



بیمارستان افضل الدین ابو حامد کوهبنانی

واحد ایمنی بیمار

آموزش ایمنی ویژه پرستاران

این جزوه آموزشی به منظور آشنایی کلی با مباحث ایمنی بیمار تهیه شده است و نمی تواند شامل تمام جزئیات مربوط به ایمنی باشد .

از عموم همکاران عزیز خواهشمند است برای آشنایی بیشتر با اصول و راهکارهای تامین ایمنی بیمار به منابع مرجع و جزوات موجود در بخش ها مراجعه فرمایند .

دفتر بهبود کیفیت-واحد ایمنی و مدیریت خطا

ویرایش اول

بهمن ماه ۱۳۹۷

فهرست

کلیات.....	۳
۹ راه حل ایمنی بیمار	۴
۱ - شناسایی صحیح بیماران (Patient Identification)	۴
۲ - تزریقات ایمن (Safe Injection)	۵
۳ - رعایت بهداشت دست	۸
۴ - جراحی ایمن (Safe Surgery)	۱۰
۵ - داروهای با نام و شکل مشابه (Look – alike sound – alike drugs)	۱۱
۶ - محلول های الکترولیت با غلظت بالا	۱۱
۷ - تحویل و تحول صحیح بیماران	۱۴
۸ - اجتناب از اتصالات نا صحیح	۱۵
۹ - تلفیق دارویی (Admission medication reconciliation)	۱۵
مشارکت بیمار در امر درمان خود	۱۵
نحوه مواجهه با مقادیر حیاتی آزمایشات (Panic Value)	۱۸
اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه	۱۹
معرفی برنامه مراقبت از خون (Hemovigilance)	۱۹
تفکیک صحیح پسماند های تیز و برنده	۲۵
خطاهای پزشکی	۲۵
ضمائم	۳۳

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه ، متاثر می سازد . مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط حدود ۱۰ درصد از تمام موارد بستری ، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و این در حالی است که برآورد می گردد که تا ۷۵ درصد از این خطاها قابل پیشگیری می باشند . مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان ، هزینه اقتصادی سنگین به بار می آورند . در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵ درصد تا ۱۰ درصد هزینه های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می باشد که منجر به آسیب بیماران می گردد . در این میان سهم نارسایی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است .

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار ، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به موسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد ، در حال اجرا می باشد .

در همین راستا دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت ، برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استاندارد هایی آغاز نموده است . استاندارد های ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند . استاندارد ها در ۳ سطح تعریف شده اند :

استانداردهای الزامی (Critical standards) : که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند .

استانداردهای اساسی (Core standards) : شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند . استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد .

استانداردهای پیشرفته (Developmental standards) : الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید .

۹ راه حل ایمنی بیمار

از سال ۱۳۸۹ تا کنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز درصدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است . سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت جامعه با چالش هایی مواجه شده و جهت حل آن ها ۹ راه حل ایمنی بیمار را در نظر گرفته است که در ذیل به آن ها اشاره می گردد :

۱- شناسایی صحیح بیماران (Patient Identification) :

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود . با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر ، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد . از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو ، فلبوتومی ، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند . به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود .

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد :

بیماران بستری بزرگسال :

نام و نام خانوادگی بیمار ، سن بیمار ، نام پدر بیمار ، کد پذیرش

نوزادان :

نام و نام خانوادگی نوزاد ، نام و نام خانوادگی مادر نوزاد ، جنس نوزاد ، تاریخ تولد ، تعداد قل (۱ ، ۲ ، ۳ و ...) ، کد پذیرش نوزاد .

نوزادان و بیماران بزرگسال مجهول الهویه :

ثبت عبارت مجهول الهویه و نام مکانی که بیمار آخرین بار در مکان مشاهده شده یا مکانی که اورژانس ۱۱۵ وی را مشاهده کرده است ، جنسیت بیمار ، کد پذیرش .

نکته ۱) برای بیمارانی که اختلالات روانپزشکی دارند میچ بند صادر نمی گردد .

نکته ۲) در بیمارانی که شنت / فیستول شریانی – وریدی دارند میچند در میچ دست راست نصب می گردد.

نکته ۳) میچ بند روی دست راست تمام بیماران نصب می گردد .

نکته ۴) اگر در ناحیه ساعد شکستگی یا اندام مصنوعی وجود داشته باشد ، میچ بند در قسمت بازوی همان

دست نصب یا در صورت آتل بندی کل دست راست و دست چپ ، میچ بند در پای بیمار نصب می گردد .

کلیه کادر درمان می بایست قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی میچ بند احراز هویت بیمار را ک نموده و از بیمار

در صورتی که هوشیار است نام وی را بپرسید (از بیمار بپرسید " نام شما چیست " ، به جای اینکه بپرسید "

آیا شما آقای علی احمدی هستید ؟) به هیچ عنوان ناید شماره تخت و اقدامات تشخیصی – درمانی و هر آنچه

که جزء هویت خود بیمار نمی باشد ، مبنای شناسایی بیمار تلقی گردد .

۲ – تزریقات ایمن (Safe Injection) : (استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات) :

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم

رعایت استاندارد های درمانی ، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی

درمانی و نیز جامعه اعمال می کند . از مهم ترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیرا پزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی می باشد . (Needle stick) .

به طور کلی جراحات ناشی از Needle stick در ۳ حالت ذیل رخ می دهد :

۱ - ضمن درپوش گذاردن سر سوزن

۲ - انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش

۳ - دفع نامناسب وسایل درمانی تیز و برنده مصرف شده

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱ - به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند .

۲ - به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد .

۳ - پسماند های آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود .

تزریقات غیر ایمن شامل :

۱ - روش غلط تزریق

۲ - محل نامناسب تزریق

۳ - داروی اشتباه

۴ - حلال غلط

۵ - دوز غلط دارو

۶ - دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

موازين تزريقات ايمن :

الف - محل تميز : تعيين مكان خاص براي تزريق ، قرار دادن وسايل مورد نياز ، دفع بلافاصله سرنگ در

نزديك ترين محل به تزريق در Safety Box

ب - شست و شوي دست

ج - سر سوزن و سرنگ استريل : سالم بودن بسته بندي سرنگ و سر سوزن ، كنترل تاريخ انقضاء ، دست

نزدن به سر سوزن قبل و بعد از تزريق و اجتناب از درپوش گذاري مجدد سر سوزن .

