



درسهای آموخته شده از خطاء یا موارد نزدیک به خطا

Learn&share

پرسنل محترم بالینی:

این گزارش در ارتباط با خطایی می باشد که باعث انتقال بیمار با دستبند اشتباه به اتاق عمل شده است، به منظور اطلاع رسانی، یادگیری و پیشگیری از تکرار مجدد موارد اعلام می گردد. خواهشمند است کلیه پرسنل با مطالعه آن در پیشگیری از تکرار این مورد تلاش نمایند.

شرح موضوع :

بیمار آقای B که جهت انجام سیستوسکوپی دکتر آیتی در واحد پذیرش بلافاصله بعد از آقای A پذیرش شده است، و پس از آن به همان ترتیب به همراه بیمار بر به بخش بستری دو منتقل شد. دستبند بیماران توسط پرسنل کمک بهیار در بخش بسته میشود و سایر اقدامات قبل از جراحی انجام میشود. پرستار بیمار A و هر دو پرونده بیماران A و B را به بخش اتاق عمل تحویل میدهد و چون پرونده آقای B را پیشاپیش تحویل داده است بیمار B بدون پرستار ۱۵ دقیقه بعد به اتاق عمل منتقل میشود و در اتاق عمل بدون انجام شناسایی پزشک جراح بیمار را جهت انجام سیستوسکوپی به روی تخت اتاق عمل منتقل میکند، پس از اتمام جراحی طبق گفته پرستار سیرکولر اتاق عمل متوجه اشتباه بودن دستبند بیمار میشوند و دستبند صحیح از پذیرش اخذ و به دست بیمار بسته میشود.

علل ایجاد کننده یا زمینه

- ۱-عدم شناسایی فعال بیمار توسط پذیرش، بخش ۲، اتاق عمل
- ۲-تحویل همزمان دو پرونده به اتاق عمل
- ۳-عدم حضور پرستار در حین انتقال بیمار به اتاق عمل

اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه :

- ۱-یادآوری دستورالعمل شناسایی فعال بیماران در کلیه واحدها
- ۲-لزوم چک کارهای پرسنل کمک بهیار توسط مسئول شیفت
- ۳-یادآوری و آموزش دستورالعمل جراحی ایمن
- ۴-عدم تحویل بیمار بدون پرستار در واحد اتاق عمل