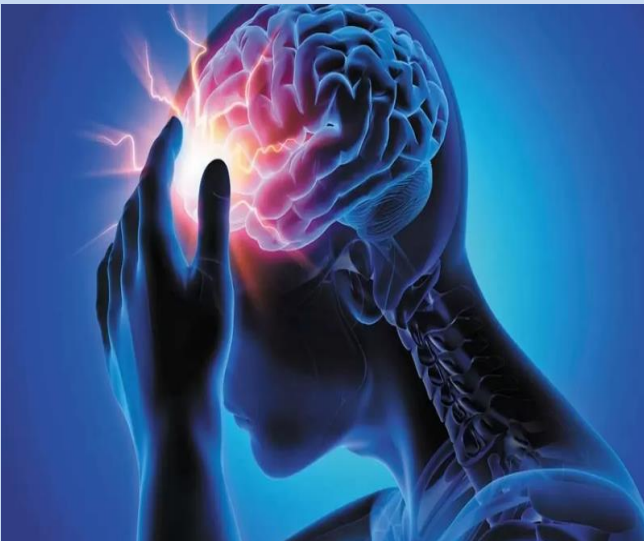
کمبود تراکم استخوان

کاهش تولید هورمونهای دیگری که توسط غده هیپوفیز باید انجام شود (در

نتیجه فشار تومور)

کاهش علاقه به فعالیت جنسی

سردرد-اختلال بینایی - ناباروری(در هر دو جنسیت)



روشهای تشخیص تومور مغزی پرولاکتینوم چگونه است؟



آزمایش خون

عکس برداری مغز

آزمایشهای بینایی

درمان تومور مغزی پرولاکتینوم چیست؟

هدف از درمان این وضعیت موارد زیر می باشد:

- برگشتن تولید پرولاکتین به مقدار نرمال
- بهبود عملکرد غده هیپوفیز به سطح عادی
- کاهش اندازه تومور
- برطرف شدن علائمی که ناشی از تحت فشار قرار گرفتن بافتها و ساختارهای مجاور تومور هستند مانند سردرد یا مشکلات بینایی
- بهبود کیفیت زندگی

الف- درمان دارویی برای تومور مغزی پرولاکتینوم

داروهای خوراکی اغلب تولید پرولاکتین را کاهش داده و علائم را برطرف میکنند. داروها میتوانند تومور را نیز کوچک کنند. با این حال معمولاً درمان طولانی مدت با دارو ضروری است.

پزشک ممکن است از دارویی به نام آگونیست دوپامین برای درمان پرولاکتینوم بهره ببرد. این داروها تأثیر دوپامین را تقلید میکنند. دوپامین ماده شیمیایی در مغز است که تولید پرولاکتین را کنترل میکند.

داروهایی که معمولاً تجویز میشوند عبارتند از بروموکریپتین و کابرگولین. این داروها تولید پرولاکتین را کاهش میدهند و در بیشتر افراد مبتلا به پرولاکتینوم، تومور را نیز کوچک میکنند

عوارض جانبی شایع درمان دارویی تومور مغزی

پرولاکتینوم چیست؟

- حالت تهوع و استفراغ
- گرفتگی بینی
- سردرد
- کسالت و بیحالی



فروغ میرسلیمی

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان شریعتی

نه راه حل ایمنی

ایمنی بیمار پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد.

۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ و شکل 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 پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه 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



--توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی: کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قراردهند

--شناسایی صحیح بیمار

--کلیه بیماران مورد پذیرش در بخش اورژانس، بیماران بستری و اقدامات روزانه بایستی باید دارای دستبند شناسایی باشند

--ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

- به منظور تضمین ایمنی بیمار، با حضور کلیه اعضای تیم سلامت بایستی اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود.

--انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

- اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

--کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود، توزیع سهوی الکترولیتها است.

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند

--تلفیق دارویی

تلفیق دارویی که فرایند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی است به منظور پیشگیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور شده، خطای مرتبط با دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده، نوع خدمت، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود.

--اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند

--استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقاتدر بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد .تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت - گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد

--اصول عمومی بهداشت دست

در صورت کثیفی آشکار دستها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل دستها را با آب و صابون بشوئید

۷ اصول صحیح دارودهی

بیمار صحیح داروی صحیح زمان صحیح دوز صحیح روش مصرف صحیح ثبت صحیح

حق بیمار و کارکنان (در خصوص اطلاعات در مورد دستور دارویی داده شده





فروغ میرسلیمی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان شریعتی)

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر و هشدار بالا

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

داروهای هشدار بالا (لیست داروهای هشدار بالا شامل داروهای ستاره دار و کاهنده قند خون و ... که ۱۲ مورد بالا را نیز شامل می شود در بخشها موجود است) در کلیه مراحل شامل: چک دستور پزشک، آماده سازی، تزریق و ثبت دارو توسط دو پرستار چک و ثبت گردد.

بیماران پرخطر زیر می بایست در بدو ورود شناسایی شوند و پس از ارزیابی اولیه و تعیین احتمال ریسک متوسط و بالا کد مشخص شده که به صورت برجسته با رنگ مشخص در بخشها موجود است روی دستبند شناسایی چسبانده شود



