



بیمارستان مهر

سیستم مدیریت یکپارچه

نام مدرک: روش اجرایی برخورد با مقیاسهای بحرانی رادیولوژی ، پرستاری ، بلوک زایمان ، آزمایشگاه

کد مدرک: NM-IN-350

شماره بازنگری مدرک: ۰۱

تاریخ تهیه: ۹۸/۷/۱

تاریخ بازنگری: ۹۹/۷/۱

تاریخ صدور: ۹۸/۷/۶

وضعیت کنترل	امضاء	تاریخ	مسئولیت	
		۹۸/۷/۶	مسئول حقوق گیرنده خدمت سرپرست بهبود کیفیت سوپروایزر آموزشی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	تهیه
		۹۸/۷/۶	مدیر پرستاری مسئول فنی	تأیید
صفحه ۱ از ۶ صفحه		۹۸/۷/۶	مدیر عامل	تصویب

بیمارستان مهر	روش اجرایی برخورد با مقیاسهای بحرانی رادیولوژی ، پرستاری ، بلوک زایمان ، آزمایشگاه	کد مدرک: NM-IN-350 شماره بازنگری: ۰۱
---------------	---	---

فرم وضعیت بازنگری				کد مدرک: QI-FO-121 شماره بازنگری : ۰
ردیف	شماره صفحه	شماره بازنگری	تاریخ بازنگری	شرح بازنگری

کد مدرک: NM-IN-350 شماره بازنگری: ۰۱	روشن اجرای برخورد با مقیاسهای بحرانی رادیولوژی ، پرستاری ، بلوک زایمان ، آزمایشگاه	بیمارستان مهر
---	---	----------------------

فهرست : شماره صفحه

هدف..... ۴

دامنه کاربرد..... ۴

تعاریف..... ۴

مسئولیت ها و اختیارات..... ۴

شرح اقدامات..... ۴

منابع..... ۶

پیوست ها..... ۶

هدف :

هدف از تدوین این روش اجرایی حفظ حیات بیمار در شرایط بحرانی ، و پرسنل پاراکلینیک پس از حصول اطمینان از نتایج کسب شده ، مراتب را از طریق کانالهای آزاد (خط تلفن) به بخش مربوطه جهت رسیدگی هر چه سریعتر به وضع بیمار اطلاع رسانی می نماید .

دامنه کاربرد :

کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک کاربرد دارد.

تعاریف :

الف : بحران رادیولوژی : شامل مواردی است که در صورت مشاهده در سونوگرافی یا رادیوگرافی یا CT ، تهدید کننده جان بیمار خواهد بود .

ب : بحران پرستاری : شامل مواردی است که در صورت مشاهده توسط پرستار تهدید کننده جان بیمار خواهد بود

بحران بلوک زایمان : شامل مواردی است که در صورت مشاهده توسط ماما تهدید کننده جان بیمار خواهد بود .

بحران بیهوشی و ریکاوری : شامل مواردی است که در صورت مشاهده توسط تکنسین بیهوشی و پرستار تهدید کننده جان بیمار خواهد بود.

بحران آزمایشگاه : شامل مواردی است که در صورت مشاهده کارشناس آزمایشگاه تهدید کننده جان بیمار می باشد .

مسئولیت ها و اختیارات :

تدوین این دستورالعمل بر عهده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئول فنی می باشد می باشد .

تصویب و ابلاغ این دستورالعمل بر عهده مدیرعامل می باشد.

اجرای این دستورالعمل بر عهده واحد آزمایشگاه ، تصویربرداری و بخش های بالینی و مدیریت بیمارستان می باشد.

شرح اقدامات :

۱) پرسنل آزمایشگاه در صورت مواجهه با مقادیر غیر طبیعی مطابق جدول مقادیر بحران بلافاصله آزمایش را تکرار می کند تا از صحت پاسخ اطمینان حاصل نماید .

۲) پرسنل آزمایشگاه پس از کسب اطمینان از صحت پاسخ آزمایش با بخش مربوطه تماس گرفته و جواب را به اطلاع پرسنل پرستاری بخش می رساند و همچنین در دفتر گزارش موارد بحرانی در آزمایشگاه نیز ثبت می کند .