د - تميز كردن محل تزريق :

۱ - در صورتي كه محل تزريق كثيف است آن را با آب و صابون شست و شو دهيد .

۲ - به صورت دايره اي محل تزريق را با پنبه الكل ۷۰ درجه ضد عفوني كنيد .

۳ - هرگز از پنبه الكل از قبل آماده شده استفاده نكنيد .

كمك هاي اوليه فوري پس از تماس در كاركنان بهداشتي درماني :

در صورت فرو رفتن سر سوزن به دست ، پاشيده شدن خون يا ساير ترشحات آلوده به بريدگي هاي باز ،

ملتحمه ، غشاء مخاطي و گاز گرفتگي كه منجر به پارگي اپيدرم مي شود بايستي كمك هاي اوليه فوري را

انجام داد :

۱ - شست و شوي زخم با آب و صابون

۲ - كمك به خونروي و عدم جلوگيري از خونريزي

۳ - خود داري از مالش موضعي چشم ها

۴ - شست و شوي چشم ها و غشاء مخاطي با آب فراوان

۵ - گزارش فوری حادثه به سوپروایزر کنترل عفونت (در شیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی)

۶ - ارسال آزمایش HBSAg - HCVab - AntiHIV برای فرد منبع (بیمار) در صورت عدم وجود آزمایشات جدید در پرونده وی .

۷ - ارسال آزمایش HBSAb هر چه سریع تر در صورت عدم اطلاع از وضعیت HBSAb .

۳ - رعایت بهداشت دست :

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایع ترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستان ها محسوب می گردد . مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه ۱۴۰۰۰۰۰ نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند . این در حالی است که هنوز هم رعایت بهداشت دست که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود . جهت بهداشت دست از ۲ روش استفاده می شود . شستن دست ها با آب و صابون و Hand Rub (استفاده از محلول های بنیان الکلی) .

هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید .

شرایط لازم جهت شست و شوی دست :

۱ - نباید در دست زینت آلات باشد ، و ساعت مچی نیز باید باز شود .

۲ - در بخش های ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه ازدواج باید برداشته شود .

۳ - بریدگی ها و خراشیدگی های دست باید با پانسمان ضد آب پوشانده شود .

۴ - ناخن ها باید کوتاه بوده (حداکثر ۶ میلی متر) و از لاک ناخن مصنوعی هم استفاده نشود .

۵ - دست با دستکش نباید شسته و یا ضد عفونی شود .

موارد شستن دست با آب و صابون :

۱ - دست ها به صورت آشکارا کثیف می باشد .

۲ - دست ها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.

۳ - دست ها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده در ارگانیزم های تولید کننده اسپور باشند ، از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل .

۴ - بعد از استفاده از سرویس های بهداشتی

۵ - بعد از در آوردن دستکش ها

۶ - قبل از انجام اعمال آسپتیک و اقدامات تهاجمی

۷ - در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران

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

موارد استفاده از محلول های بنیان الکلی به روش Hand Rub :

قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران :

قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اند یا خیر ؟) .

بعد از تماس با غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده ، یا پانسمان زخم در بیماران .

در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی ، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار ، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت .

بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار .

۴ - جراحی ایمن (Safe Surgery) : (انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار) :

چک لیست جراحی ایمن به اهتمام اتحادیه ایمنی بیمار وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی ، بیهوشی ، پرستاران و بیماران سراسر جهان به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته ، معلولیت و مرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل ، تدوین و تنظیم شده است . تاکید بر سلامت کارکرد دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی ، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی می باشد و تلاش شده است تا سلامت ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد .

این چک لیست به بررسی ۱۰ نکته ذیل جهت تضمین ایمنی جراحی می پردازد :

۱ - بیمار درست ، محل درست عمل ، عمل جراحی درست

۲ - امنیت بیهوشی (داروهای بیهوشی)

۳ - ایمن بودن عملکرد تنفسی و راه های بیهوشی

۴ - تمهید جبران خون از دست رفته

۵ - عوارض نا خواسته یا آلرژیک دارویی

۶ - جلوگیری از عفونت محل عمل جراحی

۷ - ممانعت از جا ماندن سهوی لوازم جراحی و گازها در محل عمل

۸ - آماده سازی جهت تحویل صحیح نمونه عمل بیمار به آزمایشگاه

۹ - برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم

۱۰ - برقراری نظام مراقبت برای اتاق عمل و برنامه جراحی ایمن

۵- داروهای با نام و شکل مشابه (Look – alike sound – alike drugs) :

داروهایی هستند که از لحاظ بسته بندی دارویی و یا از لحاظ نام درویی در تلفظ بسیار شبیه به هم می باشند .
این داروها یکی از شایع ترین علل خطاهای دارویی تهدید کننده سلامت و یک مشکل جهانی محسوب می گردند که باعث افزایش مرگ و میر و هزینه های بیمارستانی می شود . مثل : HydroOXYzine و HydrALAzine .

در شرایط ذیل خطاهای دارویی در مورد داروهایی با شکل و نام مشابه افزایش می یابد :

خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی

دستور شفاهی دارو بدون تکرار

انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته های دارویی مشابه

اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

۶- محلول های الکترولیت با غلظت بالا :

مشخص شدن محلول های الکترولیتی با غلظت بالا مثل کلرید پتاسیم ، بیکربنات سدیم و غیره با بر چسب

های فلورسنت ترجیحا بر چسب با مارکهای رنگی در محل نگهداری در دپوی بخش و تفکیک آن ها .

مواردی که در هنگام تزریق محلول های الکترولیت با غلظت بالا باید مورد توجه قرار گیرد :

تهیه چک لیست برای ارائه محلول های کلرید پتاسیم با غلظت بالا شامل محاسبه دقیق دوز محلول

الکترولیتی ، ریت پمپ انفوزیون و بر چسب راه صحیح دریافت محلول های الکترولیتی با غلظت بالا .