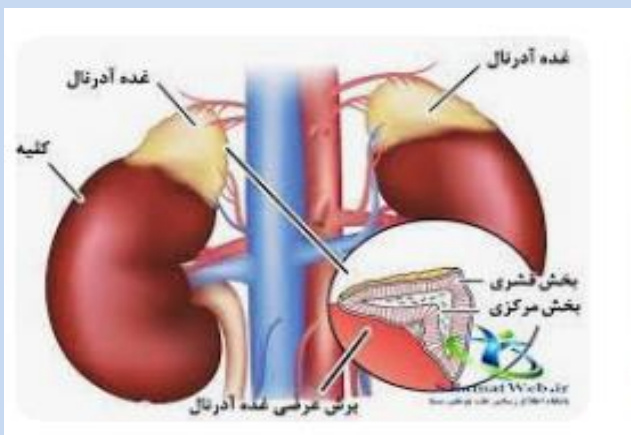
دکتر آزاده دهقان

متخصص داخلی بیمارستان شریعتی

بیماری آدیسون و نارسایی آدرنال

بیماری آدیسون یکی از بیماری‌های خود ایمنی است که در آن اختلال در غده فوق کلیه نقش دارد. به دلیل اختلالی که در این غده ایجاد می‌شود، هورمون‌های کورتیزول و آلدوسترون که توسط غدد فوق کلیوی تولید می‌شوند، به میزان کافی در بدن وجود نداشته و این مسئله عوارضی را به دنبال دارد

- غدد فوق کلیوی را با نام غدد آدرنال نیز می‌شناسند. از آن جهت به این بیماری نارسایی اولیه آدرنال گفته می‌شود، زیرا این غدد به حدی آسیب دیده‌اند که نمی‌توانند هورمون تولید کنند. البته تنها بیماری خود ایمنی نیست که سبب بروز بیماری آدیسون می‌شود؛ بلکه عوامل دیگری نیز در نارسایی اولیه آدرنال نقش دارند که شامل موارد زیر است:



- مصرف کورتیکواستروئیدها به مدت طولانی
- وجود عفونت در بدن
- سرطان و رشد غیرطبیعی تومور
- خونریزی در غدد فوق کلیه
- بیماری سل
-

در صورت قطع ناگهانی مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی همچون پردنیزولون که برای درمان بیماری‌های مزمن همچون آسم و آرتریت روماتوئید تجویز می‌شوند؛ افراد اغلب به نارسایی ثانویه غده فوق کلیه موقت دچار می‌شوند؛ به همین دلیل لازم است که این داروها به مرور قطع شوند.

علائم نارسایی ثانویه نیز شبیه به علائم نارسایی اولیه غده آدرنال است و تنها تفاوت آن عدم وجود هایپر پیگمانتاسیون، احتمال کمتر کم آبی یا کاهش فشار خون است، همچنین قند خون در این افراد پایین است.

علائم بیماری آدیسون

حساس خستگی زیاد

- کاهش وزن

- کاهش شدید فشار خون به میزانی که فرد به حد غش کردن می‌رسد

- هایپرپیگمانتاسیون یا تیره شدن رنگ پوست

علاقه به مصرف نمک

- هیپوگلیسمی یا کاهش قند خون

علائم گوارشی همچون حالت تهوع، اسهال و استفراغ

- درد شکمی

- درد عضلانی یا درد مفاصل

تحریک پذیری عصبی و بی‌قراری

- علائم رفتاری همچون افسردگی

- اختلال عملکرد جنسی در زنان و یا ریزش مو در آنها

- نکته مهم در ارتباط با بیماری آدیسون این است که ممکن است تحت شرایطی، علائم بیماری آدیسون به صورت ناگهانی بروز کرده و منجر به نارسایی حاد غده فوق کلیه شود.

چنانچه هریک از این زیر وجود داشت، باید به سرعت به اورژانس مراجعه نمود:

- ضعف شدید
- گیجی
- درد پشت یا درد پا
- درد شکمی همراه با استفراغ و اسهال که سبب دهیدراتاسیون می شود.
- کاهش فشار خون
- کاهش سطح هوشیاری یا فراموشی
- افزایش پتاسیم و کاهش سدیم در بدن

علائم بیماری آدیسون



خستگی و خواب آلودگی



تحریک پذیری و کلافگی



کاهش وزن زیاد



ضعف و توان کم

تشخیص بیماری آدیسون به چه صورت است؟

آزمایش خون از مهم‌ترین آزمایش‌هایی است که می‌تواند میزان سدیم، پتاسیم، کورتیزول و هورمون آدرنوکورتیکوتروپین را نشان دهد و همچنین در صورت وجود آنتی بادی‌های زیاد در خون فرد، می‌توان بیماری آدیسون را ناشی از بیماری خود ایمنی دانست

همچنین می‌توان از انواع تصویربرداری همچون سی تی اسکن برای بررسی اندازه غده فوق کلیه استفاده نمود و در صورت وجود سایر اختلالات در حفره شکمی می‌توان به آن پی برد. چنانچه پزشک به نارسایی ثانویه آدرنال مشکوک باشد، یک MRI از غده هیپوفیز درخواست می‌دهد