- ۳) پرسنل آزمایشگاه جواب آزمایش را در کامپیوتر ثبت می کنند و نتایج بالاتر یا پایین تر از رنج طبیعی به رنگ قرمز و چشمک زن در کامپیوتر بخشهای بیمارستان مشخص می گردد تا پرستاران از این طریق نیز از غیر طبیعی بودن نتایج مطلع شوند .
- ۴) پرسنل پرستاری پس از اطلاع از جواب بلافاصله به پزشک معالج اطلاع رسانی می کند و اقدامات لازم پرستاری را انجام می دهد .
- ۵) کارشناس ایمنی بیمار طبق بازدیدها و راندهای سالانه بر روی اجرای اقدامات اصلاحی انجام شده که بصورت ایمنی بیمار بوده بصورت رندوم از هر بخش و پرونده بیماران بستری نظارت می کند .
- ۶) کارشناس ایمنی بیمار با توجه به مقادیر بحران چشمک زن در کامپیوتر بخشها که یکی از اقدامات اصلاحی قبلی بر اساس گزارش خطاهای سال گذشته بوده را از جهت کنترل ادامه عملکرد صحیح هم از آزمایشگاه و واحد IT و بخشها نظارت دارد .
- ۷) در صورت مشاهده وضعیت بحرانی سونوگرافی پزشک رادیولوژیست موظف است گزارش را بصورت مستقیم به پزشک معالج اطلاع دهد در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج از طریق مسئول رادیولوژی موارد را سریعاً به مسئول شیفت اطلاع داده و پرستار سرشیفت موظف است مراتب را سریعاً به پزشک جانشین و یا آنکال و پس از آن به سوپروایزر شیفت اطلاع دهد .
- ۸) در صورت مشاهده وضعیتهای بحرانی پرستاری ، پرستار سر شیفت موظف است مراتب را سریعاً به پزشک معالج اطلاع دهد و طبق خط مشی دستورات تلفنی ، دستورات پزشک را اجرا نماید .
- ۹) تمامی پرسنل پرستاری و مامایی موظفند در حین انجام کار تمامی اقدامات اولیه و مورد نیاز مددجو را انجام داده تا زمانی که پزشک معالج حضور بالینی داشته باشد .
- ۱۰) تمامی پزشکان آنکال و پزشکان اورژانس در ۲۴ ساعته شبانه روز موظفند در دسترس بوده و در اسرع وقت بعد از دستورات تلفنی در بخش حضور بهم رسانند و ضمن معاینات و اقدامات لازم جهت حفظ جان مددجو دستورات شفاهی را بصورت کتبی در پرونده مددجو ثبت نمایند .
- ۱۱) پرسنل پرستاری در صورت مواجهه با عدم پاسخگویی و یا عدم حضور بالینی پزشک موظفند مراتب را به سوپر وایزر وقت اطلاع دهند .
- ۱۲) در صورت عدم ثبت دستورات شفاهی سرپرستار موظف است در اسرع وقت از پزشک معالج درخواست نماید ، دستورات شفاهی در پرونده مددجو ثبت نماید .
- ۱۳) سرپرستار وقت پرونده و گزارش پرستاری را روزانه کنترل نموده و در صورت عدم رعایت وضعیتهای بحرانی یا خط مشی های دستورات تلفنی و تهدید جان مددجو مراتب را پیگیری و تذکرات لازم را به پرسنل پرستاری ذیربط می دهد و موظف است گزارشات کتبی را در فرم های گزارش خطا به واحد ایمنی بیمار ارائه دهد .
- ۱۴) کارشناس ایمنی بیمار گزارشات را بررسی و ارزیابی نموده و راهکارهای لازم را ارائه داده تا از تکرار مجدد آن جلوگیری بعمل آید .

نکته :

در رابطه با مراجعین سرپایی موارد زیر توسط پرسنل رادیولوژی مد نظر قرار گیرد :

- در صورت مشاهده وضعیت بحرانی با تلفن مراجعه کننده تماس گرفته و به وی اطلاع داده و جهت پیگیری موارد قانونی ثبت نماید .
- در صورت عدم دسترسی به مراجعه کننده به پزشک معالج وی اطلاع رسانی نماید (جهت موارد قانونی)
- تمامی پرسنل آزمایشگاه ، رادیولوژی ، کادر پرستاری و ماما یی ، پزشکان معالج و اورژانس موظف به اجرای کامل روش اجرایی مذکور می باشند .
- در صورت بروز حادثه یا هرگونه موردی که ایمنی بیمار را به خطر اندازد سرپرستار بخش یا مسئول واحد موضوع را ریشه یابی و مراتب را به واحد مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع می دهد .

منابع :

استاندارد اعتباربخشی ویرایش چهارم

دستورالعمل داخلی

پیوست ها :

- شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار
- سیستم HIS
- فهرست مقادیر بحرانی
- خط HOTLINE
- خط مشی دستور تلفنی