بعد از رقیق شدن محلول های الکترولیتی با غلظت بالا ، نصب بر چسب محلول پر خطر قبل از ارائه محلول به

بیمار الزامی است .

در تزریق محلول های الکترولیتی با غلظت بالا تاکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است ، در صورت نبود پمپ انفوزیون از میکروست بای تزریق محلول در نظر گرفته می شود و در طول تزریق بیمار به طور مکرر مانیتور گردد .

حتما در دستورات پزشک دوز و مدت زمان تزریق برای محلول ها ذکر گردد .

در Order پزشکی فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک با حروف بزرگ (Capital) و بالاتر از خط زمینه نوشته می شود .

پرستار مسئول شیفت می بایست فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک را با خودکار قرمز در کاردکس وار نماید .

قبل از تزریق محلول ها از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل شود .

ملاحظات پرستاری در تزریق محلول های الکترولیت با غلظت بالا :

فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز ، حجم ، سرعت تزریق و طریقه مصرف با دستور دارویی درج شده در پرونده بیمار توسط ۲ پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد .

شناسایی دقیق بیمار از طریق پرسش شفاهی ، برگه درخواست و مچ بند احراز هویت بیمار (نام ، نام خانوادگی ، نام پدر ، روز / ماه / سال ، کد پذیرش) .

فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز ، طریقه مصرف ، زمان مصرف ، ثبت صحیح ، دلیل مصرف و پاسخ به دارو توسط ۲ پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار ، کنترل گردد .

کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق :

شستن دست ، HAND RUB پوشیدن دستکش تمیز قبل از تزریق و حین تزریق دارو ، آماده کردن فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک در توالی تزریقات و محیط تمیز قبل از تزریق ، توضیحات لازم به بیمار داده شود .

محل تزریق وریدی و ناحیه حضور کانولا را از لحاظ عوارض تزریقات وریدی یا عفونت و فلبیت ، نشت دارویی ، انفیلتراسیون ، درد محل تزریق ، نکروز ، ادم ریه ، ترومبوز بررسی کنید . در صورت حضور موارد مذکور ، از تزریق دارو خود داری کرده و مجدداً یک آنژیوکت دیگر در محل متفاوت برای بیمار بگیرید .

بر روی محلول آماده برای تزریق علاوه بر کارت سرم ، بر چسب رنگی تعریف شده در بیمارستان ، نصب گردد . در صورت داروی افزودنی به بطری محلول آویزان در حال تزریق ، اول تزریق قطع ، دارو اضافه و کاملاً با محلول مخلوط و سپس مسیر تزریق باز می گردد .

جهت تزریق دارو از طریق لاستیک مخصوص روی ست سرم ، از سوزن های شماره ۲۵ - ۲۱ استفاده کنید که سوراخ کوچکتري ایجاد می کنند .

توضیح به بیمار در خصوص گزارش فوری هر گونه درد و قرمزی در محل تزریق و ثبت در گزارش پرستاری .

کنترل مسیر از نظر باز بودن .

پس از تزریق ست سرم ، میکروست به همراه باتل داخل سطل سبز تخلیه می گردد و وسایل نوداخل

SAFETY BOX تخلیه گردد .

۷ - تحویل و تحول صحیح بیماران :

جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر ، از سرویسی به سرویس دیگر ، از بخش به واحد های پاراکلینیک ، تحویل بیمار از پزشک به پرستار ، از پرستار به پزشک ، در خواست مشاوره برای بیمار می توان از روش SBAR استفاده کرد . SBAR ابزار ارتباطی استاندارد جهت انتقال اطلاعات خاص و بحرانی بیماران بین ارائه دهندگان خدمت می باشد . در واقع مکانیسمی است برای تنظیم مکالمات کادر درمان در خصوص موارد بحرانی وضعیت بیمار که نیاز به اقدام فوری دارند .

SBAR مخفف چیست ؟

- Situation : در خصوص شرح حال و وضعیت فعلی بیمار توضیح می دهد .
- Background : در خصوص بیماری زمینه ای و سابقه پزشکی بیمار توضیح می دهد .
- Assessment : وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند .
- Recommendation : پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی را توصیه می کند .

مزایای کاربرد SBAR شامل :

- ۱ - نقل و انتقال اطلاعات لازم و ضروری بیمار بین ارائه دهندگان خدمت
- ۲ - ارتقاء دانش کارکنان در خصوص اطلاعات به دست آمده از فرم ارتباطی بیمار
- ۳ - افزایش توانایی پرستاران برای دریافت گزارش ضروری بیمار از سایر واحد های بیمارستانی بر اساس یک فرم خاص
- ۴ - افزایش ایمنی بیمار با ارائه اطلاعات حیاتی در یک نگاه به کلیه پرسنل مسئول کادر درمان در قبال بیماران در طول روز

۵ - افزایش توانایی کلیه پرسنل مسئول کادر درمان برای شناسایی بالقوه مشکلات بیماران .

۸ - اجتناب از اتصالات نا درست سوند ها و لوله ها

تعبیه صحیح سوند هایی از قبیل کاتتر ادراری ، بر قراری راه وریدی چست تیوپ ، لوله دهانی - معدی ، CVP ، LINE و بررسی موارد فیکس بودن ، عملکرد صحیح اتصالات ، کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی ، بررسی میزان درناژ باتل ها ، بررسی Output ادراری و یورین بک ، بررسی لوله تراشه و NGT از نظر قرار گیری در محل خود ، کنترل تاریخ فیکس اتصالات .

۹ - تلفیق دارویی (Admission medication reconciliation) : (اطمینان از صحت دارو

درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات) :

فرآیندی است که نیاز به یک مقایسه بین دارویی که پزشک تجویز و دستور نموده با آن چه که بیمار مصرف می کند . در تلفیق دارویی هنگام بستری الزامی است لیستی از داروهای بیمار که قبل از بستری مصرف می کرده ، تهیه شده و با لیست دارو های تجویز شده در زمان بستری مقایسه و تطبیق داده شود .

مشارکت بیمار در امر درمان خود

پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی ، کلیه خطرا ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت و براثت نامه را امضاء می نماید .