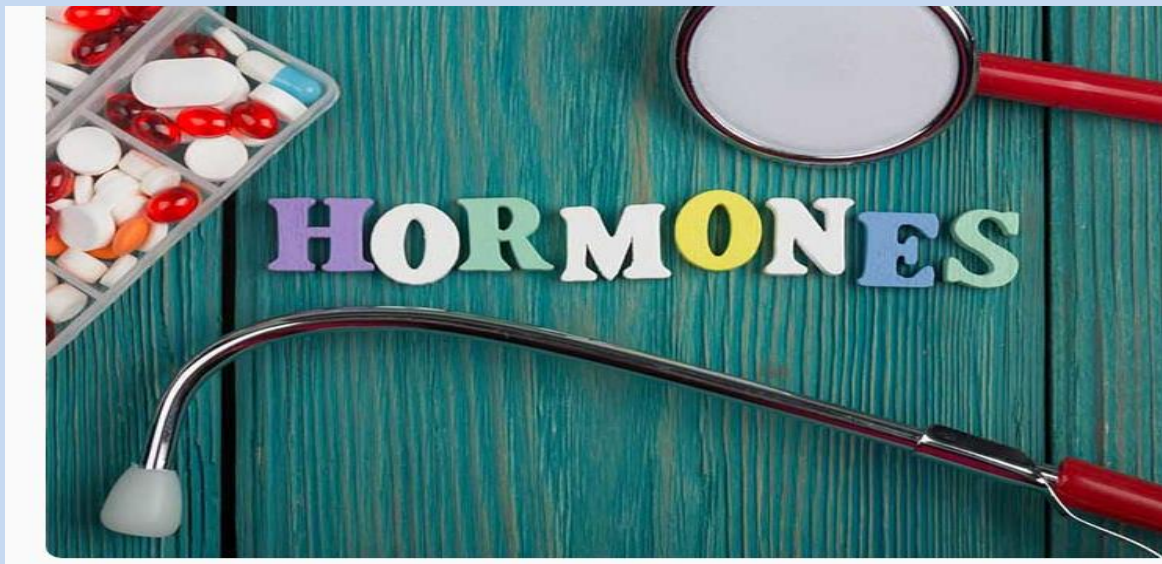
درمان بیماری آدیسون

برای درمان این بیماری، تنها مصرف دارو اهمیت ندارد؛ بلکه شرایط زندگی و غذای رژیمی نیز مهم هستند

—دارو: برای درمان بیماری آدیسون باید هورمون‌هایی که در بدن فرد تولید نمی‌شود را به‌صورت جایگزین و به‌عنوان دارو مصرف نماید. برخی از گزینه‌های درمانی کورتیکواستروئیدهای خوراکی همچون هیدروکورتیزون، پردنیزون یا فلودروکورتیزون هستند.

—رژیم غذایی: این افراد در رژیم غذایی خود نیازمند مصرف بیشتر نمک هستند، به‌خصوص زمانی که در آب و هوای گرم هستند یا ورزش سنگین می‌کنند یا زمانی که به مشکلات دستگاه گوارشی همچون اسهال دچار می‌شوند.

—شرایط استرس‌زا: تحت شرایط استرس‌زا افراد باید تحت نظر پزشک، به‌طور موقت میزان دارو را افزایش دهند و در صورت استفراغ و عدم توانایی استفاده از داروهای خوراکی، باید به‌صورت تزریقی از آن‌ها استفاده نماید



سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario



معصومه تک فلاح
کارشناس ایمنی بیمارستان
امام جعفر صادق

آمبولی حین عمل فمور

عنوان

شرح حادثه

مددجو آقای ۲۴ ساله هوشیار که به دنبال تصادف و تروما به بازوی دست چپ و هیپ راست هفته پیش بستری شده سه شنبه هفته پیش توسط ارتوپدی جراحی دست چپ شده و پلاک دی سی پی گذاشته شده. و به گفته دکتر قهرمانی ارتوپد پزشک معالج به دلیل آسیب عصب بازویی افتادگی مچ دست چپ داشته ولی انگشتان دست را حرکت میداده که احتمالا نیاز به عمل مجدد حدودا یکی دوماه بعد را دارد اتل بازو فیکس می باشد. جهت شکستگی فمور راست پین تراکشن هشت کیلو گرم فیکس کرده و حس و حرکت ونورو واسکولار وسیر کولیشن پای مبتلا نرمال می باشد. مددجو از لحاظ جراحی بررسی شده سونو وازمایشات ضمیمه و ترخیص شده است. جهت عمل فمور راست لیست عمل امروز قرار میگیرد. ساعت یک رب به هشت صبح تحویل اتاق عمل می شود. و ساعت یازده و سی پنج دقیقه طبق گزارش مسئول اتاق عمل تحویل ریکاوری شده که به علت افت سطح اکسیژن خون شریانی با اکسیژن به هفتاد درصد درخواست تخت ای سی یو از طرف بیهوشی اتاق عمل می شود که علایم حیاتی مددجو فشارخون دوازده سیزده و پالس ریت ۱۵۰ نیز داشته است. که پس از اتمام تایم ریکاوری با سطح هوشیاری ده تحویل بخش ای سی یو جنرال می گردد. سریعا توسط بیهوشی ای سی یو ویزیت و به علت پالس ریت ۱۵۰ و افت سطح اکسیژن شریانی با اکسیژن به شصت و هفتاد متغیر وافت هوشیاری به نه توسط ایشان اینتوبه شده و وصل ونتیلاتور می شود. مشاوره قلب و اکوی اورژانس توسط دکتر صالحی بر بالین می گردد که فرمودند با توجه به افزایش فشار پولمونری احتمال زیاد امبولی ریه مطرح می باشد دستورات دارویی هپارین درپ سرپا جایگزین کلگزان می شود. آزمایشات ارسال می گردد. هموگلوبین ۲/۵ دارد که بصورت اورژانسی درخواست ترانس دو واحد پکسل داده شد D.Dimer مثبت می باشد C.XRay بصورت اورژانسی انجام می گردد که علایمی مبنی بر نموتوراکس مشاهده نمی گردد توسط پزشک داخلی و قلب و بیهوشی رویت می شود. که متاسفانه ساعت چهارده و بیست دقیقه اعلام کد ۹۹ و برادیکاردی تزریق دارو اتروپین و شروع ماساژ قلبی می گردد تهویه با امبوگ انجام می گردد. ده دقیقه بعد بیمار برگشته و وصل ونتیلاتور می شود. پزشکان حاضر در عملیات پزشک بیهوشی و پزشک معالج در ساعت ۱۵:۴۵ مجددا کد خورده است و در ساعت ۱۶:۳۰ اعلام فوت می گردد.