اقدامات تهاجمی :

منظور از اقدامات تهاجمی اقداماتی هستند که در طی انجام برش یا منفذ روی پوست ، غشای مخاطی ، بافت همبند ایجاد شده و یا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود .

اقدامات تهاجمی شامل : یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی ، اکسزیون ، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بد خیم ، جایگزینی پروپ یا کاتتر ، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوندهای چند گانه پیشرفته را شامل می شود .

اقدامات پر خطر :

اقداماتی هستند که بیمار را در معرض آسیب دائمی قرار می دهد .

رضایت نامه :

به عنوان یک قانون کلی ، درمان یک بیمار بدون رضایت او به جز در مواردی چون اورژانس های واقعی ، غیر قانونی می باشد . برای این که رضایت گرفته شده از بیمار ، اعتبار داشته باشد باید اولاً رضایت دهنده دارای اهلیت قانونی باشد و ثانیاً رضایت آگاهانه باشد .

پیش شرط یک رضایت آگاهانه این است که رضایت دهنده باید دارای اهلیت قانونی باشد ، یعنی بالغ ، عاقل و مختار باشد تا رضایت ارزش قانونی داشته باشد . چگونگی ارائه اطلاعات به بیمار ، به این شکل است که بسته به شرایط روحی ، درک و تحصیلات بیمار ، راجع به بیماری و روش های موجود درمان ، عوارض درمان و درمان نکردن ، ... و در یک کلام ، هر اطلاعاتی که برای یک تصمیم گیری معقول و منطقی لازم است به بیمار ارائه شود تا بیمار آگاهانه رضایت داده و نوع درمان را انتخاب نماید . از طرفی رضایتی که با اجبار ، اکراه ، فشار و یا فریب همراه باشد فاقد ارزش است .

برائت نامه :

اخذ برائت نامه این است که پزشک قبل از شروع به درمان ، عوارض و خطرات اجتناب پذیر و یا غیر قابل پیش بینی احتمالی را به بیمار یا ولی او تذکر دهد تا در صورت بروز خسارت ، مسئول و مدیون نباشد . تفاوت رضایت و برائت در این است که اگر پزشک فقط رضایت گرفته باشد ، در صورت بروز مرگ ، نقص عضو یا خسارت مالی ضامن است ، ولی اگر برائت نیز اخذ کرده باشد ، عهده دار خسارت پدید آمده نیست .

نکته ۱) در صورت قصور پزشکی (بی احتیاطی ، بی مبالاتی ، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی) ، برائتی که قبل از درمان گرفته شده باشد رافع مسئولیت پزشکی نیست .

نکته ۲) برائت باید توسط پزشک و پس از شرح عوارض و خطرات احتمالی اخذ گردد و کلیه عوارض در برگ برائت نامه ثبت گردد .

در صورت مواجهه با موارد خاص مانند بیمار بی سرپرست ، فاقد اهلیت (افراد دارای اختلال هوشیاری و ...) ، عدم رضایت والدین جهت اقدام حیاتی برای کودک و ... اخذ رایت و برائت با هماهنگی متخصص پزشکی قانونی بیمارستان انجام می گیرد .

در موارد خیلی اورژانس مانند : مصدوم وارد شده به اورژانس به صورت بیهوش به دلیل خونریزی زیاد و در مرحله Pre - shock (جایی که عدم اقدام فوری ، تهدید کننده جان بیمار است) نیاز به رضایت نیست.

اخذ رضایت جهت صدور جواز دفن :

در مواردی که مرگ در بیمارستان به علل طبیعی باشد و شکایتی در بین نباشد ، لازم است بستگان درجه یک فرد فوت شده ، فرم درخواست صدور جواز دفن را که توسط پزشک معالج بیمار در اختیار آن ها قرار می گیرد ، تکمیل نمایند .

توضیح : بستگان درجه یک به ترتیب اولویت عبارتند از : پدر ، مادر ، شوهر ، فرزندان بالای ۱۸ سال ، زن ، جد پدری ، برادر ، خواهر که با توجه به اولویت و در دسترس بودن بستگان اقدام می شود .

اخذ رضایت عدم پذیرش در CCU / ICU :

در خصوص بیمارانی که نیاز به ، ICU یا CCU دارند ولی به دلیل عدم وجود تخت خالی ، در بخش بستری می شوند لازم است رضایت کتبی از همراهان وی جهت عدم پذیرش در ICU یا CCU و بستری در بخش ، توسط سر پرستار یا پرستار مسئول شیفت گرفته شود و ۲ نفر پرستار ، رضایت عدم پذیرش را که توسط همراهان داده شده است ، تایید نمایند .

نکته : پروسیجرهایی که جزء جراحی پر خطر یا تهاجمی محسوب نمی شوند فقط نیاز به رضایت ضمنی (شفاهی) دارند مثل رگ گیری و خونگیری ، سرم درمانی ، جا گذاری سوند بینی - معدی ، بینی - روده ای ، سند فولی .

نحوه مواجهه با مقادیر حیاتی آزمایشات Panic Value :

مقادیر بحرانی به مقادیر نتایج آزمایشاتی که خارج از مقادیر طبیعی و در محدوده هشدار قرار دارند و گزارش فوری آن می تواند بر وضعیت سلامت و نحوه درمان بیمار نقش بسزایی داشته باشند ، اطلاق می گردد . این نتایج با تایید مسئول فنی آزمایشگاه در سیستم HIS بیمارستان تعریف شده و در صورتی که نتیجه آزمایش با مقادیر بحرانی تعریف شده در سیستم یکی بوده با رنگ قرمز در سیستم جوابدهی آزمایشگاه نشان داده می شود .

آزمایش کننده پس از تایید مسئول مربوطه ، نتایج بحرانی را به عنوان هشدار سریع و به صورت تلفنی (hot line) به سر پرستار و یا پرستار مسئول بخش اطلاع دهد . (Recheck) . تنها با درخواست پزشک انجام می شود

سرپرستار و یا مسئول شیفت پس از دریافت و ثبت گزارش نتایج به منظور اطمینان از صحت دریافت گزارش ، یک بار آن را برای پرسنل گزارش دهنده به طور کامل بازگو نموده ، سپس سریعاً به بالین بیمار مراجعه می نماید و وضعیت بالینی وی را چک و سپس پزشک معالج را ملع می نماید .