عدم ثبت کارکرد هموگراف و افت HB در برخی گزارشات پرستاری اختلاف گزارش پرستاری از نظر زمان تحویل و تحول و سطح هوشیاری بیمار (بین بخش و اتاق عمل) کلگزان به صورت پروتکل در شب قبل از عمل فمور تزریق نشده است (مورد تایید پزشک مربوطه)	
تحویل و تحول بین بخشی براساس تکنیک isbar کامل و دقیق انجام گردد نظارت بر ثبت صحیح گزارشات و میزان ترشحات درنو ساعت اقدامات انجام شده برای بیمار، در گزارش پرستاری به طور کامل انجام گردد پرستار تحویل گیرنده بیمار از اتاق عمل موظف می باشد که گزارش پرستاری جهت تحویل بیمار را بنویسد پروتکل دریافت آنتی کواگولان قبل از عمل جراحی ارتوپدی توسط پزشکان جراح به صورت دستورات جهت بیمار ثبت گردد	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	کد ۱۵ پارگی سرویکس به دنبال NVD	عنوان
	مددجو خانم ۳۴ ساله g5p4 که سه زایمان طبیعی داشته و زایمان چهارم سزارین بوده است. با درد زایمان و دیلاتاسیون ۷-۸ مراجعه کرده است خود بیمار و همسر به هیچ عنوان اجازه سزارین نمی دهند و در نتیجه در ساعت ۸:۳۰ مورخ ۱۴۰۱/۱/۲۸ زایمان طبیعی در بخش زایشگاه انجام می شود. پس از خروج جفت و پرده ها بیمار دچار خونریزی شدید واژینال شد. به اتاق عمل منتقل می گردد و پارگی سرویکس چک و ترمیم می گردد و با شرایط استی بل به ICU منتقل می گردد. و در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۳۱ با رضایت شخصی مرخص می گردد.	شرح حادثه

۱-عدم مراجعه به موقع جهت انجام سزارین ریپید ۲-عدم همکاری و اجازه عمل توسط بیمار و همراهان ۳-عدم وجود چراغ سیالتیک در زایشگاه و عدم دید کافی جهت ترمیم پارگی	علل رویداد حادثه
۱. لزوم آموزش انجام ورزش کیگل در دوران بارداری . ۲. لزوم آموزش اهمیت مراجعه به موقع انجام مراقبتهای درمانی ۳. اجرایی کردن فرایند زایمان بی درد ۴. ابلاغ اجرای صحیح دستورالعمل مراقبتهای مادران باردار ۵. طرح در کمیته خرید جهت خرید چراغ سیالتیک برای زایشگاه	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	پارگی سرویکس بدنبال زایمان	عنوان
	مددجو خانم از اتباع ۲۰ ساله g2 p1 و 40 w+6d به شکایت درد زایمان ساعت ۱۹,۳۵ مراجعه کرده است. با دردهای خودش پیشرفت کرد ساعت ۲۳,۱۵ زایمان طبیعی توسط ماما عامل گرفته می شود. بعد خروج جفت مددجو دچار خونریزی می گردد. چک پارگی سرویکس انجام شد. جهت ترمیم نقاط خونریزی دهنده متعدد منتقل اتاق عمل می گردد و ترمیم سرویکس توسط جراح زنان انجام می گردد. cbc اولیه ۱۴,۴Hb ۴۱,۹Hct ۱۸۴۰۰۰Plt CBC مجدد ۸,۸HB ۲۶,۴HCT ۱۲۹۰۰۰PLT دستور تزریق دو واحد پک سل و دو واحد FFP دارد. بعد عمل هوشیار به ICU اجنرال منتقل می گردد علائم حیاتی ۱۰۰,۷۰BP ۱۰۰P	شرح حادثه

در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲۲ به بخش جنرال زنان منتقل شده و در همان تاریخ مرخص می گردد در پیگیری تلفنی از ایشان حال عمومی خوب و مشکلی ندارد	
عدم ثبت معاینه واژینال و FHR پس از آمنیوتومی عدم اطلاع به پزشک عدم مهارت لازم برای انجام زایمان توسط مامای عامل زایمان ثبت گزارش توسط ماما غیر عامل	علل رویداد حادثه
برگزاری کلاس آموزشی ثبت و گزارش نویسی تقدیر از کارکنان دقیق در انجام ثبتیات تذکر شفایی ابلاغ اجرای صحیح دستورالعمل مراقبتهای مادران باردار طرح در کمیته مادران اطلاع رسانی به مدیریت پرستاری ابلاغ اجرای صحیح دستورالعمل مراقبتهای مادران باردار	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
عنوان	کد ۱۳ تزریق بن گرفت تاریخ انقضا گذشته	

شرح حادثه	مددجوصفرعلی عالی نژاد ۵۸ ساله بستری مجدد تاریخ ۱۴۰۱/۴/۱۶ جهت تعبیه PFN فمور چپ با پای خود با عصا به بخش مردان مراجعه و بستری سرویس ارتوپدی می گردد . در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۱۸ و در ساعت ۸:۵۵ با برانکارد به اتاق عمل منتقل می گردد . در حین عمل جراح محترم به طور اورژانسی درخواست بن گرفت می کنند که توسط داروخانه تحویل اتاق عمل می گردد بر روی بسته مربوطه تاریخ انقضاء ۲۰۲۳ ثبت شده این درحالی است که لیبل اصالت سنجی تحویل اتاق عمل نشده است و اتاق عمل مورد فوق را به اطلاع داروخانه می رساند ، داروخانه لیبلی را برای اتاق عمل می آورد (لیبل مربوطه زمانی تحویل اتاق عمل می گردد که بن گرفت جهت بیمار تزریق شده است) تاریخ درج شده بر روی لیبل ۲۰۲۵ می باشد با توجه به عدم تطابق با تاریخ مندرج بر روی بسته ، تاریخ درج شده بر روی ویال مصرفی چک می گردد که بر روی ویال تاریخ فوریه ۲۰۲۲ ثبت شده است .
علل رویداد حادثه	تحویل بسته بن گرفت و عدم وجود لیبل در داخل بسته عدم توجه و چک تاریخ روی ویال توسط اسکراب عدم چک ملزومات خریداری شده توسط ناظر ملزومات مصرفی در هنگام خرید عدم وجود پروتکل مشخص در رابطه با نحوه دریافت بن گرفت از داروخانه
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	تنظیم فرآیند دریافت و مرجوع اقلام مصرفی با توجه به تاریخ انقضا ابلاغ فرآیند دریافت و مرجوع اقلام مصرفی با توجه به تاریخ انقضا به اتاق عمل ابلاغ دستورالعمل اصول صحیح دارودهی آموزش مجدد ۷ رایت دارودهی جهت کارکنان نظارت بر نحوه صحیح انجام اقدامات دارو درمانی توسط مسئولین واحدها لزوم نظارت و دقت برملزومات خریداری شده توسط ناظر ملزومات مصرفی در هنگام خرید