در صورتی که نتیجه آزمایش مجدد با آزمایش قبلی مطابقت داشت و در محدوده بحرانی قرار داشت و یا نتیجه آزمایش مجدد مغایر با نتیجه قبلی بود ، آزمایش کننده با تایید مسئول مربوطه ، نتیجه را به بخش گزارش می نماید .

در صورتی که نتیجه آزمایش جزء مقادیر بحرانی بود ، پزشک معالج اقدام درمانی را برای بیمار شروع می کند .

اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه :

نتایج تست های حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تست های معوقه یا Pending test result گرفته می شود . جهت ارتباط با بیمارانی که نتایج اقدامات پاراکلینیک آنان بعد از ترخیص آماده شده است ، فرآیندی تعریف شده است که مطابق آن پرستار از رزیدنت معالج بیمار درخواست می نماید تا نتایج مذکور را بررسی نماید . در صورتی که نتیجه اقدامات پاراکلینیک در محدوده بحرانی قرار داشت ، و همچنین با تایید استاد مربوطه از منشی بخش خواسته می شود تا طبق دستور العمل نحوه برخورد با نتایج پاراکلینیکی معوقه ، به بیمار اطلاع رسانی نماید تا جهت ادامه درمان به مرکز درمانی مراجعه نماید .

معرفی برنامه مراقبت از خون (Hemovigilance) :

طبق اساسنامه سازمان انتقال خون ایران ، مصوب ۱۳۶۱ مجلس شورای اسلامی ایران ، سازمان انتقال خون ایران به عنوان تنها مرجع مسئول تامین خون و فرآورده های آن در کشور مشخص شده است .

در این راستا مأموریت اصلی سازمان انتقال خون ایران ، تامین خون و محصولات خون کافی و سالم به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی تعریف شده و در جهت اجرای این مأموریت در سال های اخیر

اقدامات متعددی به عمل آمده تا ضمن آن که خون کافی برای کلیه بیماران در سراسر کشور تامین می شود ، ارتقاء روند سلامت و کیفیت خون نیز همچنان ادامه یابد .

اما ماسقانه بعد از خروج خون و فرآورده ها از مراکز انتقال خون جهت مصرف در مراکز درمانی ، پایش ، نظارت و نحوه مصرف واحدهای خون و فرآورده های آن مقدور نیست . لذا بعد از مطالعات پایه در سازمان انتقال خون و تاکید بر اهمیت مراقبت از خون (هموویژلانس) این فرآیند مهم به شورای عالی سازمان در زمستان ۱۳۸۶ پیشنهاد و تصویب شد .

در پروژه مراقبت از خون (هموویژلانس) چهار فرآیند مهم مورد پایش قرار خواهد گرفت :

۱. درخواست خون و فرآورده توسط پزشکان و مراکز درمانی

۲. نگهداری آن ها در بانک خون بیمارستان ها

۳. انجام آزمایشات سازگاری قبل از تزریق

۴. نظارت بر فرآیند تزریق و عوارض پس از تزریق (مهم ترین مورد)

تا بدین وسیله امکان ارتقاء آن دسته از فرآیندهای زنجیره انتقال خون که در مراکز درمانی مصرف کننده خون و محصولات آن انجام می شوند ، بیش از گذشته مقدور شود . بدین ترتیب اجرای فرآیندها جهت بسترسازی برای استقرار این سیستم از ابتدای یال ۱۳۸۷ با مطالعه وضعیت موجود در کشور آغاز شد .

تعریف مراقبت از خون (هموویژلانس) :

به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون (از زمان جمع آوری خون تا زمان تزری آن به گیرنده) به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آن ها شود .

سابقه وجود سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) در سایر کشورها :

مراقبت از خون (هموویژلانس) به عنوان یکی از اجزای سلامت و ایمنی زنجیره انتقال خون در نظر گرفته می شود . با این حال رویکرد اجرایی آن در کشورهای مختلف متفاوت است . سیستم مراقبت از خون

(هموویژلانس) تا سال ۲۰۰۶ در ۲۳ کشور شامل : اتریش ، کبک کانادا ، برزیل ، چک ، فنلاند ، دانمارک ، فرانسه ، آلمان ، ایرلند ، ایتالیا ، ژاپن ، لوکزامبورگ ، نروژ ، روسیه ، اسلواکی ، آفریقای جنوبی ، اسپانیا ، سوئیس ، یونان ، نیوزیلند ، بریتانیا و آمریکا به درجاتی اجرایی شده است . با مطالعاتی که درباره سیستم هموویژلانس که در هر یک از این کشورها برقرار است ۴ مورد زیر در هر کشور مورد بررسی قرار گرفت :

آیا یک سیستم هموویژلانس به طور کامل وجود دارد یا در آینده نزدیک ایجاد می شود ؟

آیا اجرای سیستم هموویژلانس اجباری است یا اختیاری ؟

آیا فقط عوارض ناشی از تزریق خون گزارش می شود یا سایر جنبه ها مانند مصرف نادرست خون یا تجویز بدون اندیکاسیون خون را هم شامل می شود ؟

کدام عوارض ناشی از تزریق خون و با چه درجه شدتی باید گزارش شود ؟

در آلمان فقط عوارض ناشی از تزریق خون گزارش می شود . در جمهوری چک گزارش عوارض تنها به عوارض شدید محدود شده است . در اسپانیا و آفریقای جنوبی سیستم هموویژلانس تازه تاسیس و در حال گسترش است . آمریکا تنها کشور توسعه یافته ای است که هنوز در آن یک روش ثابت برای پیگیری عوارض مرتبط با تزریق خون اجرا نمی شود . بر طبق گزارش ارائه شده در :

National Hemovigilance Program Launches to Track Adverse Events Associated With Blood Transfusion

برقراری سیستم هموویژلانس به صورت اجرای یک پروژه مشترک بین مراکز :

CDC : (Center if Disease , AABB (American Association if Blood Banks) Control)

و بیمارستان هایی که به صورت اختیاری در این پروژه وارد می شوند در حال پایه ریزی بوده و اجرای آن از بهار ۲۰۱۰ آغاز شده است . در اغلب کشورهای مورد بررسی تمامی عوارض تزریق خون باید گزارش شوند و تنها در گروه اندکی از کشورها ، گزارش عوارض ، محدود به عوارض شدید است .

مهم ترین عوامل در موفقیت مراقبت از خون (هموویژلانس) به همکاری و هماهنگی بین بیمارستان ها و مراکز انتقال خون برمی گردد . امروزه مراقبت از خون (هموویژلانس) به طور وضوح سبب بهبود کیفیت خدمات انتقال خون و ارتقاء سلامت جامعه شده است .

هموویژلانس در ایران :

در ایران تاکنون هیچ گونه سیستم سازمان یافته ای در این باره وجود نداشته است و به همین علت اطلاعات و آمار دقیقی درباره میزان وقوع ترانسفوزیون و میزان بروز رویدادها واکنش های ناخواسته ناشی از انتقال خون وجود ندارد .

هر چند با تصویب آیین نامه کمیته های بیمارستانی ، پیشرفت های در برخی بیمارستان ها حاصل شد ولی تا به حال گزارش عوارض ناشی از انتقال خون به درستی انجام نشده و هنوز مشکلات زیادی در این خصوص در بیمارستان ها موجود است از قبیل فقدان متخصصین طب انتقال خون در ایران تا از وجود آن ها در بیمارستان ها سود برده شود ، و یا عدم وجود واحدهای درسی در خصوص طب انتقال خون در دروس دانشگاهی پزشکان و پرستاران . همچنان نیز به یک سامانه مناسب برای ردیابی تزریق خون و گزارش عوارض احتمالی وجود دارد .

اهمیت هموویژلانس :

تلاش در جهت شناخت و حذف این عوارض مرتبط با تزریق خون و اصلاح علل آن ها سبب کاهش میزان مرگ ، عفونت ها و کاهش میزان ناتوانی شده و از طرف دیگر سبب افزایش خدمت رسانی به بیمارستان ها ، افزایش رضایتمندی بیماران ، بهبود خروجی بیمارستان ها و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه می شود .

لذا طبق مصوبه جلسه بیست و یکم شورای عالی سازمان انتقال خون ایران در سال ۸۶ و جلسه بیست و دوم شورای عالی سازمان در سال ۸۷ سازمان انتقال خون موظف به برقراری سیستم در ۵۰ - ۴۰ مرکز درمانی سراسر کشور شد. (۱۹ مرکز در تهران و مابقی در ۱۲ استان کشور شامل : اصفهان - یزد - شیراز - خراسان رضوی - سیستان و بلوچستان - خوزستان - گرگان - آذربایجان شرقی - هرمزگان - قزوین - کرمان و کرمانشاه)

این مراکز بر اساس معیارهای زیر انتخاب شده اند :

بر اساس آمار به دست آمده از پخش خون پایگاه های انتقال خون کشور وجود حس همکاری در پرسنل آن بیمارستان (از ریاست بیمارستان تا پرستاران) بر اساس تجربه همچنین توجه در انتخاب مراکز درمانی از میان بیمارستان های دانشگاهی ، خصوصی و نظامی

اهداف اختصاص (ویژه) از برقراری سیستم مراقبت از خون (هموویژلانس) :

۱. هدایت و ارتقای فرآیند تزریق خون در بیمارستان ها به کمک آموزش های داده شده که در نتیجه می تواند فرآیند تزریق خون را کم به حالت استاندارد خود نزدیک نموده و مانع از اتلاف فرآورده های خون به دلیل عدم آگاهی از شیوه نگهداری آن ها و عدم آگاهی از نحوه تزریق خون صحیح ، شود .
۲. ارتقاء سلامت بیماران به دلیل افزایش آگاهی پرستاران و پزشکان در رابطه با نحوه تزریق استاندارد خون و مدیریت صحیح عوارض احتمالی تزریق خون .
۳. گردآوری و تجزیه تحلیل داده های مربوط به عوارض ناخواسته تزریق خون واعلام خطر به منظور تصحیح و اخذ اقدامات اصلاحی لازم و مناسب برای جلوگیری از وقوع مجدد آن ها در همان بیمارستان یا در سایر مراکز درمانی کل کشور . این فرآیند جهت ارتقاء تولید و مصرف خون بسیار مهم است .
۴. گزارش عوارض ناشی از تزریق خون به صورت سیستماتیک از کلیه مراکز درمانی و جمع آوری در واحد هموویژلانس سازمان انتقال خون به جهت جلوگیری از پراکندگی در امر گزارش دهی و داشتن آمار صحیح از میزان بروز عوارض .

۵. مستند سازی موارد تزریق خون در یک بیمارستان و بررسی مقایسه ای آن در سال های متوالی به کمک فرم های طراحی شده . به منظور ارزیابی میزان تزریق خون در کل کشور ، میزان تزریق های خون بدون عارضه ، میزان تزریق های همراه با عارضه و مشخص نمودن میزان بروز هر عارضه .

۶. استفاده از یک فرم استاندارد در تمام مراکز درمانی جهت درخواست خون و فرآورده های خونی که منجر به تجویز صحیح و جلوگیری از مصرف نابجای فرآورده و به عبارت بهتر مصرف بهینه خون می شود .

۷. تهیه دستورالعمل های مرتبط با استانداردهای تزریق خون در سطح بیمارستان و یا در سطح کشور به منظور آموزش مداوم و علمی پرستاران و پزشکان درگیر در امر تزریق خون .

نحوه اجرا :

ابتدا قبل از دادن آموزش های لازم ، چک لیست جهت ارزیابی وضعیت تزریق خون در چند بخش پر مصرف بیمارستان تکمیل می شود . سپس پس از انجام آموزش های مربوطه ، این چک لیست ، مجددا در همان بخش ها جهت بررسی اثربخش بودن آموزش ها تکمیل می شود . حتی الامکان سعی می شود کل پرستاران دخیل در امر تزریق خون و پزشکانی که به صورت ثابت در سه شیفت کاری صبح ، عصر و شب در بیمارستان حضور ثابت دارند ، آموزش های لازم را دریافت نمایند . تا در مواقع بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون ، بتوانند آن عارضه را مدیریت نموده و در عین حال رابط آن بیمارستان و دفتر هموویژنلانس ستاد مرکزی انتقال خون باشند . جهت یکنواخت بودن آموزش های داده شده ، از اسلایدهایی که برای گروه هدف پزشکان و پرستاران تهیه شده استفاده می شود . سپس از گروه های هدف در دو مرحله یکبار بلافاصله قبل از دادن آموزش ها و نوبت دوم بعد از اتمام آموزش ها (جهت بررسی اثربخش بودن دوره آموزشی) آزمون به عمل آمده و به کسانی که این دوره را با موفقیت گذرانیده اند ، گواهی از سوی سازمان اعطا می شود . در این خصوص در بخش ایمنوهماتولوژی سازمان انتقال خون ایران ، آموزش های عملی لازم نیز به پرسنل بانک خون بیمارستان ها داده شده و به کسانی که این دوره را با موفقیت گذرانده اند گواهی از سوی سازمان اعطا می شود .