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۱۵ پارگی درجه ۳ به دنبال NVD آسیب به اسفنکتر

عنوان

شرح حادثه	مددجو خانم ۲۸ ساله G2P1 ۴۰ W و سه روز در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۱ به علت درد زایمان با پای خود و با وسیله شخصی و سطح هوشیاری ۱۵ در ساعت ۱۰:۴۰ صبح به بیمارستان مراجعه کرده است و بستری زایشگاه شده است Bp:120/80 pr:80 rr:20 t:37 ذکر شده است . روند زایمان با درد های خود بیمار پیشرفت داشته است در ساعت ۱۴:۱۵ به اتاق زایمان منتقل شده است طبق ثبتیات ماما و پزشک متخصص بافت پرینه و آنوس بیمار در معاینه شل میباشد و همکاری لازم را نداشته است و و به ماما و پزشک متخصص لگد می زده است ساعت ۱۴:۲۰ زایمان NVD در شرایط استریل و انجام اپی زیاتومی انجام شده و نوزاد پسر با وزن ۴ کیلو گرم و دور سر ۳۷/۵ متولد می گردد . در بررسی ناحیه اپی عارضه پارگی درجه ۳ داشته است که با حضور متخصص جراحی و پزشک متخصص زنان در اتاق زایمان ترمیم گردیده است . جهت بیمار سوند فولی فیکس و به مدت ۲۴ ساعت IO چارت می گردد که نرمال بوده و سپس سوند در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۳ خارج مددجو OOB گردیده دیورز نرمال بوده است و طبق مشاوره جراحی آنتی بیوتیک سفتریاکسون و مترونی دازول و داروی ویتامین سی و ویتامین آ جهت کمک به ترمیم بافت شروع شد. دفع گاز داشته است با حال عمومی خوب در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۵ مرخص شدند.
علل رویداد حادثه	وزن بالای نوزاد و شل بودن بافت پرینه و آنوس بیمار در معاینه درد و بیقراری شدید در هنگام زایمان عدم همکاری بیمار در هنگام زایمان عدم کنترل موفق پرینه هنگام زایمان
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	لزوم آموزش انجام ورزش کیگل در دوران بارداری . و آموزش عدم رابطه جنسی مقعدی به مادران باردار در مراکز بهداشتی اجزایی کردن فرایند زایمان بی درد ابلاغ اجرای صحیح دستورالعمل مراقبتهای مادران باردار اجرای کلاسهای آمادگی برای زایمان اجرای مانور ریتگن انجام پوشینگ آرام و انجام اپی زیاتومی مدیو لنرال

سناریو خطاہمی پزشکی

Medical Errors Scenario

کد ۱۵ پارگی سرویکس به دنبال NVD

عنوان

مددجو خانم متولد ۱۳۷۸ اتباع G3P2 می باشد 41 W و ۴ روز باشکایت درد زایمان و خونریزی در ساعت ۲۳:۲۰ ۱۴۰۱/۱/۱ در حالی که CM/M/R/BV بستری زایشگاه شده است در ساعت ۲۳:۵۰ زایمان طبیعی انجام می گردد و به دلیل پارگی سرویکس به اتاق عمل منتقل شده و پارگی ترمیم می گردد HB:11:7 در بدو ورود داشته است و ساعت ۹:۴۰ مجدد چک می شود که ۵/۸ بوده است یک نوبت فینت نیز در بخش زایشگاه داشته است در ساعت ۱۰:۴۵ تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲ به دلیل تورم پرینه با شک به همتوم به اتاق عمل منتقل می شود خونریزی کنترل می شود و در ناحیه کف واژن در چند نقطه سوچور می شود در اتاق عمل در ریکاوری سونوگرافی انجام شده است و مایع آزاد رویت نشده است در ناحیه شکم کمی برجستگی دیده شده که در ریکاوری مشاوره جراحی انجام شده است به نظر ایشان هرنی می باشد یک واحد خون در اتاق عمل به گروه خون O مثبت گرفته است و یک واحد دیگر نیز در ریکاوری در حال تزریق می باشد	شرح حادثه
۱. عدم انجام مراقبت مادر در حین بارداری ۲. دستکاری در منزل توسط ماما خانگی جهت اقدام به زایمان در اتباع ۳. معطل شدن در اتاق زایمان جهت چک و ترمیم سرویکس ۴. عدم وجود نور کافی جهت بررسی در اتاق زایمان	علل رویداد حادثه
۶. آموزش مستمر انجام مراقبت های حین بارداری از سوی مراکز بهداشت جهت مادران پرخطر ۷. آموزش مستمر انجام مراقبت های حین بارداری در کلینیک تخصصی ۸. آموزش لازم از طریق بهداشت و ماما و متخصص زنان به جهت اینکه عدم اقدام به زایمان ۹. برگزاری کلاسهای آمادگی زایمان فعال در کلینیک تخصصی ۱۰. در صورتی که متخصص در اتاق زایمان نتوانست اقدام به ترمیم پارگی سرویکس کنند در اقدامی زود هنگام تر بیمار به اتاق عمل منتقل شود تا بیمار تحت گاید بیهوشی بررسی شود ۱۱. ابلاغ مجدد دستورالعمل مراقبتهای مادران باردار ۱۲. برگزاری جلسات موثر مدیر گروه زنان با متخصصین زنان با هدف کاهش میزان بروز واقعه کد ۱۵ ۱۳. درخواست خرید چراغ سیالتیک جهت زایشگاه	اقدامات اصلاحی پیشنهادی