در مرحله بعدی فرم ها توسط پرستاران و پزشکان آموزش دیده تکمیل می شود و از این میان توسط پزشک هموویژلانس ، تنها فرم ثبت عوارض ، جهت بررسی به دفتر هموویژلانس ستاد مرکزی ارسال می شود . در طی استقرار سیستم هموویژلانس ، ارزیابی و پایش توسط همکاران بخش های هموویژلانس به خصوص در ماه اول استقرار با فواصل ۱۲ - ۱۰ بار نظارت در ماه و سپس در ماه های بعدی با فواصل بیشتر انجام می شود . طبق الگوریتم اجرای سیستم هموویژلانس در بیمارستان ها ، عوارض گزارش شده توسط پزشکان هموویژلانس (پزشکان آموزش دیده) از تمامی مراکز درمانی در استان های مرتبط در جلسات مربوطه بررسی و تحلیل شده و برای آن ها با توجه به ماهیت عارضه ، اقدامات اصلاحی یا پیشگیرانه مناسب اتخاذ شده و برحسب مورد به آن مرکز یا کل مراکز درمانی اعلام می شود . (Learn & Share)

تفکیک صحیح پسماندهای تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از : سوزن های زیرجلدی ، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها ، چاقو ، ست های انفوزیون ، اره ها ، شیشه شکسته ها (آمپول) و ترمومتر شکسته شده ... که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می آیند .

Safety Box موجود در ترالی اورژانس ، تزریقات و بیهوشی مخصوص پسماند اجسام تیز و برنده است .

خطاهای پزشکی

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب بیمار گردند ، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی ، اشتباه در تجویز دارو و روش های درمانی ، اشتباه در پروسیجر جراحی ، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات ، اشتباه در تفسیر تست های پاراکلینیک می باشند .

خطاهای پزشکی دو نوع اند :

۱. خطا در برنامه ریزی برای بیمار (error of planning) :

روش انتخابی ما از ریشه اشتباه است . برای مثال تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساس نیست . این نوع خطا ، خطای برنامه ریزی محسوب می شود . این نوع خطا به آسانی قابل تشخیص نیست .

۲. خطا در اجرای درمان (error of execution) :

روش درست ما آن طور که می‌خواهیم پیش نمی‌رود . برای مثال پرستار ، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است ، را تزریق می‌کند . در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا ، اشتباه صورت گرفته است . دلایل خطا می‌تواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد . این نوع خطا قابل مشاهده است .

از نظر شدت و حدت ، خطاهای پزشکی عبارتند از :

نزدیک به خطا (potential adverse event / never miss / clise call) :

اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است که می‌تواند به دلایل خوش شانس زیر باشد :

الف: مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می‌شود)

ب : مرور مجدد اطلاعات (Recovery of Identification) بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی قبل از تزریق

حوادث بدون عارضه (No Harm event / Incident Event) :

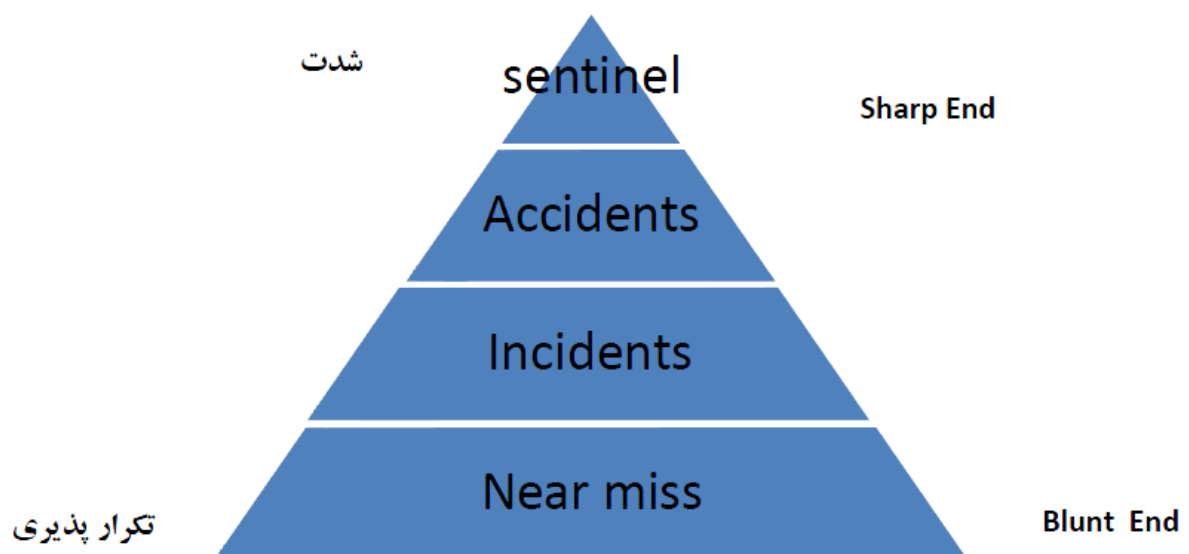
حوادثی که اتفاق می‌افتد ولی نیجه ، هیچ آسیبی به بیمار ندارد در حالی که حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد . مثل قوی بودن بیمار (تزریق پنی سیلین به بیماری که سابقه آلرژی ندارد و عدم ایجاد واکنش بیمار)

واقع ناگوار (accident):

حوادثی که اتفاق می افتد و به بیمار آسیب می رساند ولی حادثه وارد شده باعث ایجاد صدمه جدی نمی باشد و قابل جبران است مثلاً اقداماتی که باعث طولانی شدن مدت اقامت بیماران شود و یا افزایش هزینه بیمار گردد ، مثل سقوط بیمار از تخت .

حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event) :

وقایع غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (death / harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک می شود مثلاً مرگ بیمار به دلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی ، از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و یا بیماری زمینه ای مرتبط نباشد ، جراحی اشتباه روی بیمار دیگر و یا عضو دیگر ، خودکشی بیمار ، تحویل کودک به خانواده دیگر و ...



گزارش دهی خطاهای پزشکی :

آنچه که در بحث خطاهای پزشکی حائز اهمیت است گزارش دهی خطاهای پزشکی است . توجه به رویکرد سیستمی به جای سرزنش افراد خطاکار ، بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل تاثیرگذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم (Root Cause Analysis) و نهایتا تغییر سیستم به گونه ای که احتمال وقوع خطا در آن کم شود از اهداف اساسی گزارش خطاهای پزشکی می باشد .

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد Never Events :

بر اساس National Quality Forum شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آن ها بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود .

They are defined as " adverse events that are serious , largely preventable , and of concern to both the public and health care providers for the purpose of public accountability . "

The 28 Never Events are :

الف (وقایع جراحی

۱. انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن

Surgery performed on the wrong body part

۲. انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه

Surgery performed on the wrong patient

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

Wrong surgical procedure performed on a patient

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

Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure

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

Intraoperative or immediately post-operative death in an ASA Class I patient

۶. تلقیح مصنوعی با اهداکننده های (اسپرم و تخمک) اشتباه Artificial insemination with the wrong donor sperm or donor egg

(ب) وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات :

۱. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات مراقبتی Patient death or serious disability associated with the use of contaminated , devices, or biologics provided by the healthcare facility

۲. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه ها و تجهیزات مصرف شده قبلی و یا دستگاه هایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است .

Patient death or serious disability associated with the use or function of a device in patient care , in which the device is used or function other than as intended

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

Patient death or serious disability associated with intravascular air embolism that occurs while being cared for in a healthcare facility

(ج) وقایع مراقبتی بیمار :

- ترخیص نوزاد به شخص اشتباه Infant discharged to the wrong person

۲ - مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال مفقود شدن (بیش از ۴ ساعت بیمار

Patient death or serious disability (associated with patient elopement (disappearance)

۳ - خود کشی یا قصد خود کشی منجر به ناتوانی جدی در حین ارائه خدمات مراقبتی , Patient suicide , or attempted suicide resulting in serious disability , while being cared for in a healthcare facility

(د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

۱ - مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی

Patient death or serious disability associated with medication error (e. g. , errors involving the wrong drug , wrong dose , wrong patient . wrong time , wrong rate , wrong preparation or wrong route of administration)

۲ - مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تجویز خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)

Patient death or serious disability associated with a hemolytic reaction due to the administration of ABO / HLA – incompatible blood or blood products

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

Maternal death or serious disability associated with labor or delivery in a low – risk pregnancy while being cared for in a health care facility

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

Patient death or serious disability associated with hypoglycemia , the onset of which occurs while the patient is being cared for in a healthcare facility

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

Death or serious disability (Kernicterus) associated with failure to identify and treat hyperbilirubinemia in neonates

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

Stage 3 or 4 pressure ulcers acquired after admission to a healthcare facility

۷ - مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت درمان Manipulative نخاعی Patient

ه (وقایع مرتبط با محیط :

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

Patient death or serious disability associated with an electric shock or elective cardioversion while being cared for in a healthcare facility

۲ - هر گونه حادثه ای در اثر انتقال اشتباه لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار یا آلودگی این لوله ها

Any incident in which a line designated for oxygen or other gas to be delivered to a patient contains the wrong gas or is contaminated by toxic substances

۳ - هر گونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت سوختگی ناشی از هر منبعی در حین مراقبت های درمانی

Patient death or serious disability associated with a burn incurred from any source while being cared for in a healthcare facility

۴ - هر گونه مرگ یا ناتوانی جدی به علت اختلال در محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت

Patient death or serious disability associated with the use of restraints or bedrails while being cared for in a healthcare facility

۵ - هر گونه مرگ یا نا توانی جدی به علت افتادن

Patient death or serious disability associated with a fall while being cared for in a healthcare facility

و (وقایع جنایی :

۱ - هر گونه اصرار دستورات درمانی توسط شخصیت های پزشک ، پرستار ، داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار

Any instance of care ordered by or provided by someone Impersonating a physician , nurse , pharmacist , or other licensed healthcare provider

۲ - سوء استفاده و تجاوز جنسی از بیمار

Sexual assault on a patient within or on the grounds of the healthcare facility

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

Death or significant injury of a patient or staff member resulting from a physical assault (i.e., battery) that occurs within or on the grounds of the healthcare facility

۴ - ربودن بیمار

Abduction of a patient of any age

ضمائم

How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

⌚ Duration of the handwash (steps 2-7): 15-20 seconds

⌚ Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



World Health
Organization

Patient Safety

www.who.int/patient-safety

SAVE LIVES
Clean Your Hands

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

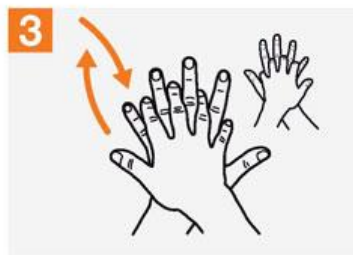
 **Duration of the entire procedure: 20-30 seconds**



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.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing the material.

May 2009

قبل از دارو دهی ۸ مرحله زیر را کنترل کنید :

بیمار صحیح - داروی صحیح - راه مصرف صحیح - زمان صحیح - دوز مصرف صحیح - تجویز

صحیح - ثبت صحیح - پاسخ مناسب به دارو

موارد قابل توجه در دسته های دارویی:

داروهای پرخطر

داروهای هشدار بالا

داروهای مشابه

داروهای چند دوزی

داروی حیاتی

داروهای یخچالی

قبل از انجام هر پروسیجر شناسایی هویت بیمار را فراموش نکنیم .