۱۴. طرح در کمیته خرید

سناریو خطا ہی پزشکی

Medical Errors Scenario

	کد ۱۵ آسیب به مثانه حین سزارین	عنوان
	مددجو خانم متولد ۱۳۷۶ اتباع FULL و G4P3AB1 مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۳ و در ساعت ۹:۳۰ هوشیار با ویلچر توسط ماما از درمانگاه تخصصی وارد زایشگاه می گردد. سابقه w37+5 و T:37 P:80 RR:18 BP:90/60 سابقه کم خونی و مصرف قرص آهن را ذکر میکند hb:10 و در ساعت ۹:۵۵ وارد اتاق عمل می گردد در ساعت ۱۰:۵ نوزاد پسر با آبگار ۹-۱۰ متولد شد. حین عمل باتوجه به دوبار سزارین قبلی و چسبندگی شدید رحم و مثانه ، دچار آسیب مثانه می شود که باتوجه به حضور متخصص اورولوژیست در اتاق عمل ایشان بلافاصله بالای سر بیمار حاضر و ترمیم مثانه انجام می گردد جهت مددجو درن پت زر گذاشته می شود و در ساعت ۱۱:۳۵ عمل جراحی پایان می یابد و مددجو ساعت ۱۱:۴۰ وارد ریکاوری می شود و در ساعت ۱۲:۲۰ هوشیار تحویل پرستار بخش زنان می گردد. روزانه ویزیت اورولوژی انجام شده است و مشکلی نداشته است . در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۶ مرخص می گردد در پیگیری تلفنی حال عمومی خوب است و در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۱ جهت ویزیت و خارج سازی درن به کلینیک تخصصی مراجعه داشته است.	شرح حادثه
	چسبندگی شدید رحم و مثانه به دنبال دو با سزارین قبلی	علل رویداد حادثه

اقدامات اصلاحی پیشنهادی

- ۱- برگزاری کمیته ترویج زایمان طبیعی (خصوصا نخست زا)
- ۲- آموزش مادران به زایمان طبیعی (خصوصا نخست زا) در کلینیک تخصصی

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	واژگونی تخت به دلیل وزن بالای بیمار در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۱۵	عنوان
	مددجو خانم ۶۱ ساله که در تاریخ ۱۴۰۱/۵/۱۵ با آمبولانس ۱۱۵ بر روی برانکارد در ساعت ۱۲:۱۸ به تریاژ اورژانس مرکز مراجعه داشته است شکایت بیمار درد قفسه سینه تنگی نفس می باشد سابقه بیماری قلبی را ذکر می کند در اورژانس تحت نظر بستری می گردد. ویزیت طب اورژانس انجام می شود علایم حیاتی چک می گردد. BP:140/88 PR:108 RR:22 وزن بیمار بالای ۱۳۰ کیلو می باشد اقدامات آزمایشگاهی انجام می گردد نرمال است نوار قلب انجام و به رویت متخصص طب اورژانس می رسد که نرمال است به دلیل وزن بالا سی تی ریه HOLD می گردد. اقدامات دارویی و درمانی طبق دستور متخصص طب اورژانس انجام می شود در ساعت ۱۷:۳۰ پزشک متخصص طب اورژانس دستور ترخیص بیمار را می گذارند که بیمار با توجه به وزن بالا در هنگام جابجایی به دلیل ورود وزن بالا به یک سمت تخت در حالی که بد ساید ها بالا می باشد و دو همراه کنار بیمار هستند بالانس تخت بهم خورده و بیمار با تخت واژگون می گردد. بیمار مجدد توسط طب اورژانس ویزیت می گردد با توجه به نظر پزشک و حال عمومی مساعد بیمار در ساعت ۱۸ ترخیص می گردد. تخت مربوطه جدید خریداری شده است و در بررسی مهندس تجهیزات پزشکی مشکلی ندارد.	شرح حادثه
	سقوط بیمار به دنبال واژگونی تخت به دلیل وزن بالای بیمار عدم اثر بخشی آموزش نحوه صحیح اکتیویته بیمار در تخت	علل رویداد حادثه

بازدید تخت توسط مهندسی تجهیزات سرکار خانم کریمی

آموزش اصول آموزش بیمار به کارکنان

آموزش لایف استایل سالم و مشاوره تغذیه جهت کاهش وزن به بیمار

**اقدامات اصلاحی
پیشنهادی**

سناریو خطاهای پزشکی

Medical Errors Scenario

عنوان

آمبولی ریه بعد از عمل جراحی آپاندکتومی

شرح حادثه

مددجو آقای ۴۰ ساله در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۴ به دلیل درد شکم در ساعت ۱۸:۳۷ با وسیله شخصی و هوشیاری ۱۵/ ۱۵ به بخش اورژانس مراجعه کرده است و تریاژ گردیده است و در سطح مراقبتی ۳ قرار گرفته است. طبق اظهارات بیمار ابتدا به بیمارستان الف مراجعه داشته است و به دلیل طولانی شدن پرسه درمان از آن مرکز گریخته است مددجو درحالی به این مرکز آمده است که آنژیوکت آن مرکز و نیز دستبند شناسایی آن مرکز را به دست دارد ویزیت طب اورژانس انجام و مشاوره جراحی در ساعت ۱۹:۳۰ انجام و طبق دستور به صورت اورژانسی به اتاق عمل منقل می گردد ساعت انتقال به اتاق عمل ۲۰:۲۰ مورخ ۱/۲۴ و در ساعت ۲۲:۱۵ از اتاق عمل به بخش جراحی مردان منتقل گردیده است. در تاریخ ۱/۲۵ oob گردیده و po می شود بیمار همکاری لازم را نداشته است آموزشهای مکرر در مورد لزوم خروج از تخت داده می شود و مجدد در تاریخ ۱/۲۶ دستور خروج از تخت تکرار میشود. پس از آموزشها در تاریخ ۱/۲۶ مددجو از تخت خارج شده و در تاریخ ۱/۲۷ کارکرد شکم داشته است. در تاریخ ۱/۲۷ در شیفت شب قرار بوده به متخصص جراح کشیک و بیهوشی مقیم اطلاع داده و بیمار با هماهنگی ایشان در ساعت ۲۲:۱۵ به icu منتقل می شود. در ساعت ۲۲:۳۰ مشاوره تلفنی با متخصص داخلی انجام می گردد ایشان با شک به آمبولی دستور شروع درپ هپارین را می دهند که شروع می شود. در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۸ DDIMER+ و جهت انجام سیتی آنژیو ریه به مرکز ب فرستاده شده و در ریپورت آن آتلیکتازی خطی ریه راست و چپ با ارجحیت راست همراه با filling defect در شریان شاخه تحتانی rpa به نفع آمبولی ریه مشهود می شود و نیز افیوژن پلورال راست مشهود بوده است مددجو در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۸ با اسرار خانواده و رضایت شخصی مرخص و با هوشیاری ۱۵/۱۵ به مرکز پاستور تهران منتقل می شود

علل رویداد حادثه	۱. عدم باقی ماندن بیمار در (مرکز الف) جهت پیگیری ادامه درمان ۲. عدم همکاری بیمار در اقدام به خروج از تخت و راه رفتن ۳. عدم ثبت و کنترل جذب و دفع بیمار در بخش جراحی ۴. عدم دقت به حال عمومی بیمار در هنگام تحویل و تحول شیفت ۵. خانواده بیمار اصرار به ترخیص بیمار و انتقال به مرکز دیگر در تهران دارند
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	۱. لزوم تاکید بر آموزش موثر و اثر بخشی آموزشهای داده شده به بیماران بر لزوم پیگیری درمان و عدم ترک بدون اطلاع مرکز ۲. لزوم آگاهی بیمار از عوارض عدم همکاری و خروج از تخت ۳. برگزاری کلاس آموزشی الزامات آموزش به بیمار جهت کارکنان ۴. لزوم آموزش الزامات کنترل جذب و دفع بیمار جهت کارکنان ۵. آموزش اجرایی شدن دستورالعمل ISBAR در هنگام تحویل و تحول ۶. تهیه چک لیست ISBAR در هنگام تحویل و تحول ۷. ارزیابی فرایند تحویل و تحول ماهانه ۸. لزوم تاکید و آموزش خانواده بر عوارض عدم همکاری با پزشک در روند درمان

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
عنوان	کاربرگ تحلیل ریشه ای خطا (RCA)-موضوع و تاریخ:کد ۱۵ هیستریکتومی بعد از جراحی سزارین و اوفورکتومی در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۲۶	
شرح حادثه	مددجو خانم اتباع G4p3 27Y طبق سونوگرافی W38 --- LMP نمی داند - با وسیله شخصی و دستور بستری جهت انجام عمل جراحی سزارین و اوفورکتومی با تریاژ سطح ۳ مامایی تاریخ ۲۶ تیر ۱۴۰۱ ساعت ۷ وارد زایشگاه شد. علائم بدو ورود. FHR:142 R:18 T:37 P:94 BP:120/76 سابقه سزارین اول ۱۲ سال پیش- زایمان دوم ۹ سال پیش NVD -زایمان سوم ۲ سال پیش مجدد سزارین داشته است سابقه کم کاری تیروئید -مصرف روزانه ۱/۲ قرص لو تیروکسین دارد. BMI 24 داشته است. کیست تخمدان راست مولتی کلوله با ابعاد ۵۴*۹۰ داشته است. آزمایش اولیه Hb12.1 Hct 37.3 Plt 153000 بود. در nstکنترکشن داشته است. ساعت ۸،۴۵ جهت سزارین منتقل اتاق عمل شد. تاریخ ۲۶ ساعت ۹ سزارین و اوفورکتومی شده است. ماحصل نوزاد دختر با آپگار ۱۰/۹ بوده است. ساعت ۱۱،۱۵ به بخش زنان با v/s:t:36.6/p:86/r:15/bp:115/70/spo2:98 منتقل شد..ساعت ۱۶ بیمار اظهار درد در ناحیه شکم داشت بررسی و چک رحم انجام شد که رحم کنتراکت بوده است خونریزی وایینال نرمال داشته است. طبق دستور ساعت ۱۸ PO با مایعات شد.ساعت ۱۸،۱۵ مجددا بیمار از درد شکایت داشته است دیستانسیون شکمی داشت. شرایط بیمار اظهار درد شدید و تنگی نفس بیمار / vs:t:37/p:88/r:20/bp:90/60به اطلاع پزشک معالج که در or بودند اطلاع داده شد. دستور تزریق آمپول پنتا پرازول مصرف دو عدد قرص دایمیتیکون به صورت خوراکی دادند ۱۹:۰۰ نمونه cbc به آزمایشگاه ارسال شد/ آزمایش ۲۶ ام ساعت ۱۹ Hb 8 Hct 25.5 Plt 238000 Pt 13.7 Ptt 25 FIB 350 بود ساعت ۱۹:۱۵ پزشک زنان دکتر سلیمانی بر بالین بیمار حاضر شدند و درخواست سونوگرافی بر بالین بیمار دادند. ساعت ۱۹:۳۰ سونوگرافی پرتابل توسط دکتر حاتمی سونولوژیست انجام شد. مایع آزاد قابل توجه در اکوی Fine داخل فضای موریسون پری هیپاتیک پارکولیک راست و اسپلنورنال دیده شده است. دکتر سلیمانی درخواست آماده سازی ۲ واحد pc و ۴ واحد ffp و ۷ واحد کرایو دادند که انجام شد.رضایت هیستریکتومی و براءت اخذ شد. بیمارستان جراح مقیم نداشته است با ستاد هماهنگ شد. به اطلاع مسئول مادر	

پرخطر دانشگاه رسید. در نهایت متخصص زنان به همراه دکتر یاسری جراح اورولوژ عمل هیستریکتومی را شروع کردند.

ساعت ۲۱:۰۵ بیمار با برانکارد و v/s:t:36.5/p:76/r:18/bp:90/6 به اتاق عمل منتقل شد.

علام حیاتی در اتاق عمل SPO2 98% P 112 BP 96/57 بود.

۲۱:۰۵ الی ۲۳:۲۵ بیمار تحت بیهوشی SA قرار گرفته و هیستریکتومی انجام شده. توسط دکتر یاسری ارولوژیست مثانه و حالب چک شده و هماتوم کف لگن تخلیه شده حدود ۱,۵ لیتر مایع خون و لخته تخلیه شد. رحم از حد فاصل ایسم سرویکس خارج شده است. ۲ عدد سرجی سل در کناره های لگن گذاشته شده و دو درن نلاتون سمت راست و پترز سمت چپ تعبیه شده است.

ترانسفوزیون خون و فرآورده ها :

از ساعت 21.40 P.CELL اول شروع شده است واز دست مخالف ساعت 21.45 تزریق FFP شروع شده است. واحد PC دوم در ساعت ۲۲:۲۵ شروع شد. ۲۳:۳۰ بیمار به ریکاوری انتقال یافت مانیتورینگ بیمار و اکسیژن تراپی با ماسک انجام شد. دیورز در حد ۷۰۰ CC , CLEAR داشت

ساعت ۰۰,۴۵ مددجو بعد ریکاوری با علائم BP110/70 P 80 T 37 منتقل آی سی و شد. میزان ترشح درن حد کمتر از ۵۰ سی سی بوده است. سوند فولی فیکس دیورز شفاف جریان داشت . ۶ واحد کرایو را در آی سیو دریافت کرد.

آزمایشات ۲۷ ام ۸ صبح = Hct 19.2 Plt 97000 Hb 5.7

پس از آن سه واحد پک سل و سه واحد ffp دریافت کرد.

Bun 8 Cr 0.6 SGOT 29 SGPT 14 NA 143 K 3.9 PT 13 Ptt 33

ساعت ۱۹ عصر تاریخ ۲۷ Pt 13// Ptt 26 Plt 83000// Hb 9.1

آزمایش تاریخ ۲۸ ام ساعت ۸-----Plt 85000 // Hct 28.7 Hb 9

آزمایش ساعت ۱۳ ۲۸ ام-----Fib 403 Plt 90000 Hct 85.7 Hb 9.2

در مجموع = ۵ واحد پک سل - ۶ واحد کرایو - ۷ واحد ffp دریافت کرده است

مشاوره داخلی و جراحی شد.

دستورات دارویی جنتامایسین کلیندامایسین و آمپی سیلین و اناکساپارین ۴۰ روزانه اجرا میشود.

علل رویداد حادثه	۱- بستری نمودن الکتیو مادر با سابقه دو بار سزارین و کیست بزرگ در مرکز سطح دو که جراح عمومی نداشته است. ۲- عدم مشاوره جراحی قبل از عمل سزارین ۳- عدم تعبیه درن پس از سزارین با توجه به جراحی کیست
اقدامات اصلاحی پیشنهادی	آموزش شرح وظایف پزشکان در ابتدای ورود و در اختیار قراردادن کتابچه قوانین و شرح وظایف در ابتدای ورود تدوین دستورالعمل لزوم انجام مشاوره جراحی در بیماران زنان نیازمند به جراحی وسیع آموزش شرح وظایف پزشکان در ابتدای ورود و در اختیار قراردادن کتابچه قوانین و شرح وظایف در ابتدای ورود -آموزش مجدد گزارش نویسی به کارکنان جهت ثبت دقیق ساعت اطلاع وضعیت بیمار به پزشک

	سناریو خطاهای پزشکی Medical Errors Scenario	
	پاره گی درجه ۳ و آسیب به اسفنگتر مقعد بدنبال زایمان طبیعی و استفاده از وسیله	عنوان
	گزارش مددجو نرگس شکوری ۱۹ ساله G3P3 و AB2 در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۲۰ با درد زایمان مراجعه کرده و ۱۴۰۱/۴/۲۱ در ساعت ۱:۱۵ زایمان طبیعی داشته وزن نوزاد ۴:۲۰۰ می باشد و حین زایمان از وکیوم استفاده شده است نوزاد دچار دیستوشی شده که در ویزیت اطفال عارضه ای نداشته است و مددجو دچار پارگی درجه ۳ و اسفنگتر مقعدی گردیده و پس از آن به اتاق عمل منتقل و در حضور جراح اسفنگتر و پرینه ترمیم صورت گرفته است و مددجو در تاریخ ۱۴۰۱/۴/۲۲ با حال عمومی خوب مرخص شده استدر پیگیری تلفنی حال عمومی خوب می باشد	شرح حادثه
	وزن بالای نوزاد و شل بودن بافت پرینه و آنوس بیمار در معاینه عدم انجام مراقبت مادر در حین بارداری	علل رویداد حادثه

لزوم آموزش انجام ورزش کیگل در دوران بارداری . آموزش عدم رابطه جنسی مقعدی به مادران باردار در مراکز بهداشتی آموزش مستمر انجام مراقبت های حین بارداری از سوی مراکز بهداشت جهت مادران پرخطر آموزش مستمر انجام مراقبت های حین بارداری در کلینیک تخصصی	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
---	------------------------------------